

## 2 Symptomatik und theoretische Hintergründe zu einzelnen Symptomen

In diesem Kapitel wird zuerst die Frage nach der Einteilung in Kern- und Begleitsymptome diskutiert. Anschließend werden Kern- und Begleitsymptome von Poltern ausführlich beschrieben. Es folgen für die jeweiligen Symptome theoretische Hintergründe und Beziehungen zu weiteren Parametern der Sprachproduktion. Zum besseren Verständnis werden diese auf der Grundlage des Sprachproduktionsmodells von Levelt (1989, 1993) beschrieben, welches anhand von Abb. 2.1 überblicksartig erläutert wird. Diese theoretischen Hintergründe bilden die Basis, auf der die in der logopädischen Therapie nutzbaren Wechselbeziehungen verständlich werden.

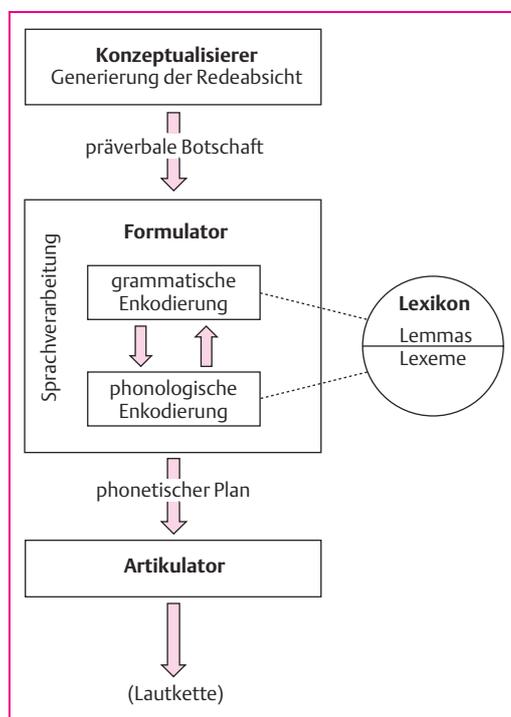


Abb. 2.1 Sprachproduktionsmodell von Levelt (1989; nach Tesak 1997).

Die Beschreibung der Symptome von Poltern gestaltet sich in der Literatur als inhomogen. Symptome und Hypothesen zu Ursachen werden dabei nicht immer voneinander abgegrenzt.

Folgende Auffälligkeiten werden als Symptome bezeichnet:

1. sprachliche und nichtsprachliche Auffälligkeiten, die anhand von klinischer oder empirischer Beobachtung beschrieben werden können (z. B. syntaktische Auffälligkeiten, Wiederholungen);
2. sprachliche und nichtsprachliche Auffälligkeiten, die durch Experimente oder Tests erkannt werden (z. B. eingeschränkte Hör-Merkspanne);
3. nichtsprachliche Auffälligkeiten, die aufgrund von Schlussfolgerungen oder Hypothesenbildung als Symptome bezeichnet werden (z. B. „schlecht organisiertes Denken“).

Nach einer Literaturrecherche von St. Louis und Hinzman (1986) wurden 65 Symptome erwähnt, die verschiedene Autoren Poltern zuschreiben. Nur wenig Wissen über die Symptomatik wurde aus empirischer Forschung gewonnen (Iven 1998). Um Poltern von anderen Sprach-Sprechstörungen sicher abgrenzen zu können, ist die Erkennung von Kernsymptomen oder obligatorischen Symptomen eine Grundlage. Sie müssen von den zahlreichen Begleitsymptomen (auch fakultative und assoziierte Symptome genannt) abgegrenzt werden. Wie anhand der verschiedenen Definitionen zu erkennen ist, herrscht darüber jedoch noch keine vollständige Übereinstimmung.

Falls es Untergruppen von Poltern gibt (vgl. Kapitel 3), ist eine Einteilung der Symptome in Kernsymptome und Begleitsymptome zusätzlich erschwert. Für eine allgemeingültige Definition müssen die Kernsymptome von Poltern weiter untersucht werden. Im Gegensatz dazu ist zur Therapieplanung die zusätzliche Erfassung aller begleitenden Symptome notwendig. Zum Verständnis und daraus folgend zur logopädischen Behandlung von Poltern ist die Einteilung in Kern- und

Begleitsymptomatik nicht ausreichend. Als Fernziel zum Verständnis von Poltern soll herausgefunden werden, welche Symptome für sich allein existieren und welche in Abhängigkeit von anderen sekundär auftreten (Myers u. Bradley 1992).

**Exkurs: Das Sprachproduktionsmodell von Levelt (1989, 1993) (s. Abb. 2.1)**

Das Sprachproduktionsmodell von Levelt wird als hybrides Modell bezeichnet, weil es serielle und interaktionistische Ansätze vereint (Tesak 1997). Wesentliche Teile des Modells sind der Konzeptualisierer, der Formulator und der Artikulator. Zentrale Größe ist das Lexikon. Levelt (1989) nimmt zusätzlich an, dass zwischen Formulator und Artikulator ein *artikulatorischer Speicher* existiert, in dem temporär artikulatorische Pläne gespeichert werden. Durch *Monitoring* (siehe unten) wird die Sprachproduktion kontrolliert.

Im *Konzeptualisierer* wird die Redeabsicht generiert und in Form einer präverbale Botschaft zum Formulator überführt. Im *Formulator* wird die präverbale Botschaft *grammatisch* und *phonologisch* enkodiert. Grammatische und phonologische Enkodierung interagieren miteinander und stehen in Zusammenhang zu den vom Lexikon in Form von Lexemen und Lemmas gelieferten Informationen. Lexeme und Lemmas sind zwei Aspekte eines Lexikoneintrags. *Lexeme* enthalten morphologische und phonologische Informationen. *Lemmas* enthalten Konzepte eines Begriffes und syntaktische Informationen.

Bei der *grammatischen Enkodierung* wird mithilfe der Lemmas eine syntaktische Oberflächenstruktur in Form von hierarchisch organisierten syntaktischen Phrasen geliefert.

Im Sprachproduktionsmodell von Levelt steht die *phonologische Enkodierung* in Beziehung zur grammatischen Enkodierung und zum Lexikon. Die Beziehung zur grammatischen Enkodierung besteht darin, dass die während des grammatischen Enkodierens gebildeten syntaktischen Oberflächenstrukturen den Input zum phonologischen Enkodieren mitbestimmen. Bei der *phonologischen Enkodierung* wird für die syntaktische Oberflächenstruktur mithilfe der morphologischen

und phonologischen Informationen der Lexeme und der Informationen des Prosodiegenerators in verschiedenen Stufen ein *phonetischer Plan* erstellt, der die artikulatorische Bildung von Lautfolgen ermöglicht. (Levelt 1989, 1993). Die fertigen phonetischen Pläne bestehen aus phonetischen Plänen für Silben, die Artikulationsmuster spezifizieren. Die Pläne für Silben werden nach Levelt aus einem Silbenlexikon (*syllabary*) abgerufen. Ein phonetischer Plan enthält morphologische, metrische und segmentale Informationen. Zusätzliche prosodische Informationen werden nach Levelt von einem *Prosodiegenerator* geliefert. Da nach Levelt das grammatische und phonologische Enkodieren schneller vonstatten geht als die Artikulationsexekution, geht er von der Existenz eines artikulatorischen Speichers (*articulatory buffer*) aus, in dem die phonetischen Pläne kurzzeitig gespeichert werden.

Im *Artikulator* werden die phonetischen Pläne in neuromuskuläre Befehle *übersetzt* (*unfold*, ebd., S. 27) und vom motorischen System in Sprechbewegungen umgesetzt.

**Monitoring**

Nach Levelt (1989) existieren drei Monitoring-Schleifen. Er bezeichnet sie als Schleifen, weil die Botschaft vom Ort ihrer Generierung durch einen Monitor und von dort wieder an ihren Ausgangsort zurückläuft, um korrigiert zu werden.

In der *ersten Monitoring-Schleife* findet das Monitoring auf der Stufe der sprachlichen Konzeptbildung statt. Die im Konzeptualisierer generierte präverbale Botschaft wird kontrolliert und wieder in den Konzeptualisierer zurückgeführt.

Die *zweite Monitoring-Schleife* wird auch als *inneres Monitoring* oder *inneres Sprechen* bezeichnet. Hierbei wird der im Formulator generierte phonetische Plan kontrolliert.

Die *dritte Monitoring-Schleife* kontrolliert das offene Sprechen. Hierbei spielt die auditive Kontrolle eine wichtige Rolle. Für das Monitoring der Sprach- und Sprechproduktion, gibt es zahlreiche weitere Theorien und Modelle, die hier nicht dargestellt werden können. Es ist davon auszugehen, dass weit mehr als die hier benannten Monitoringprozesse für einen reibungslosen Ablauf der Sprachproduktion nötig sind (vgl. Postma 1997).

**2.1 Diskussion zur Kernsymptomatik von Poltern**

Trotz bestehender Unsicherheiten bezüglich der Kernsymptome von Poltern werden in den meisten deskriptiven Definitionen phonetische Auffälligkeiten und/oder Schwankungen des Sprechtempo erwähnt (Preus 1992). Nelson (1996)

bezeichnet diese zwei Parameter als Kernkomponente von Poltern. Auch die Untersuchung von Sick (1999) stützt dieses Hypothese. Sehr wahrscheinlich sind auch Unflüssigkeiten, hauptsächlich lockere Silben-, Wort- oder Satzteilwiederholungen

zur Kernsymptomatik zu zählen, Lautwiederholungen werden seltener erwähnt und führen zu Abgrenzungsproblemen gegenüber Stottern.

Welche der zahlreichen anderen Symptome definitiv als Kernsymptome von Poltern zu bewerten sind, kann nach dem derzeitigen Wissensstand nicht hinreichend sicher beurteilt werden. Es ist jedoch anzunehmen, dass nach intensiver Forschungsarbeit die Kernsymptomatik erweitert werden wird, vor allem dann, wenn empirisch abgesichert ist, ob es Subgruppen von Poltern gibt.

In zwei Studien wurde versucht, anhand einer Umfrage unter Sprachtherapeuten in den USA und Großbritannien mehr Klarheit über die Einteilung in obligatorische und fakultative Symptome von Poltern zu erhalten (St. Louis u. Hinzman 1986, St. Louis u. Rustin 1992). Den Therapeuten wurde je-

weils eine Beschreibung des Störungsbildes Poltern mit dessen möglichen Symptomen vorgelegt, anhand derer sie entscheiden sollten, welche Symptome sie als obligatorisch einschätzen. Die Listen der Umfragen in den USA und Großbritannien waren leicht unterschiedlich, werden von den Autoren jedoch als vergleichbar beschrieben.

Die Therapeuten in den USA wählten im Durchschnitt 8,8 Symptome, die Therapeuten in Großbritannien 9,6 Symptome als obligatorische Symptome von Poltern aus. Diesen im direkten Vergleich ermittelten möglichen Kernsymptomen werden in Tab.2.1 die zehn am häufigsten beschriebenen Symptome in einer Metaanalyse aller Artikel der Ausgabe über Poltern des *Journal of Fluency Disorders* aus dem Jahre 1996 (St. Louis 1996 b) gegenübergestellt.

Tabelle 2.1 Vergleich der Ergebnisse von drei Studien zur obligatorischen Symptomen von Poltern

Obligatorische Symptome (St. Louis u. Hinzman 1986)		Obligatorische Symptome (St. Louis u. Rustin 1992)		Metaanalyse der Häufigkeiten von Symptomen (St. Louis 1996)	
Symptom	% aller Bewerter	Symptom	% aller Bewerter	Symptom	% aller Bewerter
Erhöhtes Sprechtempo	89,0	Erhöhtes Sprechtempo	89,0	Exzessive Unflüssigkeiten	86,0
„Äußerungen ohne Ende“ (run-on sentences)	63,0	Mangelndes Störungsbewusstsein/ eingeschränktes Monitoring	82,3	Erhöhtes Sprechtempo	86,0
Schlecht organisiertes Denken	59,7	Unregelmäßiges Sprechtempo	76,9	Unregelmäßiges Sprechtempo	86,0
Unregelmäßiges Sprechtempo	59,7	Auffälliger Sprechrhythmus	56,9	Bewusstsein über Störungen der Sprechflüssigkeit	59,0
Mangelndes Störungsbewusstsein	57,8	Silbenreduktionen mehrsilbiger Wörter (= phonetische Auffälligkeit)	55,4	Phonetische Auffälligkeiten	55,0
Wortwiederholungen	47,4	Fehlerhafte Pausensetzung	46,2	Auffällige Handschrift	48,0
Laut- und Silbenwiederholungen	44,8	Eingeschränkte Phrasierung	44,6	Familiäres Auftreten der Störung	45,0
Satzteilwiederholungen	41,6	Unfähigkeit, thematisch auf den Punkt zu kommen	40,8	Irrelevante, verwirrende oder ungrammatische Wörter oder Phrasen	45,0
Unfähigkeit, thematisch auf den Punkt zu kommen	40,9	Schlecht organisiertes Denken	38,5	Pragmatische Sprachstörungen	45,0
Reduzierte Aufmerksamkeitsspanne	39,0	Laut- und Silbenwiederholungen	37,7	Stottern	31,0

# 7

## Logopädische Diagnostik von Poltern

In der logopädischen Diagnostik von Poltern bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gibt es neben methodischen Unterschieden auch Unterschiede hinsichtlich der zu untersuchenden Störungsbereiche. Dennoch treffen viele Untersuchungskriterien auf alle Altersgruppen gleichermaßen zu. Altersgrenzen zwischen Kind – Jugendlicher oder Jugendlicher – Erwachsener im Rahmen einer logopädischen Diagnostik sind flie-

ßend. Um zahlreiche Wiederholungen zu vermeiden, wurde das Kapitel *Diagnostik* für alle Altersgruppen zusammengefasst und nicht in Diagnostik für Kinder, Diagnostik für Jugendliche und Diagnostik für Erwachsene aufgeteilt. Dafür werden bei der Beschreibung der einzelnen Untersuchungsverfahren die unterschiedlichen Verfahren für Kinder, Jugendliche und Erwachsene genau aufgeführt.

### 7.1 Ziele logopädischer Diagnostik bei Poltern

Die logopädische Diagnostik von Poltern hat zwei Ziele. Zum einen soll festgestellt werden, ob Poltern vorliegt. Diese Erstdiagnostik ermöglicht die Differentialdiagnose Poltern. Da noch keine standardisierten Tests existieren, muss Poltern nach dem derzeitigen Wissensstand anhand der wahrscheinlichen Kernsymptome diagnostiziert werden.

Zum anderen dient die Diagnostik einer umfassenden und individuellen Therapieplanung. Dazu müssen in der weiterführenden Diagnostik zusätzlich alle begleitenden Symptome ermittelt werden.

Auf der Grundlage des aus einer umfassenden Diagnostik resultierenden logopädischen Befundes werden Hypothesen zur Therapieplanung erstellt. In der Verlaufsdagnostik werden Veränderungen in der Therapie dokumentiert und Beobachtungen aus Erstdiagnostik und weiterführender Diagnostik präzisiert. Die Abschlussdiagnostik dokumentiert den abschließenden Behandlungsstand und ermöglicht einen Vergleich mit der Symptomatik zu Therapiebeginn. Unter dem Gesichtspunkt der Evaluation logopädischer Behandlung ist sie notwendig.

### 7.2 Anforderungen an die Diagnostik

Nicht immer können die eben beschriebenen Bereiche innerhalb einer Institution durchgeführt werden. Teilweise werden in einer klinischen Institution in einer einmaligen Untersuchung ohne anschließenden therapeutischen Auftrag an die Untersucherin die Diagnosestellung und weitere diagnostische und therapeutische Empfehlungen erwartet. Im Gegensatz dazu müssen bei logopädischer Untersuchung mit therapeutischem Auftrag an die Untersucherin (z.B. in einer logopädischen Praxis) alle zur Therapieplanung relevanten Untersuchungen von der Untersucherin durchgeführt werden.

Wenn Poltern mit Stottern einhergeht, steht bei der Anmeldung das Stotterproblem häufig im Vordergrund. Aus diesem Grund ist es bei der Erstabklärung am Telefon notwendig festzustellen, ob auch Hinweise auf Poltern vorliegen.

Die Diagnostik nichtsprachlicher begleitender Störungen sollte in Kontakt mit weiteren Diagnostikern und Therapeuten wie Phoniatern, Hals-Nasen-Ohrenärzten, Psychologen, Neuropsychologen, Sonderpädagogen oder Ergotherapeuten erfolgen.

### 7.3. Diagnosestellung Poltern

Wie bereits erwähnt, ist es nicht vollständig klar, welche Symptome obligatorisch zum Poltern gehören. Von daher ist die Diagnosestellung Poltern immer noch mit einem gewissen Unsicherheitsfaktor behaftet. Nach Nelson (1996) werden phonetische Auffälligkeiten und hohe/irreguläre Artikulationsraten als Kernsymptome von Poltern beschrieben. Diese sollten mindestens vorhanden sein, um die Diagnose Poltern zu stellen.

Gestützt wird die Diagnose durch das Auftreten von Silbenwiederholungen, auch Wort- und Satzteilerwiederholungen (vgl. Langová und Morávek 1970, St. Louis 1992) und Lautwiederholungen. Um die Differenzialdiagnose zum Stottern stellen zu können, sind weitere Unflüssigkeiten zu untersuchen. Sprachstörungen, häufig in Form von Störungen der sprachlichen Strukturierung, stützen nach den Definitionen von Daly (1999) und Myers (1992) die Diagnose, ebenso kommunikativ-pragmatische Störungen und prosodische Auffälligkeiten. Zusätzlich gestützt wird die Diagnose durch auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen.

Treten die Kernsymptome in der Spontansprache auf, so kann allein anhand der Spontansprachanalyse die Diagnose Poltern gestellt werden.

In der Literatur gibt es kaum Angaben darüber, ab welchem Alter Poltern diagnostiziert werden kann. Nach Weiss (1968) ist die Diagnose vor dem 3. bis 4. Lebensjahr nicht zu stellen. Diedrich (1984) diagnostiziert erst ab dem 7. bis 8. Lebensjahr. Generell müssen syntaktisch-morphologische Strukturen und Wortschatzentwicklung soweit fortgeschritten sein, dass Mehrwortäußerungen möglich sind.

#### 7.3.1 Checkliste zur Erkennung von Poltern (Daly u. Burnett 1999)

Das einzige derzeit im deutschen und angloamerikanischen Raum existierende Instrument, das versucht, Poltern anhand einer numerischen Bewertung zu diagnostizieren, ist eine von Daly und Burnett im Jahre 1997 entwickelte *Checkliste zur Erkennung von Poltern* (siehe Anhang 1, S. 192 ff.). Sie ist die revidierte Form der 1991 von Daly

(1993) entwickelten *Checkliste für mögliches Poltern*.

Auch in der revidierten Form erhebt die Checkliste keinen Anspruch auf Validität (Daly u. Burnett 1999). Sie enthält 36 dem Poltern zuzuordnende Symptome, deren Stärke jeweils mit 0 bis 3 Punkten bewertet wird, sodass maximal 108 Punkte erreichbar sind. Die in der Checkliste aufgeführten Symptome werden durch Beobachtungen und/oder Testergebnisse ermittelt. Ihre Stärke wird durch den Untersucher geschätzt. In der revidierten Version wird davon ausgegangen, dass Ergebnisse über 55 Punkte als Poltern zu bewerten sind. Dieser Wert ist aber keineswegs valide. Daly und Burnett (1999) bemerken dazu, dass erst nach längeren Erfahrungen mit dieser Checkliste Poltern möglicherweise sicher diagnostiziert werden kann. Eine Publikation zu Erfahrungen mit der Checkliste wurde angekündigt, steht aber noch aus.

**Beurteilung.** Die Checkliste ist nicht nach sprachlichen Bereichen geordnet und beschreibt Störungen teilweise unpräzise (vgl. Item Nr. 18: *falsche Sprachstruktur*). Sie fasst Bereiche zu Items zusammen, die nicht notwendigerweise gleichzeitig gestört sein müssen (Beispiel Item Nr 15: „eine sogenannte schlechte sprachliche Formulierung muss nicht mit Schwierigkeiten, Ideen zu ordnen einhergehen“). Der Punktwert von 55, um Poltern nach dieser Checkliste sicher zu diagnostizieren, ist möglicherweise zu hoch.



Die Diagnosestellung Poltern anhand eines aus verschiedenen Items beliebig kombinierbaren Punktwertes, ist generell als kritisch zu bewerten, da die Arten der Symptome nicht gewichtet werden.

Die Checkliste kann in der logopädischen Diagnostik zusätzlich zu den folgenden Diagnostikverfahren eingesetzt werden, um zu testen, ob sie mit der Diagnosestellung der Untersucherin übereinstimmt. Bei Diskrepanzen der Diagnosestellung sind die Einschätzungen der UntersucherIn dem Ergebnis der Checkliste vorzuziehen.

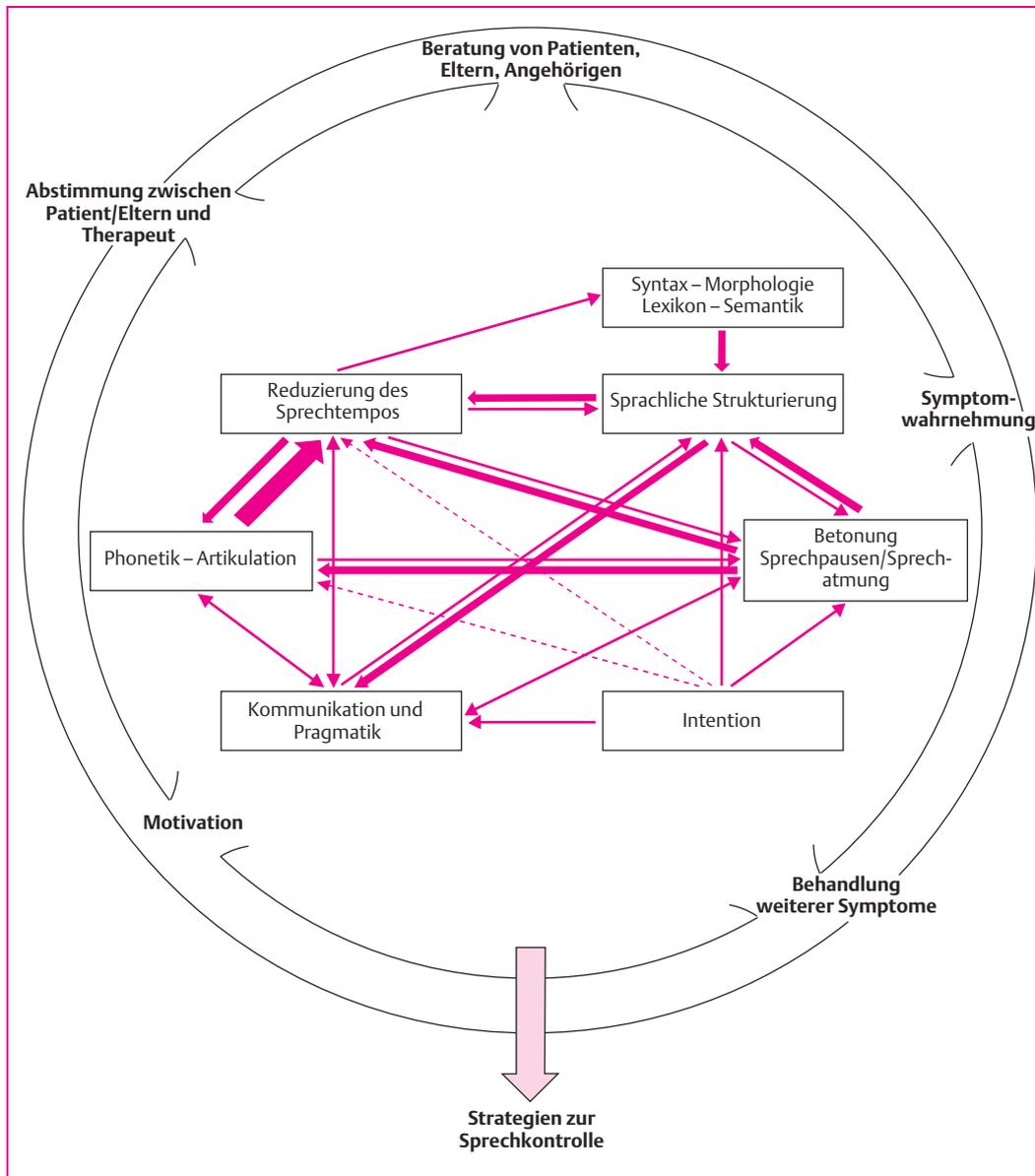


Abb. 8.2 Wechselwirkungen symptomorientierter logopädischer Behandlungsbereiche. (Die Stärke der Pfeile symbolisiert die Stärke der Beziehung.)

Die folgenden Punkte sind zur Planung einer symptomorientierten Übungsbehandlung nach synergistischen Prinzipien hilfreich:

- In den neueren Veröffentlichungen (Iven 1998, Daly u. Burnett 1999, Schneider 2003) gibt es keinen Therapieansatz mehr, der direkt an den

Unflüssigkeiten ansetzt. Die bei Poltern typischerweise auftretenden Unflüssigkeiten werden also durch Arbeit in anderen Therapiebereichen reduziert.

- Um zu hohe Artikulationsraten zu modifizieren, sollten Defizite in den Bereichen Artikula-

## Methoden zur Modifikation des Sprechtempos

Zuerst werden Wahrnehmungsübungen im nonverbalen Bereich beschrieben, die in der Behandlung den Übungen zur Variation des Sprechtempos vorgeschaltet werden. Es folgt die Arbeit an der Metakommunikation/Wahrnehmung über situative Abhängigkeit von Sprechtempo. Im zweiten Teil dieses Kapitels werden Methoden, die zur allgemeinen Reduzierung des Sprechtempos beitragen, kritisch dargestellt. Im dritten Teil dieses Kapitels werden Übungen aus anderen Therapiebereichen angegeben, die sich positiv auf die Reduzierung des Sprechtempos auswirken.

### Wahrnehmungsübungen im nonverbalen Bereich

#### Vorübung: Variation der Bewegungsgeschwindigkeiten von Körperbewegungen

##### Ziele

- Körperliche Wahrnehmung verschiedener Bewegungstempi
- Intentionalität der Bewegungen: Es gibt nur dann zu schnelle oder zu langsame Körperbewegungen, wenn sie der Situation nicht angemessen sind;
- Kognitive Reflektion über das Thema Tempo: schnelles, mittleres, langsames Tempo; Was bedeutet Schnelligkeit für Sie? Schnelles Autofahren, schneller Typ, gibt es solche Zuordnungen für Sie?

##### Methode

Die Patientin spielt eine Situation in ihrem Tempo, langsam, mittelschnell und schnell z. B. im Supermarkt Waren aus dem Wagen holen und auf das Band legen. Sie soll dann sagen, wie sie die verschiedenen Tempi empfunden hat und ob sie verschiedene Vorstellungen bei den drei unterschiedlichen Übungen hatte.

##### Beurteilung

Sehr wichtige grundlegende Übung auch als Basis für Gespräche zum Einstieg in die Thematik Artikulationsrate und die Bedeutung von Tempo im Leben des Patienten.

### Weitere Übungen

**Pantomime** (Abschnitt *Methoden zur Verbesserung der Körperwahrnehmung*, S. 142) und **Spiegelübung** (S. 142).

## Variationen der Artikulationsraten

Der Patient versucht entweder Lesetexte, Bildgeschichten, Beschreibungen oder auch Gedichte etc. in verschiedenen Artikulationsraten zu sprechen. Die Artikulationsrate kann, je nach Zielsetzung, hierbei spontan oder vorgeplant variiert werden. In fortgeschrittener Form können Erlebnisse in verschiedenen Artikulationsraten erzählt werden. Diese Sprechproben werden mithilfe von Tonträgern oder Video ausgewertet. Bei Schwierigkeiten des Patienten, die Artikulationsrate zu variieren, können die Übungen *Schattensprechen* und *Modelling, Variation des Sprechtempos durch Vorstellungshilfe* vorgeschaltet werden (siehe folgende Übungen):

##### Ziele

- Verbesserung der Fähigkeit, die Artikulationsrate bewusst zu variieren;
- Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit für unterschiedliche Artikulationsraten, (welches Tempo empfinde ich als zu hoch?);
- Möglichkeit zur Verbesserung der Akzeptanz einer verringerten Artikulationsrate, wenn Patient anhand der Ton- und Videoaufnahmen sein Sprechen als verständlich, natürlich und zu ihm gehörend erlebt;
- Wahrnehmung von Wechselbeziehungen verschiedener Artikulationsraten mit weiteren Symptomen von Poltern;
- Erhöhung der Sensibilität für die Folgen überhöhten Tempos;
- Der Patient soll selbstständig erkennen lernen, dass sein Sprechen nur dann zu schnell ist, wenn es situativ nicht angemessen ist und wenn so viele Symptome auftreten, dass es für den Gesprächspartner schlecht verständlich wird.

##### Beurteilung

Diese Übungsmethode ist bereits Teil der Diagnostik (vgl. Kap. 7.8.2 *Untersuchungen zu Variationen des Sprechtempos*, S. 89) und bietet hierbei einen sinnvollen Einstieg in die Bewusstmachung synergistischer Effekte. Falls der Patient auch höhere Artikulationsraten ohne besondere Auffälligkeiten meistern sollte, ist diese Übungsmethode ein guter Einstieg in die Diskussion, welche unterschiedlichen symptombezogenen Auswirkungen zwischen bewusst kontrollierter und spontaner hoher Artikulationsrate bestehen. Die Arbeit an Variationen des Sprechtempos ist dann indiziert, wenn die indirekten Übungen zur Modifikation des Sprechtempos allein nicht ausreichend sind oder der Patient lernen möchte, seine Symptomatik in der Spontansprache über die Lenkung der Wahrnehmung auf erhöhtes Sprechtempo zu kontrollieren.

**Schattensprechen** (Weiss 1964)**Ziele**

- Wahrnehmung des polternden Patienten, dass sein Sprechtempo zu hoch ist, wenn der Therapeut ihm verbal nicht folgen kann;
- Wahrnehmung, dass Schattensprechen nur möglich ist, wenn beide Gesprächspartnereinander eingehen → positive Auswirkung auf kommunikatives Verhalten, im Sinne von Aktivität/Passivität und aufeinander eingehen.

**Methode**

Hierbei versucht der Polternde mit dem Therapeuten mitzusprechen und umgekehrt. Fungiert der Therapeut als Schattensprecher, so kann der Patient dafür sorgen, dass der Therapeut sich seinem Tempo anpassen kann. Eine sehr gute Vorübung zum Schattensprechen ist die Spiegelübung (Schneider, pers. Gespräch 2002) anhand der Kriterien wie deutliche, langsame, exakte Bewegungen hervorragend erarbeitet werden können.

**Beurteilung**

Effektive Übung. Dadurch, dass auch der Patient führen darf, baut sich kein Widerstand gegen ein vom Therapeuten aufgezwungenes Sprechtempo auf. M. Schneider (pers. Mitteilung) berichtet, dass Polternde das Schattensprechen (im Unterschied zu Stotternden) nur sehr schwer realisieren können, was evtl. mit dem Faktor der Ablenkung (durch Mitsprechenden) bzw. den Problemen mit selektiver Wahrnehmung zu tun hat. Mehrere seiner polternden Patienten empfanden diese Übung (ähnlich wie DAF) als sehr unangenehm. In diesem Fall sollte die Arbeit am Schattensprechen eingestellt und zu den folgenden Übungsformen übergegangen werden.

**Modelling** (Myers u. St. Louis 1995)**Ziele**

- Vorübung zur Variationsfähigkeit des Sprechtempos,
- Fremdwahrnehmung von Artikulationsraten.

**Methode**

Der Therapeut gibt verschiedene Sprechgeschwindigkeiten vor, der Polternde versucht, diese zu imitieren.

**Beurteilung**

Sinnvolle Zwischenstufe zwischen Schattensprechen und freier Variation des Sprechtempos. Sie ist dann einzusetzen, wenn es dem Patienten nicht gelingt, sein Sprechtempo über Vorstellungshilfe zu variieren.

**Variation des Sprechtempos durch Vorstellungshilfe** (St. Louis u. Myers 1995)**Ziele**

- Erarbeitung der Variationsfähigkeit von Sprechtempo,
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung für verschiedene Sprechtempi,
- Grundlage zur Erarbeitung von situationsangemessenem Sprechtempo.

**Methode**

In dieser verhaltenstherapeutischen Übung soll der Polternde sich vorstellen, dass er der Tachometer eines Autos ist. Verschiedenen Sprechgeschwindigkeiten werden vorher entsprechende Stundenkilometer oder Gänge zugeordnet.

Der Therapeut gibt dann Anweisungen, in welchem *Tempo* gefahren werden soll. Der Polternde variiert damit sein Sprechtempo häufig. Zu hohes Sprechtempo (d. h. Auftreten von phonetischen Auffälligkeiten) kann mithilfe eines visuellen Zeichens (z. B. gelbes Warnlicht (gebremst werden).

Als Steigerung kann die Übung folgendermaßen variiert werden: Der Patient soll *der Strecke angepasst* in allen Geschwindigkeiten fahren. Beispielsweise gibt der Therapeut dem Patienten einen Lesetext, in den der Patient oder Therapeut Vorgaben zum *Fahren in verschiedenen Geschwindigkeiten/Gängen* einträgt. Um die Toleranz für diese Tempovariationen zu erhöhen, ist es sinnvoll, den Fokus auf die Variation und weniger auf ein bestimmtes Sprechtempo als Übungsziel zu richten. Zum Einstieg reichen drei Geschwindigkeiten. Besonders die gesteigerte Form vermittelt dem Patienten: „Du hast mindestens fünf Gänge, mit denen Du das Tempo bestimmen kannst und nicht nur deinen gewohnten 4. (5.) Gang. Du kannst lernen langsamer, sogar auch schneller zu sprechen: Du selbst kannst Dein Tempo variieren“ (Schneider, pers. Mitteilung 2002).

**Beurteilung**

Über die Vorstellungshilfe des Autofahrens kann die Variationsfähigkeit erleichtert werden. Die Übung enthält etwas höhere Anforderungen als das Modelling. Wird sie bewältigt, kann auf das Modelling verzichtet werden. Sinnvoll ist das Zeichen zum Bremsen, da die Therapeutin durch das visuelle statt eines akustischen Signals den Redefluss des Patienten nicht verbal unterbricht. Mithilfe dieses Zeichens kann zu hohe Artikulationsrate in Kombination mit phonetischen Auffälligkeiten als *Alarmzeichen* (vgl. auch Abschnitt *Transfer*, S. 181) erkennbar gemacht werden.

## Erzählen von Bildgeschichten

(auch für )

### Ziele

- Kohärente und kohäsive Verknüpfung der vorgegebenen Bilder,
- Unterscheidung von relevanten und irrelevanten Inhalten der Bilder,
- Integration weiterer therapeutischer Inhalte wie Temporeduzierung, Abbau phonetischer Auffälligkeiten, Einsatz von Sprechpausen.

### Methoden

Legen die Patienten die Bilder selbst in die richtige Reihenfolge, wird die Geschichte bereits kognitiv strukturiert. Ziel ist, zuerst die Kernhandlung zu erzählen. Details werden erst dann hinzugefügt, wenn die Kernhandlung sicher erzählt werden kann. Die Geschichten können anschließend ohne Bilder erneut erzählt werden, ggf. aufgenommen und korrigiert werden. Eine Variante ist auch, die Bildgeschichte so zu erzählen, als wäre sie ein eigenes Erlebnis des Patienten. Vorteil daran ist, dass gleichzeitig die kommunikativ-pragmatische Komponente geübt wird und die Anforderungen an die Sprechkontrolle erhöht werden.

### Beurteilung

Die Arbeit mit Bildgeschichten liefert Material, um Strategien zur Textstrukturierung zu erarbeiten. Einen Bezug zum Transfer haben Bildgeschichten erst durch deren Umwandlung in ein fiktives eigenes Erlebnis des Patienten. Bei Schulkindern ist die Arbeit mit Bildgeschichten auch deshalb sinnvoll, weil die Wiedergabe von Bildgeschichten eine zentrale Aufgabe im Fach Deutsch darstellt.

abstrakter Inhalte durchgeführt werden. Auch hierbei ist es wieder sinnvoll, die Übung als Rollenspiel in einen Dialog einzubauen. Durch die Zuschreibung von Rollen wird gleichzeitig wieder die Intentionalität verbessert.

## Mündliche Rede im Telegrammstil

(St. Louis u. Myers 1995) (auch für )

### Ziele

- Erkennung obligatorischer Handlungsinhalte,
- positive Einflüsse auf Sprechtempo/Artikulation/Unflüssigkeiten.

### Methode

Sowohl Bildgeschichten, als auch freie Redeeinhalte sollen im Telegrammstil wiedergegeben werden. Insbesondere bei Schulkindern kann gespielt werden, dass sich zwei Personen per Walkie-Talkie mit schlechtem Empfang austauschen. Die Übung verlangt keinen perfekten Telegrammstil. Die Inhalte sollen anschließend ohne Telegrammstil genauso gut strukturiert erzählt werden.

### Beurteilung

Die Reduzierung auf die wesentlichen Details gelingt mit dieser Methode häufig spontan. Als schwierig kann sich das Durchhalten des Telegrammstils gestalten. Hierbei muss die Therapeutin Feedback geben, wenn der Patient den Telegrammstil für länger als eine Proposition verlässt. Die *Walkie-Talkie*-Übung ist empfehlenswert, da sie eine echte Kommunikationssituation nachempfunden.

## Beschreiben von seriellen Handlungen oder Abläufen

(Daly u. Burnett 1999) (auch für )

### Ziele

- Aufbau von thematischer Strukturierung und Kohärenz durch serielle Handlungsabfolge,
- positive Einflüsse auf Sprechtempo, Artikulation und Unflüssigkeiten.

### Methode

Serielle Handlungen wie Reifen wechseln, etwas kochen, Tagesablauf, Beschreibung eines Spiels etc. werden vom Patienten erzählt. Wie *beim Handlungsorientierten Therapieansatz* für Kinder ist es sinnvoll, zuerst zu überlegen, was alles für die Handlung benötigt wird.

### Beurteilung

Die Übung kann im Schwierigkeitsgrad variiert werden und sollte vor der Wiedergabe komplexer und/oder

## Arbeit mit W-Fragen

(St. Louis u. Myers 1995)

### Ziele

- Strategie zur strukturierten Textproduktion,
- positive Einflüsse auf Sprechtempo/Artikulation/Unflüssigkeiten,
- Verbesserung kommunikativ-pragmatischer Fähigkeiten.

### Methode

W-Fragen helfen dem Patienten, ein Grundgerüst zur thematischen Strukturierung und zu pragmatischen Erfordernissen aufzubauen. Letzteres meint das Erkennen und Verbalisieren der Informationen, die ein Gesprächspartner benötigt.

Mit W-Fragen können Texte, Bildgeschichten und als Steigerung eigene Erlebnisse wiedergegeben werden. Sie bilden auch ein sinnvolles Gerüst zum strukturierten Einholen von Informationen.

### Metakommunikation/Aufbau eines Problembewusstseins

Weiss (1964) zeigt auf, dass sich viele Patienten ihrer eigenen Verantwortung für Kommunikationszusammenbrüche nicht bewusst sind. Zum Aufbau eines Problembewusstseins müssen sie unterschiedliche Verhaltensweisen für erschwerte Kommunikation erkennen und benennen lernen. *Metakommunikativ*, also in Gesprächen über Gesprächsführung (vgl. S. 143), klärt die Therapeutin mit dem Patienten Bereiche von Kommunikation/Pragmatik wie Sprecherwechsel, Wahrnehmung, Klärung und Umformulierung eigener vom Kommunikationspartner nicht verstandener Äußerungen oder adäquates Zuhörerverhalten als wichtige Parameter erfolgreicher Kommunikation (Iven 1998).

Dies geschieht anhand gemeinsam mit dem Patienten durchgeführter (Video-)Analysen misslungener Kommunikation, die starke kommunikative Auffälligkeiten enthalten. Dazu können aufgezeichnete Dialoge des Patienten (z. B. aus dem Anamnesegespräch) oder auch *Musterdialoge*, an denen der Patient nicht beteiligt war, ausgesucht werden. Auf der Metaebene kann in dieser Form erst ab dem frühen Jugend- und Erwachsenenalter kommuniziert werden.

### Verbesserung der Selbstwahrnehmung kommunikativ-pragmatischer Störungen

Methoden zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung wurden bereits auf S. 143 beschrieben. Sie sind auch wesentlicher Bestandteil der folgenden Übungen. Darüber hinaus wird die Selbstwahrnehmung durch Feedback der Therapeutin bei spontanen Irritationen in der Kommunikation zwischen Therapeutin und Patient verbessert. Nach der Arbeit mit spezifischen Übungen (vgl. unten) wird die gezielte Wahrnehmung spezieller kommunikativ-pragmatischer Auffälligkeiten (z. B. Monologisieren) in die Kommunikation während der Behandlung integriert.

Selbstreflexion ist bei jüngeren polternden Kindern nur in Ansätzen möglich: „Waren wir zu laut? Konnten wir uns verstehen? Wer hat ganz viel geredet, wer fast nichts? Woran hast du gemerkt, dass der X nicht zugehört hat?“

### Sprecherwechsel

In diesem Bereich wird an der Erkennung von Kriterien und Signalen zum Sprecherwechsel gearbeitet. Kriterien zur Übergabe an den Kommunikationspartner sind folgende:

- Erkennung von nonverbalen und verbalen Signalen des Gesprächspartners, dass er reden möchte (Stirnrunzeln, Ansetzen zum Reden, Unmutsäußerungen, wenn der Polternde monologisiert),
- Erkennung, wann ein eigener Redeabschnitt abgeschlossen ist, der Gesprächspartner also eine Gelegenheit zur Weiterführung des Gesprächs erhält. Diese wird in Form von Sprechpause/Blickkontakt gegeben.
- Erkennung von Signalen, wann der Polternde einen Turn aufgreifen kann (Blickkontakt, Sprechpausen),
- Erkennung und Reduzierung von monologisierendem Sprechen. Diese Kriterien können hervorragend mit „Phantasiesprache“ (vgl. S. 155) auch bei Erwachsenen erarbeitet werden.

Sprecherwechsel sind eng mit den Bereichen Zuhörerverhalten und Verständnissicherung/Reparaturverhalten verbunden.

### Ein-Satz-Übung

#### Ziele

- Erarbeiten von Blickkontakt und Sprechpause als Zeichen von Sprecherwechsel,
- Begrenzung auf einen Satz pro Sprecher, um sich auf die nonverbalen Zeichen zum Sprecherwechsel ohne Beachtung der Gliederung in Redeeinheiten kümmern zu können;
- Temporeduzierung und Verbesserung der Artikulation, sprachsystematischer Auffälligkeiten durch Kürzung der Äußerungslänge,
- Verbesserung der sprachlich thematischen Strukturierung,
- Verständnissicherung.

#### Methode

Jeder Sprecher darf im Gespräch zu einem vorher ausgewählten Thema jeweils nur einen Satz sagen. Danach muss er pausieren und dem Gesprächspartner Gelegenheit zum Sprecherwechsel geben. Ist kein Sprecherwechsel nötig, zeigt der Gesprächspartner durch Kopfnicken oder Lautäußerungen wie „mhm“ an, dass der Sprecher fortfahren soll.

#### Beurteilung

Einsteigsübung in den Bereich Sprecherwechsel, um für

---

## Anamnesebogen Poltern für Kinder und Jugendliche

(© Ulrike Sick 2002)

### Stammdaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_

begleitende Personen: \_\_\_\_\_

Beruf der Eltern: \_\_\_\_\_

Anlass der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Sprache(n) im Elternhaus: \_\_\_\_\_

### Familie

Anzahl und Alter der Geschwister \_\_\_\_\_

Zusammenleben mit beiden Eltern und Geschwistern

Alleinerziehender Elternteil

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Kindergarten** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Art der Einrichtung \_\_\_\_\_

**Schule** seit \_\_\_\_\_

Art der Einrichtung \_\_\_\_\_

### Weitere Förderung (früher und derzeitige)

Frühförderung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Logopädie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schwerpunkte \_\_\_\_\_

Ergotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Krankengymnastik von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Psychomotorik von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

LRS-Förderung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Nachhilfe von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fächer \_\_\_\_\_

Psychologische/  
psychiatrische Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Fortsetzung  
nächste Seite

## Vorgeschichte

### Schwangerschaft

- unauffällig
- Blutungen
- vorzeitige Wehen
- besondere Belastungen
- Erkrankungen

### Geburt

- unauffällig
- länger als 24 Stunden
- Frühgeburt in der \_\_\_\_\_ Woche
- Geburtsgewicht unter 2500 Gramm
- Sauerstoffmangel
- auffällige APGAR-Werte
- Kaiserschnitt
- Sauglocken-/ Zangengeburt
- Sonstiges

## Kindliche Entwicklung

### Erkrankungen/Unfälle des Kindes

- häufige Erkältungen
- Mittelohrentzündungen
- Kinderkrankheiten (wann?)
- weitere Erkrankungen (wann?)
- Unfälle/Verletzungen (wann?)
- Krankenhausaufenthalte \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Kognitive Entwicklung

- altersgemäß
- Teilleistungsstörungen \_\_\_\_\_
- leichter Entwicklungsrückstand
- mittlerer Entwicklungsrückstand (Lernbehinderung)
- erheblicher Entwicklungsrückstand (geistige Behinderung)

### Weitere Behinderungen/Störungen

- keine
- Hörstörungen (letzte HNO-ärztliche Untersuchung) \_\_\_\_\_
- Sehstörungen Fortsetzung
- Körperbehinderung nächste Seite

---

## Anamnesebogen Poltern für Erwachsene

(© Ulrike Sick 2002)

### Stammdaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersucher/-in: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anlass der Anmeldung:

\_\_\_\_\_

Liegt Mehrsprachigkeit vor? Welche Sprachen?

\_\_\_\_\_

Derzeitige Behandlungen?

\_\_\_\_\_

### Vorgeschichte/kindliche Entwicklung

#### Frühere Behandlungen

Logopädie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(therap. Schwerpunkte) \_\_\_\_\_

LRS-Förderung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Nachhilfe von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fächer: \_\_\_\_\_

Psychologische/  
psychiatrische Betreuung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Schule von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Art der Einrichtung \_\_\_\_\_

#### Geburt

unauffällig

Frühgeburt in der \_\_\_\_\_ Woche

Sauglocken-/Zangengeburt

Sauerstoffmangel

sonstiges \_\_\_\_\_

#### Erkrankungen/Unfälle

Mittelohrentzündungen \_\_\_\_\_

weitere Erkrankungen (Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

Unfälle/Verletzungen (Zeitpunkt) \_\_\_\_\_

Fortsetzung  
nächste Seite

**201**

**Weitere Störungen**

- Lese-Rechtschreib-Schwäche \_\_\_\_\_
- Hörstörungen \_\_\_\_\_
- Konzentrations-/Aufmerksamkeitsstörungen \_\_\_\_\_

- 
- auditive Information wird schlecht behalten
  - stark ablenkbar bei lauterer Umgebung
  - Sehstörungen
  - Sonstiges \_\_\_\_\_

**Grobmotorik (Sport)**

- unauffällig
- auffällig, weil \_\_\_\_\_

**Feinmotorik**

- unauffällig
- auffällig, weil \_\_\_\_\_

Händigkeit     rechts     links

Handschrift \_\_\_\_\_

**Musikalität** \_\_\_\_\_

**Sprache/Sprechen**

**Möglichst detaillierte Beschreibung der derzeitigen Symptomatik**

(An dieser Stelle kann nach einzelnen Symptomen gezielt nachgefragt werden)

---

---

---

---

**Familiäres Auftreten von Sprach-/Sprechstörungen**

- nein
- Sprachentwicklungsverzögerung oder -störung \_\_\_\_\_
- Bestehende Unsicherheiten bei Grammatik und Formulieren \_\_\_\_\_

Fortsetzung  
nächste Seite

## Screening zur Spontansprachanalyse bei Poltern – Protokollbogen

(© Ulrike Sick 2002)

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersucher: \_\_\_\_\_

Spontansprache zum Thema \_\_\_\_\_  
(2-3 Minuten)

### Auditive Analyse der Sprechprobe

Analyse Nr. 1	Phonetik
unverständlich	
Reduzierung oder Kontaminationen von einsilbigen Wörtern, Silben oder Lautfolgen	
<b>Weitere Bemerkungen</b> (z. B. auffällig viele phonologisch-phonetische Korrekturen oder Hinzufügungen von Lauten)	

Analyse Nr. 2	Unflüssigkeiten
Wiederholungen – Silben-/Teilwortwiederholungen – Wortwiederholungen – Satzteilwiederholungen	
Blockierungen	
Dehnungen	
<b>Weitere Bemerkungen</b> (z. B. Lautwiederholungen viele Embolophrasen/Embolophonien)	

Analyse Nr. 3	Sprache
Syntaktisch-morphologische Fehler Satzverschränkungen Satz oder Wortabbrüche Wortauslassungen	
Wortfindungsprobleme oder falsche lexikalische Auswahl	
Sprachliche Strukturierung („auf den Punkt kommen“)	
Auffällige Redundanz	
<b>Weitere Bemerkungen</b>	

Fortsetzung  
nächste Seite