

**Stottern, Modifikationstechniken und Therapie-
möglichkeiten. Analyse von Fallstudien aus linguistischer
Perspektive**

Von der Gemeinsamen Fakultät für Geistes-
und
Sozialwissenschaften der Universität
Hannover
zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte
Dissertation

von Christine Michaela Busler, M.A. phil.,
geboren am 02.09.1968 in München
2002

Referent:	Prof. Dr. Peter Schlobinski
Koreferenten:	Prof. Dr. Carl Ludwig Naumann und Prof. Dr. Dr. Hinderk Meiners Emrich

Tag der mündlichen Prüfung: 01.08.2002

Deutsches Abstract

Die vorliegende Dissertation befasst sich aus linguistischer Perspektive mit der Sprechablauf- bzw. Redeflussstörung Stottern, die zeitweise auftritt, willensunabhängig ist und determiniert wird von personalen, zeitlichen und situativen Variablen. Ein angespanntes, stummes Verharren in der Artikulationsstellung, Wiederholungen von Lauten, Lautverbindungen oder Silben- und Wortentitäten, Dehnungen, Störungen der Sprachdisposition und Vermeidungsreaktionen stellen charakteristische Symptomausprägungen des Stottersyndroms dar, die sich aber bei jedem Stotterpatienten individuell verschieden und multilateral manifestieren können. Mit Hilfe ausgewählter Fallbeispiele soll hier die Abhängigkeit der Häufigkeit und Stärke der Symptommanifestation als quantifizierbare Parameter von linguistischen Faktoren eruiert und beschrieben werden. Eine konsequente idiografische Betrachtungsweise, die hier verfolgt worden ist, verlangt dabei nach einer für jeden einzelnen symptombelasteten Sprecher individuell zugeschnittene Darstellung der Symptomatik, die die Grundlage für eine entsprechende therapeutische Maßnahme bilden sollte. Dabei spielt insbesondere die Tatsache eine wichtige Rolle, dass beim erwachsenen Stotterpatienten eine Spontanremission auszuschließen ist und einen Erfolg in der linguistischen Symptomtherapie im Rahmen einer komplexen, interdisziplinären Therapie eine Verminderung der Auftretenshäufigkeit und –stärke der Primärsymptomatik und der eigeninitiierten Vermeidungs- und Ankämpfreaktionen darstellt. Neue Sprachmuster müssen etabliert werden. Das Diagnostizieren der verschiedenen und in ihrer Ausprägung unterschiedlichen Symptome, sowie die in Eigenregie etablierten Modifikationstechniken des alten, unflüssigen Sprechmusters vonseiten des einzelnen, symptombelasteten Sprechers erfolgen hier hinsichtlich der phonematischen, syntaktischen und pragmatischen, linguistischen Beschreibungsdomäne und wollen Anstöße für neue therapeutische Maßstäbe geben. Wo sollen die therapeutischen Modifikationstechniken ansetzen? Gibt es einen bevorzugten „Stotterort“? Kann man mithilfe bereits etablierter linguistischer Errungenschaften das Auftreten der tonischen und klonischen Blockierungen im Sinne der charakteristischen Stottersymptomatik adäquat und idiografisch beschreiben? Diese und andere Fragen standen

hier im Fokus des Interesses und wollten mit empirischen Fallbeispielen ermittelt werden.

„Suchworte für Interessenten“:

- „Stotterlocus“
- „Modifikation am Stotterort“
- „Die Silbe als `natürliche Stottergröße´“

English Summary

„Stuttering“, „Stammering“ or „Speech blocks“ are the terms that describe the syndrome of stuttering as a disintegration of fluency in human symptomatic articulation.

This dissertation in hand represents an attempt to analyze and to explain clearly the syndrome of stuttering from the linguistic perspective and from an evident, strictly speaking idiographic view. But not only is the articulation aspect treated in the article, but also a description of the attempts of the stutterers to create modification structures to take care even not to stutter.

Chosen examples of symptomatic audition speeches were tested to proof the intense determination of the linguistic domains such as syllable-based phonology, syntax, in particular word order relationships, and pragmatics. That domain deals with the analysis of talks with “non-symptomatic” interlocutors.

The focus of attention was doubtless the search for the stutter-location, the onset of the syllable.

The results of all the analysis offer a sphere of influence to create a rudiment form of modification therapy that maybe could help the stutterer to speak more fluency.

“Catchwords”:

- “Syllable-based phonological Stutter-analysis”,
- “Stutter-location” and
- “Stutter-modification”

Im Gedenken an

Demosthenes, der mit Kieselsteinen im Mund gegen sein Stottern ankämpfte,

Winston Churchill („Hmmmmmmm England will never surrender“)

und

Marylin Monroe,

*die ihr „Happy Birthday, Mr. President“ lieber sang als sprach, was durchaus
nicht an Wirkung verfehlte.*

All denen gewidmet, die ihr Stottern neben der

für sie geeigneten, professionellen Hilfe

in die eigenen Hände

nehmen wollen.

Vorwort

Für die Anregung schon am Tage meiner mündlichen Magisterprüfung, das Thema „Stottern und Therapiemöglichkeiten“ in einer Dissertation zu bearbeiten, gilt mein besonderer Dank meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. P. Schlobinski, der zudem wertvolle Kritik und wichtige Hinweise bei der Überarbeitung dieser Abhandlung zu geben wusste. Herrn Prof. Dr. Carl Ludwig Naumann danke ich für weitere wichtige Hinweise und Anregungen, die aus der Korrektur resultieren.

Weiters möchte ich meinen Probanden Daniela, Doris und vor allem Enrico Strahtausen danken, die Engagement und Tatkraft bei den Versuchsreihen und zahlreichen Kassettenaufnahmen bewiesen haben.

Meinen Eltern, Gerdi und Helmut Busler, danke ich für ihre Freundschaft, Fürsorge und die emotionale und finanzielle Unterstützung.

Auch Andy, Tommy und nicht zuletzt Frau M. Siebert-Moses möchte ich für die allzeit lieben, tröstenden Worte während der Erstellung dieser Arbeit danken.

Cay sei gedankt für die Hilfe, den PC nach einem Computervirus wieder in Gang zu setzen.

Herrn Dipl.-Kfm. Thomas Schmidhammer, Tommy, und Herrn Jens Runkehl, M.A. phil. möchte ich für ihre Hilfe bei der Erstellung der Druckfassung in elektronischer Form herzlich danken.

Zuletzt bitte ich um Verständnis dafür, dass sich möglicherweise bei mir als Betroffene oftmals „subjektive Färbungen“ im Schreibstil eingeschlichen haben, die ich aber weitgehend versucht habe zu vermeiden bzw. zu korrigieren.

München, im August 2002

Christine Michaela Busler

*Motto: „Der Irrtum ist viel leichter zu erkennen, als die Wahrheit zu finden;
jener liegt auf der Oberfläche, damit lässt sich wohl fertigwerden;
diese ruht in der Tiefe, danach zu forschen ist
nicht jedermannes Sache.“*

(Goethe)

Inhaltsverzeichnis

0. Einleitung: „Kognitionen eines Stotterpatienten im Moment der Sprechflusshemmung“ und Darlegung der grundlegenden Hypothesen zum Vorgehen in dieser Abhandlung.....	12
Teil A: Theoretische Grundlagen	17
1. Inhaltliche Diskussion	17
2. Einleitende, thematische Reflexion	25
3. Kennzeichnung des Stottersyndroms	28
4. Kurze Darstellung der kindlichen Sprachentwicklung: „Erstspracherwerb und Stottern“	41
5. Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptomfreien und beim symptombelasteten Sprechen	50
5.1 Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptomfreien Sprechen	52
5.2 Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptombelasteten Sprechen.....	55
6. Stottern und Kommunikation	57
7. Modifikationen am Stottersymptom „Von der Antike mit Demosthenes bis in die Gegenwart“	66
8. Moderne Therapieansätze.....	72
8.1 Begründung der Auswahl.....	73
8.2 Die Schlafhorst/ Andersen-Therapie.....	74
8.3 Die biokybernetische Stottertherapie.....	77
8.4 Die Van Riper-Therapie	81
8.5 Kurze kritische Bemerkung.....	87
9. Patientenanamnese: Vorstellen der Versuchspersonen	91
Teil B: Empirische linguistische Fallstudien.....	95
1. Phonematische Ebene: „Wo gestottert und modifiziert wird...“	102
1.1 Suprasegmentale Domäne: „Gibt es typische Stotterorte?“	103
1.1.1 Die Silbe als „natürliche Stottergröße“?.....	103
1.1.2 Der Silbenonset als potentieller Angriffspunkt für Stottersymptomatik	106
1.1.3 Das Greifen neuerer, phonematischer Errungenschaften als Parameter für ein Stattfinden der Stottermanifestation und die Schwere der Symptomausprägung	136
1.1.4 Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit.....	163
1.1.4.1 Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit, dargestellt an Komposita	168
1.1.4.2 Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit, dargestellt an Präfixverben	184
1.1.4.3 Einordnung und Interpretation der Testergebnisse bezüglich der Korrelation zwischen Akzent und Symptommanifestation	190

1.2 Segmentale Domäne: „Kennzeichen der Modifikationsleistungen“	193
1.2.1 Die Vokalmodifikation auf dem Silbenonset	202
1.2.2 Der Abbau von Silbengrenzen bzw. das Konstituieren von neuen Silbengrenzen	228
1.2.3 Die Assimilationstendenzen der phonetischen Artikulationsorte	249
2. Syntaktische Ebene: Serialisierungsphänomen: „Die Etablierung einer Reparatursyntax im Medium der symptombelasteten Sprache“	261
3. Pragmatische Ebene: Konversationsanalytischer Ansatz: „Sprecherwechsel in der Interaktion eines symptombelasteten mit einem symptomfreien Sprecher“	273
4. Zusammenfassung und Schlussbemerkung: „Konsequenzen für die therapeutischen Maßnahmen“	286
5. Anhang	298
6. Verzeichnis der verwendeten und zitierten Literatur	311

Abbildungsverzeichnis

Grafik (1): „Die Darstellung der linguistischen Teilkategorien als Untersuchungsdisziplinen der Anwendungsdomäne `Stottern´ in dieser Abhandlung“	20
Grafik (2a): „Poolpartizipation beim symptombelasteten Sprechen im Dialog bei gestörter Kommunikation“	62
Grafik (2b): „Poolpartizipation beim symptombelasteten Sprechen im Dialog bei Verständnis“	63
Grafik (3): „Biokybernetischer Regelkreis mit gleichbleibenden, interaktiven Strukturelementen, abgebildet auf das Stottersyndrom“	80
Grafik (4): „Skala der konsonantischen Stärke bzw. der Sonorität“	112
Grafik (5): „Skala der Sonorität, abgebildet am Silbenprofil der wohlgeformten `Trog silbe´“ ...	113
Grafik (6): „Grafische Darstellung der möglichen Positionierung des Stotterblocks auf dem Anfangsrand der wohlgeformten `Trog silbe´“	115
Grafik (6a): „Positionierung des Stotterblocks beim tiefen, prolongierten Vokal“	116
Grafik (6b): „Positionierung des Stotterblocks beim tiefen, quantitativ kurzen Vokal“	117
Grafik (7): „Drei Varianten der silbischen Strukturaufteilung am Beispiel `Aschenputtel´“	121
Grafik (8): „Energiekurve bei der Artikulation des symptombelasteten Sprechens vor, während und nach der Manifestation eines Stotterblocks“	129
Grafik (9): „Poolkraftwerk beim symptomfreien bzw. beim symptombelasteten Sprechen“	130
Grafik (10): „Testergebnisse, dokumentiert in einer grafischen Repräsentation“	140
Grafik (11): „Eintragung der Konsonantischen Stärkeklassen der Einzelsprachlaute in `Blankenburg´ in ein Koordinatensystem“	156
Grafik (12): „Sonorität bei `Start´“	159
Grafik (13): „Die Bildung der Einzelsprachlaute an ihren jeweiligen Artikulationsorten“	161

Grafik (14): „Konstituentenmodell mit dem kontrastiven Moment zwischen Anfangsrand und Reim der Silbe in `Ahnherr´ und in `Theater´“	207
Grafik (15): „Crescendo und Decrescendo am Beispiel des Minimalpaares `Beet vs. Bett´ veranschaulicht“	213
Grafik (16): „Abschwellendes Decrescendo als Impuls für den weiteren Sprechfluss“	214
Grafik (17): „Grafische Darstellung des neu konstruierten Wortes `*dire´“	239
Grafik (18): „Bildung der Einzellaute in `pro-biert´“	258

Tabellenverzeichnis

Tabelle (1): „Allgemeine, einführende Daten zur Charakterisierung des Stottersyndroms“	40
Tabelle (2): „Zeitlicher und modaler Ablauf der normativen, kindlichen Sprachentwicklung“ ...	46
Tabelle (3): „Die vier Phasen der Stottertherapie nach Charles Van Riper und ihre Inhalte“	82
Tabelle (4): „Darstellung der Inhalte der Modifikationsphase in der Van Riper-Therapie“	83
Tabelle (5): „Skizze der Ergebnisse bezüglich der Vorlesetexte“	110
Tabelle (6): „Auflistung der Stotterblocks, die sich beim Vorlesen der Beispielssätze manifestieren“	144
Tabelle (7): „Syllabifizierung von `eigenbrötlicher´“	152
Tabelle (8): „Syllabifizierung von `italienischen´“	154
Tabelle (9): „Manifestationen von Langmonophthongen in regelhaften Fällen und in Fällen von Hyperkorrekturen“	216
Tabelle (10): „Gegenüberstellung der Hausdörfer'schen Theorie und der linguistischen Sicht in diesr Abhandlung“	290
Tabelle (11): „Einige Ergebnisse dieser Abhandlungen und mögliche Entsprechungen in Bezug auf therapeutische, bekannte Vorschläge und Entwürfe neuer Konzeptionen“	293

0. Einleitung: „Kognitionen eines Stotterpatienten im Moment der Sprechflusshemmung“ und Darlegung der grundlegenden Hypothesen zum Vorgehen in dieser Abhandlung

Die folgenden Zeilen mögen die Gedanken eines symptombelasteten, erwachsenen Sprechers im konkreten Moment seiner Sprechflusshemmung abbilden, um in die Thematik „Stottern, Modifikationstechniken und Therapiemöglichkeiten“ gedanklich einzuführen, die mich in dieser Abhandlung beschäftigt hat. Die Kognitionen des einzelnen Sprechers, die die Tragweite der Grundsymptomatik seines Stotterns, die Symptomcharakterisierung in toto, die den Stottervorgang begleitenden, nicht-sprachlichen Auffälligkeiten, ebenso wie die Vielschichtigkeit seines inneren Leidens, die mit der Sprechablaufstörung einhergeht, nachzeichnen, mögen hier neben der wissenschaftlichen Terminologie stehen, die diese adäquat einzuordnen vermögen.

„Ich halte mir einen Spiegel vor und sehe dabei Schlimmes; eigentlich das Schlimmste, was es in meinem Leben gibt! Etwas, was mir nicht gefällt (Nicht-Akzeptanz des eigenen Stotterns). Etwas, was mein glattes, ebenmäßiges Gesicht in tiefe Falten legt, meine Augen zusammenzucken lässt, meine Lippen zum Bibbern bringt und mich um Atem ringen lässt (parakinesische Sekundärsymptomatik in Form begleitender, grotesker Mitbewegungen und krampfähnliche Bewegungen der Sprechmuskulatur und rund um die Augenpartie). Nein, ich friere nicht. Ich rede. Zumindest versuche ich es gerade. Dabei muss ich an soviel denken: mehr an das Du, das gerade versucht, mir einen einzigen Buchstaben zu entlocken. Mein Ich nehme ich, seit ich meinen Redebeitrag begonnen habe, nicht mehr genügend wahr (kommunikative Verantwortlichkeit des Stotterers). Ich kämpfe. Es ist ein Kampf, der mich meist jeden Tag, jede Stunde und jede Minute meines Lebens begleitet. Ich muss über etwas nachdenken, das alle anderen Menschen ohne einen Moment der Reflexion einfach so tun – und, neidvoll muss ich es anerkennen, auch noch flüssig können (vs. Wiederholungen von Lauten, Silben und Wörtern, Wortdehnungen, lang andauernde Verkrampfungen der Sprechmuskulatur mit stummen Pressversuchen)! Doch ich führe diesen Kampf, weil ich so viel zu sagen habe, und weil ich eigentlich gerne rede, aber oft unterdrücke, etwas zu

sagen (Vermeidungsverhalten, in der Wortlosigkeit gipfelnd). Das Blut pulsiert in meinen Adern. Soll ich jetzt so tun, als hätte ich vergessen, was ich sagen will oder soll ich vielleicht husteln? Das hat mir schon so oft aus der Misere des langen, stummen Blocks geholfen (Vermeidungsverhalten und Kaschierungsticks)! Wie ich jetzt wohl auf das Du wirke? Hat dieses Du gerade die Augenbraue geringschätzend gehoben?“ denke ich (Angst vor sozialer Ablehnung als ein Parameter zur Evozierung der Entstehung, Aufrechterhaltung und Schwere des Symptoms und Manifestation von Angstkognitionen); - und - erleichtert darf ich erkennen: „Nein, er wartet nur! Er wartet darauf, was ich ihm zu sagen habe.“ Endlich löst sich der Block (Tonische Stotterblockierung als lang andauernde Verkrampfung der Sprechmuskulatur mit stummen Pressversuchen). Deutlich spüre ich, wie sich mein Gesicht entkrampft, wie meine Lippen zur Ruhe kommen, wie dieser, mir so verhasste Buchstabe „b“ meinen Mund verlässt und endlich in die Ohren meines Gegenübers gelangen darf. Erst jetzt spüre ich, dass ich wohl meinen Mund lange verkrampft geschlossen gehalten haben muss. Mein Atem beginnt wieder, in den Fluss zu kommen (Fehlkoordination der am Sprechakt beteiligten Muskelgruppen, unübliche Atemtechnik).

Einige Buchstaben, einige Wörter sprudeln nun aus mir hervor (oft flüssige, symptomfreie Redeanteile im Medium der symptombelasteten Sprache), und die Bewusstheit des Ichs lässt mich für kurze Zeit fliegen, bis der nächste Block mich wieder eines Besseren belehrt (Spontanerholung beim Stottersyndrom und Adaptionseffekt).“

Dieser Auszug¹ vermag, so meine ich, anschaulich die grundlegende Charakterisierung des Stottersyndroms in der Multidimensionalität seiner Symptomatik abzubilden. Grundsätzlich kann die Redeflusshemmung „Stottern“ als eine auffallend häufige Unterbrechung des Sprechablaufs gekennzeichnet werden. Signifikant ist das plötzliche Stocken vor einem Wort, einer Silbe oder einem Phonem, das mit „Block“ oder „Blockierung“ bezeichnet wird. Es kommen zudem Verzögerungen, Dehnungen und Verkürzungen bei der Aussprache einzelner

¹ Zitiert aus: „Wenn der Fluss nicht fließt“, Busler (1999), „unveröffentlichte Zeilen“. Diese Zeilen stellen Auszüge aus meinen eigenen Erfahrungswerten als Betroffene und aus den Erzählungen von anderen Stotterpatienten dar, die ich im Laufe der Zeit befragt habe.

Laute vor sowie Reduplikationen von Wort- und Satzteilen. Mit dieser Primärsymptomatik des Stottersyndroms geht aber eine wesentlich umfangreichere und vielschichtige Sekundärsymptomatik² einher, die sich erst beim erwachsenen Stotterpatienten in vollem Umfang manifestiert hat: Es sind dies eine Fehlkoordination der am Sprechakt beteiligten oder nicht involvierten Muskelgruppen, ein verkrampftes Offen- oder Geschlossenhalten des Mundes, ein Zusammenpressen der Lippen und/ oder ein Aufeinanderschlagen der Zähne, um nur einige wenige Mitbewegungen bzw. Parakinesen zu nennen, die die Mimik beeinträchtigen. An die Stellen sprachbegleitender Gestik und Gebärden treten oftmals Behelfshandlungen, die den Sprechfluss ursprünglich wieder in Gang setzen sollten, sich aber bei chronifizierter Manifestation verselbstständigt haben. Alle bisher genannten Symptome treten mehr oder minder automatisiert auf und sind mit umfangreichen Kognitionen gepaart, die Angst- und Fluchtfiktionen beinhalten.

Das Leben mit einer Sprechablaufstörung in einer vorwiegend flüssig sprechenden Gesellschaft veranlasst den symptombelasteten Sprecher zunehmend den Sprechimpuls abzubremsen und abzdrosseln, um nicht von derselben abgewiesen und isoliert zu werden. Das lässt sich insbesondere auf der Folie des Austin'schen Verständnisses der Äußerung eines Satzes als Vollzug einer sozialen Handlung betrachtet nachvollziehen.

Dieses sich mit der Zeit einschleifende, zwanghafte Verhalten erhebt sich zum automatisierten Reflex, der zwischen den Sprechimpuls und seiner artikulatorischen Realisation einen Hiatus schiebt, um der Überlegung Raum zu schaffen, ob der Stotterer es riskieren kann, etwas zu sagen oder ob er besser darauf verzichten sollte. Die anfängliche Annullierung des Impulses gipfelt schließlich in der Sprechangst, die in einer Korrelation zueinander stehen wie das Verhältnis Triebimpuls und Strafangst beim ungehorsamen Kind, - ein Beziehungsgefüge, das wir bereits aus der Tiefen- bzw. Verhaltenspsychologie her kennen.

Die Zeit und Kraft, die der oben beschriebene Hiatus für seine Manifestation beansprucht und mit denen sich die Sprechangst etabliert, sollte im Rahmen dieses

² Die Unterteilung in primäre und sekundäre Symptomatik schlug schon *Gutzmann* (1894) vor (vgl. *Schäfersküpper*, 1980: 115 f.) und wird in der einschlägigen Fachliteratur immer noch verwendet.

Ansatzes mit einer Modifikationsleistung, die am Artikulationsmodus, am -ort, aber unmittelbar vor der Etablierung des Artikulationsvorgangs ansetzt, ausgefüllt und funktionell genutzt werden. In dieser Arbeit sollen beispielsweise bereits eingeschliffene Modifikationsleistungen nach „alten, aber funktionell nicht nutzbaren Mustern“, die sich während der langen Leidensgeschichte eines erwachsenen, symptombelasteten Sprechers manifestiert haben, aufgespürt und analysiert werden, um sie gegebenenfalls verändern zu können. Die charakteristische Primär- und Sekundärsymptomatik des Stottersyndroms möge jedoch ausführlich und detailliert in den „Theoretische(n) Grundlagen“ erörtert werden.

An dieser Stelle möchte ich kurz einführend den Sinn der Arbeit, das Vorgehen, grundlegende Hypothesen und Verfahren darlegen:

Diese Abhandlung will der idiografisch ausgerichteten Beschreibung und Analyse der Stottersymptomatik aus linguistischer Sicht einen einschlägig wissenschaftlich fundierten Untersuchungskatalog anbieten, der sich an der so genannten „normalen“, flüssigen Sprechsprache orientiert und damit das symptomträchtige Sprechverhalten als Abweichung von der symptomfreien Variante erhebt und nicht als pathologisches, sprechsprachliches Fehlverhalten interpretiert. Hier möchte ich ganz bewusst von den Sprachstörungen differenzieren, die hirnnorganisch bedingt sind und Folgen von Unfällen, Tumoren oder Schlaganfällen darstellen. Bei ihnen sind die produktiven Fähigkeiten im Kompetenzbereich beeinträchtigt, die sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren können und u. v. a. Wortfindungsprobleme, Defizite beim Aufbau syntaktischer Strukturen oder der Zuweisung der korrekten, phonologischen Struktur zu einzelnen Wortentitäten betreffen können. Beim Stottern hingegen handelt es sich um eine Performanzstörung, wie ich in diesem Ansatz u. a. darzulegen versuche.

Das linguistische Fundament, das im empirischen Analyseteil der Abhandlung seine Anwendung findet, möge die Stottersymptomatik und die eigeninitiierten Modifikationsleistung des einzelnen Patienten am unmittelbar auftretenden bzw. herannahenden Störsignum beschreiben und damit im günstigsten Fall auch neue, in realiter produktive, einschlägige Modifikationsvarianten generieren. Diese können möglicherweise in Allianz mit anderen, interdisziplinären Techniken und

Hilfestellungen neue Wege aus der Ohnmacht eröffnen, die die Sprechablaufstörung zumindest für die Patienten darstellt, die ich beobachtet habe.

Dazu ist es aber in einem ersten Schritt wichtig, „individuelle Stotterorte“ zu eruieren, wenn es denn solche gibt. Lassen sich diese Stotterloci und die Modifikationstechniken, die der einzelne Stotterpatient im Laufe seiner Leidensgeschichte mit der Sprechablaufstörung für sich generiert hat, mit etablierten linguistischen Beschreibungstechniken adäquat darstellen? Wenn ja, lassen sich diese in einem nur für den einzelnen Stotterpatienten relevanten „Strategienkatalog“ bündeln, um modifizierend auf das alte Sprechmuster der auftretenden bzw. herannahenden Symptomatik im Sinne der charakteristischen Störbilder zu reagieren? Diese und andere Fragen, die in der „Thematische(n) Reflexion“ zusammengetragen und ausführlich dargestellt sind, werden uns in dieser Abhandlung beschäftigen.

Ein Anliegen, das ich mit der Erstellung von „Stottern, Modifikationstechniken und Therapiemöglichkeiten. Analyse von Fallstudien aus linguistischer Perspektive“ im Besonderen verfolgt habe, ist die Involvierung linguistischer Theorien und Analysemethoden in die Darstellung und Diskussion des Stotterphänomens, das nur idiografisch behandelt werden sollte. In den modernen, gängigen Stottherapien, von denen ich im theoretischen Teil der Arbeit eine Auswahl vorstellen möchte, wird als grundlegendes Veränderungsprinzip „Feststellen, was du tust, wenn du stotterst!“ empfohlen. Dieses elementare Axiom des Modifikationsbestrebens setzt im therapeutischen Rahmen eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung z. B. auf feinmotorische Bewegungsabläufe der an der Artikulation beteiligten Sprechwerkzeuge oder die Reduktion des Sprechtempos mit dem Ausführen deutlicher, willentlicher Artikulationsbewegungen voraus, auf der Folie des wissenschaftlich beschreibenden Erfassens eine adäquate Darstellung der bisher fehlerhaften, nicht produktiven Sprechgewohnheiten und Sprechverhaltensmuster. Die empirische Analyse des alten Sprechmusters des einzelnen Patienten sollte Grundlage für die darauf aufbauende Stottherapie sein, die ihm neue Perspektiven zu eröffnen vermag und im günstigsten Fall Aufschluss über den breit gefächerten Fragenkatalog vermitteln, den sein individuelles Stotterbild an ihn stellt.

Teil A: Theoretische Grundlagen

1. Inhaltliche Diskussion

Die moderne, System bezogene und strukturalistische Linguistik als exakte, wissenschaftliche Erforschung der Sprache mit Hilfe kontrollierbarer und empirisch nachweisbarer Beobachtung unter Bezug auf eine allgemeine Theorie der Sprachstruktur liefert auch für die Anwendungsdomäne der unflüssigen und „gestörten Sprechsprache“, dem Stottern, die gängigen Beschreibungsebenen für eine analytische, sprachwissenschaftliche Dekodierung. Aus ihr können im Allgemeinen bestenfalls therapeutische Konsequenzen gezogen werden: Die Wissensgebiete, die hier systematisches, analytisches Herangehen und theoretische Einordnung versichern können, kommen vorwiegend aus der phonematischen, syntaktischen und pragmatischen Domäne der Linguistik. Auch die semantische Domäne liefert zweifelsohne wichtige Untersuchungsparameter, die helfen können, das Stotterphänomen des einzelnen Patienten aus linguistischer Perspektive zu erfassen. So vermag jeder meiner beobachteten Probanden beispielsweise synonyme Wortentitäten im Zuge eines Vermeidungsverhaltens zu bilden und anstelle derer zu artikulieren, die er schon im Vorfeld des Äußerungsmoments meint, nicht flüssig aussprechen zu können. Hier können beispielsweise paradigmatische Beziehungen zwischen dem ersten Sprechimpuls und dem tatsächlich realisierten Sprechverhalten am Wort im „individuellen Lexikon“ des symptombelasteten Sprachbenutzers beschrieben werden. Fragen, die hier den Analysten weiters beschäftigen könnten, wären z. B.: „Welche syntaktischen Kategorien vermeidet der Stotterpatient bevorzugt?“ und „In welchen Kontexten werden diese bevorzugt vermieden?“; „Wird die ein oder andere Wortentität konsequent aus dem Wortschatz dieses symptombelasteten Sprachbenutzers vermieden und durchgehend synonym ersetzt oder handelt es sich hierbei um eine situative Vermeidungsvariante?“ Im Rahmen dieser Abhandlung habe ich mich jedoch auf die drei erst genannten, linguistischen Beschreibungsebenen beschränkt, um genügend Raum für eine ausführliche Darstellung zu haben.

Die phonematische Domäne wird im Folgenden den primären Untersuchungsgegenstand bilden und dementsprechend ein besonders großes Kontingent der Abhandlung einnehmen, weil das Medium der gesprochenen Sprache auch die pathologischen Fehlleistungen im Sinne der charakteristischen Symptomatik des Stottersyndroms bzw. im Allgemeinen auch die Abweichungen von der sogenannten, normativen Sprechsprache im Medium der symptomfreien, flüssigen Artikulation einschließt. Die Beschäftigung mit artikulatorischen, akustischen und auditiven Faktoren der Laute, deren physikalischen Merkmalen, die bei der Produktion und Perzeption durch den Sprachbenutzer relevant werden, und deren struktureller Organisation, spielen zweifelsohne insbesondere in dem System einer Lautproduktion eine exponierte Rolle, bei der der Artikulationsablauf offenbar gestört ist. Im Rahmen der phonematischen Ebene richtet sich das Augenmerk auf den Fragenkatalog „An welchen phonetischen bzw. phonologischen Orten wird bevorzugt gestottert?“; „Gibt es einen solchen Stotterlocus überhaupt?“ und „Können neuere, phonematische Errungenschaften der Linguistik als Parameter für ein Stattfinden und die Schwere der Symptomausprägung dienen?“. Wichtig ist hier auch das Aufspüren und die Analyse von Modifikationsleistungen in Form von Hyperkorrekturen, die der symptombelastete Sprecher vornimmt, um der Manifestation der Symptomatik und/ oder der erwarteten Nichtakzeptanz seines interaktiven Gegenübers aus dem Wege zu gehen.

Ganz bewusst bin ich im Rahmen der phonematischen Analyse den Weg vom Toto zum Pars gegangen, von der Gesamtheit der sprachlichen Eigenschaften, die größer sind als ein einzelnes Phonem, zu den kleinsten, aus dem Schallstrom der Rede abstrahierten, lautlichen Segmenten, den Phonemen. Ich habe der suprasegmentalen Domäne der Prosodie die Thematik der „Stotterorte“ zugewiesen, weil es beim Stotterphänomen weniger um die Problematik geht, dass isolierte Laute nicht flüssig produziert und artikuliert werden können, sondern dass sich die Symptomatik vielmehr nur bei der sprachlichen Realisation von Lautfolgen- und Silbenübergängen manifestiert. Auf der segmentalen Ebene gilt mein Interesse vorwiegend den Modifikationsleistungen der eigeninitiierten Reparatur von Seiten des Stotterpatienten.

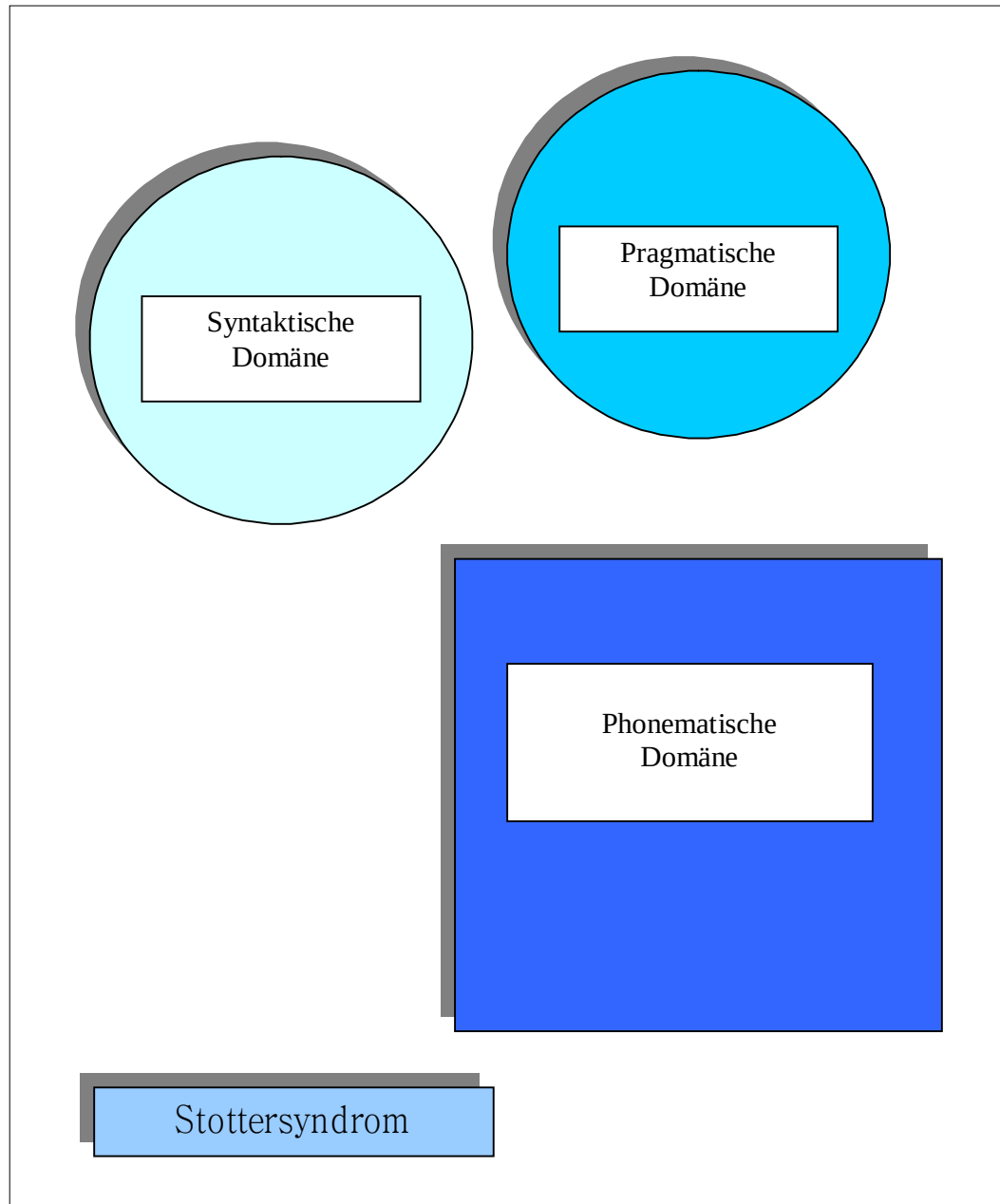
Dass auch Prinzipien einer alternierenden Wortstellung innerhalb des Syntagmas und gesprächsanalytische Maximen und das Gespräch steuernde Variablen in die diagnostische Arbeit rund um das Stotterersyndrom eingreifen, wird sich u. a. im empirischen Teil der Abhandlung im Rahmen der syntaktischen und pragmatischen Domänen zeigen.

Ob nun Verzögerungen im Sprechfluss, Blockaden während der Artikulation, Reduplikationen von Lauten, Silben und/ oder sogar ganzen Wortentitäten und Modifikationsleistungen, die Symptomatik verbergen und/ oder vermeiden sollen, im Medium der symptombelasteten Sprechsprache des Stotterpatienten ausfindig gemacht und analysiert werden sollen oder aber Daten von Versprechern oder typischen Formulierungsverfahren in gesprochenen Äußerungsfolgen, die aufgrund des geringen Planungsspielraumes beim Sprechen die Sprachbenutzer nicht „wie gedruckt“ sprechen lassen, - die Linguistik bietet beobachtungs-, beschreibungs- und erklärungsadäquate Ansätze für Abweichungen von der sprachlichen Norm und/ oder was immer man darunter verstehen möchte: artikulatorische Fehlleistungen und sprachliche Störungen in verschiedenster Ausprägung auf der Folie einer Einsicht über das Funktionieren der Sprache.

In dieser Abhandlung wird die Sprechflussstörung „Stottern“ bezüglich der beiden Parameter „Stärke bzw. Schwere der symptomatischen Ausprägung“ und „Häufigkeit der Manifestation der Stotterersymptomatik“³ quantifiziert.

³ Was man im Einzelnen unter Stotterersymptomatik zu verstehen hat, wird in Kapitel 3 dieser Abhandlung mit dem Titel „Kennzeichnung des Stotterersyndroms“ eingehend erklärt werden.

Grafik (1): „Die Darstellung der linguistischen Teilkategorien als Untersuchungsdisziplinen der Anwendungsdomäne `Stottern` in dieser Abhandlung“



Die aus der Analyse gezogenen Erkenntnisse sollten im Allgemeinen die produktive Basis für die therapeutische Arbeit mit dem Patienten bilden. Und eben diese Zielsetzung kann im Falle der Stottertherapie nicht oder nur eingeschränkt geleistet werden, denn die in der einschlägigen Fachwelt vorherrschenden multifaktoriellen Konzeptionen des Stotterns (vgl. z. B. Adams, 1990; Bloodstein, 1995; Johannsen/ Schulze, 1993; Fiedler/ Standop, 1986; etc.) verstehen das Stottersyndrom als Folge der Interaktion vielfältiger verursachender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren auf physiologischer, psycholinguistischer und psychosozialer Ebene. Die Vielschichtigkeit des Stotterphänomens lässt die Beschränkung auf eine einzige Therapieform nur selten zu. Die Multisymptomatik und Polyätiologie des Stottersyndroms verlangt vielmehr, dass verschiedene Behandlungsmethoden zielorientiert miteinander kombiniert werden und sukzessiv eingesetzt werden in der Therapie, die verschiedene Therapietechniken integriert. Eine ungefähre Struktur eines solchen mehrdimensionalen Behandlungsansatzes sieht folgende Parameter vor, die nun kurz aufgeführt werden:

1. Die Behandlung der Störungen des Sprechens gilt dabei als primärer Parameter: Hier werden neue Sprechgewohnheiten und Sprechmuster systematisch eingeübt mit Sprechhilfen, die den Prozess vom „stockenden Sprechen“ über „flüssiges Stottern“ bis hin zur vielfach flüssigen Artikulation erleichtern können. Zudem werden Verfahren aufgezeigt, die eine sukzessive Veränderung der „alten“ Sprechgewohnheiten programmatisch beinhalten.
2. Vorausgehende und begleitende Maßnahmen bei der Behandlung der Sprechstörungen, die vorwiegend die nicht-sprachliche Sekundärsymptomatik des Stottersyndroms betreffen.
3. Etablierung einer Selbstkontrolle beim „flüssigen Stottern“⁴.
4. Behandlung der Sozialstörungen.

⁴ Die neueren Therapieansätze, die ich im Verlauf dieser Abhandlung noch vorstellen werde, zielen auf keine Vermeidung des Stotterns ab, sondern wollen (zunächst) „flüssiges Stottern“ erreichen.

5. Überleitung der therapeutischen Bemühungen in irgendeine Form der Selbsthilfe (z. B. Integration in Selbsthilfegruppen und/ oder Einleitung zu einer erfolgreichen „Hilfe zur Selbsthilfe“).
6. Therapeutische Nachsorge.

In dem glücklichen, aber zweifelsohne seltenen Fall, da schon die Adaption einer einzigen Therapieform mit Erfolg gekrönt ist, muss trotzdem fachübergreifend gearbeitet werden. Außerdem ist entscheidend, was man als eine „erfolgreiche Therapie“ wertet. Beim chronifizierten Stottern im Erwachsenenalter werden eine psychische Akzeptanz, das eigene Stottern zu tolerieren, und das Abschwächen der stotterspezifischen, negativen Gefühle und der Denk- und Vermeidungsgewohnheiten, unter denen wohl jeder Betroffene und Stotterpatient insgeheim leidet, wesentliche Therapieziele darstellen. Ferner sollen meistens eine „richtige Steuerung“ der Sprechmotorik und eine „neue“ Atem- und Sprechweise erlernt werden, die Primär- und Sekundärsymptomatiken des Stottersyndroms abschwächen werden. Eine vollkommene Remission der Symptomlastigkeit wird nämlich im Falle des erwachsenen Stotterpatienten oftmals ausgeschlossen. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass ich mich in dieser Arbeit bewusst nicht mit dem kindlichen Stottern befasst habe. Meine Versuchspersonen, die ich im Laufe meiner Studien beobachtet und befragt habe, sind ausschließlich erwachsene Stotterpatienten, die bereits große Therapie-Erfahrung aufweisen und die durch sensitive, bewusste Selbstwahrnehmung, das durch die Therapieviefalt etabliert und genährt worden ist, konkrete Aussagen über ihr individuelles Stotterverhalten zu leisten vermögen.

Die Thematik „Stottern, Modifikationstechniken und Therapiemöglichkeiten“, der ich mich in dieser Abhandlung gewidmet habe, ist hinsichtlich zweier Verständnisebenen zu begreifen: Zum einen sind mit „Therapiemöglichkeiten“ die therapeutischen Ansätze gemeint, die die einschlägige Forschung im Laufe der langen Zeit der Sprachheilpädagogik⁵, Psychologie und anderer entsprechend konform gehender Disziplinen bzw. Entwicklungslinien, wie z. B. der Phoniatrie⁶ entwickelt hat, und die der Stotterpatient in der Hoffnung, seine Symptomlastigkeit zu vermindern bzw. zu beseitigen, in Anspruch nehmen kann. Zum anderen meint(en) „Therapiemöglichkeit(en)“ hier auch die Modifikationstechniken bzw. Hyperkorrekturen, die das Medium der gesprochenen Sprache dem symptombelasteten Sprecher zur Verfügung stellt, besser mit seiner Sprechflussstörung im konkreten Moment ihrer Manifestation umgehen zu können.

Unter „Hyperkorrektur“ versteht die Linguistik nach Bußmann (²1990) „(den) Vorgang und (das) Ergebnis einer übertriebenen, sprachlichen Anpassung eines Sprechers an eine von ihm als prestigebesetzt angesehene und deshalb nachgeahmte Sprachvarietät“. Auf das Stottern appliziert, meine ich hier die Anpassungsleistungen, die der Stotterpatient selbst, aus Eigeninitiative heraus, vornimmt, um „eine von ihm als prestigebesetzte Sprachvarietät“, nämlich die symptomfreie, flüssige, zumindest aber eine weniger störanfällige Sprechsprache, zu realisieren bzw. eine, die an die flüssige Sprechvarietät bezüglich einer verminderten Stärke und Vorkommenshäufigkeit der Störfaktoren angelehnt ist. Ob dieses Bemühen schließlich auch von Erfolg gekrönt ist, gilt es im konkreten Fall der Sprechflusshemmung und ihren angewendeten Hyperkorrekturen nach gründlicher Analyse selbstverständlich erst einmal zu verifizieren. Die drei Stotterpatienten, die ich beobachtet habe, bedienen sich dieser Anpassungsleistungen im konkreten Moment des Blocks oder aber bevor der Block sich überhaupt mani-

⁵ Die Sprachheilpädagogik ist selbst nicht aus eigener Kraft entstanden, sondern hat sich aus anderen Wissenschaften heraus entwickelt, auf deren Beobachtungen, Erkenntnissen und Programmen sie weiterhin angewiesen ist. So strömt eine Fülle von Urteilen aus medizinischen, psychologischen und linguistischen Wissenschaftsbereichen auf sprachheilpädagogisches Denken und Handeln ein.

⁶ Nach der Jahrhundertwende bildeten sich zwei für die Stottertherapie wichtige und bahnbrechende, einschlägige Entwicklungslinien heraus, die sich schließlich gegenseitig immer wieder beeinflusst haben: die Phoniatrie und die Sprachheilpädagogik. Vielleicht lassen sich die beiden Therapieansätze als Vorreiter für die mehrdimensionale Therapiekonzeption interpretieren, die derzeit als wirksamste Therapieform im Kampf gegen das Stottersyndrom in der multifaktoriellen Verursachung des Stotterns ihre Begründung findet.

festieren kann. Wie sie mir nämlich erklärt haben, wissen sie meist recht genau, wann das nächste Moment der Sprechflusshemmung wieder auftreten wird. Diese Anpassungsleistungen oder Hyperkorrekturen sind also linguistische Therapieansätze in Eigenregie, die zum Zeitpunkt der subjektiv identifizierten Notwendigkeit vor, oder aber im konkreten Moment der Symptomentfaltung angewendet werden, um den „drohenden Block“ zu vermeiden oder aber aus dem Block wieder in den Sprechfluss und damit in die als „normal“ erachtete, flüssige Sprechsprache zurückkehren zu dürfen.

2. Einleitende, thematische Reflexion

Es ist mir diesbezüglich ein besonderes Anliegen zu beleuchten, dass alle Einzelanalysen, die im Hauptteil dieser Abhandlung in den „Empirische(n), linguistische(n) Fallstudien“ zusammengetragen und aufbereitet worden sind, nicht zwangsläufig relevant für eine allgemeingültige Analyse des Stotterensyndroms sind, d. h., dass sie nicht generell auf die Gesamtpopulation aller Stotterpatienten applizierbar sind, wenn es denn eine solche gibt. Der hier vorliegende Ansatz ist ein einzelfallorientierter bzw. ein idiografischer, d. h. bei den Stotterpatienten, die ich über einen längeren Zeitraum beobachtet habe, ist mir der eine oder andere relevante, sprachtheoretische Parameter aufgefallen, der einzeln oder in compagis mit anderen in realiter wirksam geworden ist. Dieser ist schließlich auf seine Vorkommenshäufigkeit nur bezüglich dieses einen Probanden untersucht worden, um eine Tendenz für die Etablierung, die Schwere und die Auftretenshäufigkeit eben dieses Parameters herauszufiltern. Wichtig ist hier, dass eine linguistische Analyse des Materials, das der einzelne symptombelastete Sprecher uns anhand von Sprachproben liefert, wichtige Anhaltspunkte für einen Therapieansatz liefern kann, der für ihn aus linguistischer Sicht anzuraten ist. Jedoch auch diese Aussage muss im Grunde wieder relativiert werden, denn die Vielschichtigkeit des Stotterensyndroms, das seine Ausprägung und Symptomatik nicht allein in der Linguistik, sondern auch in der Psychologie, Psychotherapie, Sprachheilkunde und Logopädie zu heilen oder zumindest zu modifizieren sucht, verlangt nach Offenheit, auf interdisziplinärer Schiene arbeiten zu dürfen. Es ist in dieser Abhandlung grundlegend auch meist ein Loci-Ansatz verfolgt worden, d. h., dass untersucht worden ist, inwieweit sich ein bestimmter sprachlicher Ort Stotterenssymptom auslösend bzw. -verstärkend auf das Sprechen des einzelnen Probanden auswirkt. In einem letzten Schritt wird endgültig verifiziert, ob die sprachtheoretische Variable nun für den jeweiligen Stotterpatienten tatsächlich „stotterrelevant“ ist oder nicht. Dieser sprachlicher Parameter kann nun einzeln oder aber in der Allianz mit anderen relevanten Parametern aus der Linguistik dahin gehend untersucht werden, ob er auf das individuell geprägte Störbild, das die Symptomatik der Sprechablaufstörung eben dieses Patienten charakterisiert, applizierbar ist. In jüngster Zeit,

insbesondere in den 80er und 90er Jahren, haben sich Studien etabliert, die das Stottersyndrom aus linguistischer und psycholinguistischer Sicht mit idiografischem Leitgedanken beleuchten (vgl. Rommel, 1993; Adams, 1987; Till et al., 1983; Springer, 1980 und Mc Knight und Gullinan, 1987). Hier werden linguistische Befunde mit repräsentativen Daten der Gesamtheit einer Stotterpopulation belegt, aber keine Erklärungsversuche für die gefundenen Daten geliefert. Eine Methode, die syntaktischen Fähigkeiten eines Stotterpatienten zu erfassen, besteht z. B. darin, die Äußerungslängen operationalisiert über die Wort- und Morphemanzahl des Syntagmas als syntaktisches Komplexitätsmaß und Kompetenzparameter heranzuziehen und mit einer ausgewählten Gruppe von symptomfreien Sprechern zu vergleichen⁷. Aus einer derartig gestalteten und konzipierten Analyse ergibt sich dann beispielsweise das Ergebnis „Gehäuftes Stottern in längeren, komplexen Sätzen“, das als charakteristische Symptomausprägung dann als prototypisch verbindlich gilt und auf die meisten anderen Stotterpatienten zu applizieren ist. Zeigt ein Stotterpatient die eine oder andere Erscheinung hingegen nicht, gilt er als Ausnahmeerscheinung. Solche Erhebungen werden jedoch im Wesentlichen ohne feinanalytische, linguistische Methoden und ohne einschlägiges Vokabular dargestellt.

Eine an der idiografischen Sicht orientierte Forschung sollte aber den Einzelfall nicht als Irregularität und die Gesamtpopulation als Richtschnur vorstellen, sollte nicht nur dichotomisch argumentieren, ganz nach der Maxime „Der Patient zeigt/ zeigt nicht ein charakteristisches Störbild im Rahmen der Stottersymptomatik.“, sondern sollte sich auch mit funktionalen Stimuli auseinander setzen. Die Besonderheit und Eigentümlichkeit des Störbildes des Einzelfalles darf meiner Meinung nach nicht als Übertretung und Bruch eines normativen Statuts interpretiert werden, sondern als Herausforderung für die Eruierung neuer, ähnlicher oder teilanaloger Ausprägungen und ihrer Triebfedern.

Es ist zweifelsohne eine Gradwanderung, die Domäne der modernen, systembezogenen, strukturalistischen Sprachbetrachtung mit dem der Sprachpathologie angehörigen Stotterphänomen theoretisch und praktisch zu vereinbaren, weil die Interdisziplinarität, nach der die vollständig zu erfassende Stotterproblematik trachtet,

⁷ Diese Methode ist übrigens die einzige mir bekannte.

immer wieder den linguistischen Rahmen zu sprengen droht. Aber die moderne Linguistik findet ihre Anwendung u. a. im sprachpathologischen Bereich, denn nicht nur Versprecherdaten können empirische Befunde für die Analyse und Beschreibung der Sprache darstellen. Vielmehr ist das Wissen über Sprache von Nöten, um die gestörte Sprache, also der Sprache die in pathologischer Weise von der „normalen“ abweicht, adäquat zu beschreiben und zu analysieren. Schließlich soll erst dann helfend, therapeutisch eingegriffen werden. Linguistische Kenntnisse können dem Logopäden, Sprachheilpädagogen oder Therapeuten als Werkzeug in die Hand gegeben werden, mit dem im therapeutischen Alltag gearbeitet werden kann. Humboldt (1769-1859) prägte den Begriff der „inneren Sprache“, die das eigentliche Sprechereignis vorbereitet. Diese ordnende, sprachliche Gestaltungsfunktion geschieht auch im Medium der nicht-flüssig gesprochenen Sprache linguistisch.

3. Kennzeichnung des Stottersyndroms

Während keine Einigkeit in der Ursachenforschung besteht, sondern von einer „multifaktoriellen Genese“ bzw. von einem „polykausalen ätiologischen Konzept“ gesprochen wird (vgl. dazu: Schulze, 1982: 22 ff.) und offenbar auch kein einheitlich diagnostisch-therapeutischer Zugang hinsichtlich der Sprachauffälligkeit „Stottern“ möglich ist⁸, gibt es innerhalb der einschlägigen Literatur scheinbar doch weitestgehend Übereinstimmung in der Symptomcharakterisierung. Es muss hier ein vielfältig ausgeprägtes, inhomogenes Erscheinungsbild eingeräumt werden. Trotz ähnlicher oder fast gleicher Oberflächenphänomene ist das Stottern, die Störung des Sprechablaufs, die „Disintegration of fluency“, des einen mit dem eines anderen symptombelasteten Sprechers nicht vergleichbar: Stottern ist nämlich ein multidimensionales Phänomen. Die folgende Beschreibung der Symptome, die auftreten können, aber nicht müssen, mag daher entweder als unvollständig erscheinen oder aber als zu detailliert.

Stottern ist eine zeitweise auftretende, willensunabhängige, aber situationsabhängige Störung des Sprechablaufs⁹ und/ oder eine Hemmung des Sprechflusses, die eben verschieden große Ausmaße annehmen kann.

Fiedler/ Standop (²1986) beschreiben Stottern beispielsweise als „(...) eine auffallend häufige Unterbrechung des Sprechablaufs. Es ist charakterisiert durch ein plötzliches Stocken vor einem Wort, einer Silbe oder einem Phonem. Es kommen Verzögerungen, Dehnungen und Verkürzungen bei der Aussprache einzelner Buchstaben vor, sowie Wiederholungen von Wort- und Satzteilen. Auch erfolgen Zwischenschiebungen inadäquater Laute.“ (Ebd.: 1)

Synonym werden die Begriffe „Balbuties“¹⁰, „Dysphemie“, „Spasmophemie“ und „Laloneurose“ verwendet (vgl. Wirth, ⁴1994: 475).

⁸ Es gibt aber auch Autoren, die die Entstehung des Stotters als nicht mehr ungeklärt ansehen. Die Entwicklung des Erkenntnisstandes bezüglich des Stotters oder ähnlich gelagerter Sprachstörungen sei gekennzeichnet durch eine integrative Theoriebildung, die antagonistische Theorien und Forschungsergebnisse zusammenbringen kann (vgl. u. a. Motsch, 1992 in Grohnfeldts „Störungen der Redefähigkeit“: 21).

⁹ Für die Medizin handelt es sich um eine „funktionelle“ Störung des Sprechablaufs, weil keine Organbefunde (wie z. B. Störungen an den Sprechorganen, ein typisches Stotter-EEG oder sonstige Ausfälle) nachweisbar sind (vgl. dazu: Westerich in: Hinteregger/ Meixner, 1988: 23 f.).

Im Rahmen der derzeit in der einschlägigen Fachwelt vorherrschenden, multifaktoriellen Konzeptionen des Stotterns (Johannsen & Schulze, 1993; Starkweather, 1987 et alteri) wird die Sprachauffälligkeit Stottern als Konsequenz der Interaktion „vielfältiger verursachender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren auf physiologischer, psycholinguistischer und psychosozialer Ebene verstanden.“ (Johannsen & Schulze, Forschungsbericht Nr. 58, 1996)

Diese Multidimensionalität macht ein vollständiges Erfassen aller interagierenden Komponenten der Sprachstörung zweifelsohne schwierig und erfordert eine Analyse aller Einzelfaktoren.

Bekannt sind zwei Arten des Stotterns, die einzeln, aber auch miteinander kombiniert auftreten können. Zum einen ist hier das klonische Stottern zu nennen, das durch Reduplikationen bzw. mehrfache Wiederholungen einzelner Laute oder Silben gekennzeichnet ist. Zum anderen sind ein angespanntes, stummes Verharren in der Artikulationsstellung, unwillkürliche, schnelle Wechsel zwischen Kontraktionen und Entspannungen der Artikulationsmuskulatur und Blockierungen beim Sprechen, den so genannten „Blocks“, bekannt, die als tonisches Stottern bezeichnet werden. Dehnungen und Vermeidungsreaktionen¹¹ prägen weiters das typische Erscheinungsbild des Stotterns. Die krampfartigen Kontraktionen der Muskeln rund um den Sprechapparat, das Gesicht, den Hals und die Brust können dabei bisweilen recht lange andauern.

Grohnfeldt definiert Stottern als Redeflussstörung, bei der „situativ variierende Wort- und Silbenwiederholungen, stummes Pressen mit Muskelverkrampfungen, mögliche Fehlformen der Atmung (z. B. Atemvorschieben, Bauchpresse) und im Weiteren (...) unwillkürliche Mitbewegungen (z. B. Nasenflügelsymptom) (...)“ charakteristisch sind. (Ebd., 1992: 5)

Viele Betroffene nehmen ihre Sekundärererscheinungen wie tremorartige Krämpfe der Muskulatur im Bereich des Unterkiefers oder ein bebendes Zusammenpressen der Lippen selbst gar nicht wahr, andere können sie mit einer großen Sensibilität

¹⁰ „*Balbus*“ war der Beiname für Stotterer im antiken Rom.

¹¹ Diese Vermeidungsreaktionen beziehen sich auf das sprachliche Verhalten in Form von Wortvertauschungen oder Satzumstellungen, Satzbauveränderungen, Embolophonien und Embolophrasen.

erfassen, wie z. B. Enrico, mein Proband, der in seinem Aufsatz über „Meine Empfindungen beim Stottern“ schreibt¹²:

„Die bestehende Nervosität, verbunden mit Spasmen in allen Gliedmaßen, schnürte mir die Kehle zu, so dass meinen Stimmbändern meist nur unter Kraftanstrengung und höchster Atemnot, begleitet von einem stummen Zusammenpressen meiner Lippen, dem unkontrollierbaren Zucken oder Verdrehen beider Augen, dem Verziehen der Gesichtspartien, sowie zischenden Geräuschen, äußerst schwer verständliche Wortbrocken zu entlocken waren. Gleichzeitig ging die Überlegung einher, welche Wörter eventuell einen Stolperstein darstellen könnten, um diese blitzschnell durch gleichartige auszutauschen.“

Die Sprechunflüssigkeiten, die sich in Reduplikationen oder aber im Fehlen einzelner Phonem-, Morphem- oder Syntagmaentitäten äußern können, prägen zusammen mit den nicht hörbaren, aber mit dem symptombelasteten Sprechen interagierenden Bewegungsabläufen, zu denen Grimassierungen, Augenzwinkern, Armrudern, Lippenzittern oder in schweren Fällen auch Aufstehen während der Sprechhandlung¹³ gehören können, das typische Erscheinungsbild des Stotter-symptoms. Meist erschwert eine ausgeprägte Logophobie auch zudem die Kommunikationsfreudigkeit mit dem jeweiligen Gegenüber. Die Frage „Sag ich jetzt etwas oder lass ich es lieber bleiben?“, die sich der Stotterer bewusst oder unbe-

¹² Man kann davon ausgehen, dass Stotterpatienten mit Therapie-Erfahrung erst die Fähigkeit besitzen, ihre Primär- und Sekundärsymptomatik konkret wahrnehmen können. Enrico hat seit frühester Jugend zahlreiche Therapien unterschiedlichster Art absolviert. Bei den Vorbereitungen für diese Arbeit bat ich ihn, einige Gedanken, die ihn rund um seine Sprachbehinderung beschäftigen, schriftlich festzuhalten.

¹³ Während einer Therapie lernte ich ein Mädchen kennen, das während der Stotterblocks eine so große Spannung im gesamten Körper aufbaute, die es dazu zwang, sich vom Stuhl zu erheben. Dabei musste es entweder eine schnellende Bewegung nach oben bis zum völligen Aufstehen vollziehen oder aber eine langsame, fast bedächtige Bewegung, die auch zum Stehen führte. Oft wurden sogar die Arme oder Fußstapfen als Starthilfen unmittelbar vor dem Einsetzen der sprachlichen Artikulation gebraucht.

wusst in einem inneren Monolog an sich selbst stellt, führt oft genug dazu, einen geplanten Sprechbeitrag zu unterdrücken.

Die oft mit einhergehende Fehlkoordination der am Sprechakt beteiligten Muskelgruppen können sich durch verkrampftes Offenhalten des Mundes, Aufeinander schlagen der Zähne, deutlich hörbare oder nicht auditiv wahrnehmbare Glottisschläge, schnappendes oder ungewöhnlich tiefes, verkrampftes Einatmen im Stotterrhythmus während des Sprechens manifestieren. Schilling (1965)¹⁴ spricht auch von „pathologischer Hochatmung“, die durch ein Hochziehen der Schultern mit einer Verkrampfung im Bereich des oberen Brustkorbs und Schultergürtels einhergeht und auch zur unmittelbaren Sekundärsymptomatik gezählt werden muss. Sie zeigt sich paralinguistisch, also nicht sprachlich, begleitend mit der primären, verbalen Stottersymptomatik. „Accessorische Bewegungen“ nennt Liebmann (1898)¹⁵ die Mitbewegungen, die „(...) neben den abnormen Sprechbewegungen auftreten (...) (...) (und zwar) an den Sprachorganen selbst, als auch besonders an den übrigen Körperteilen (...)“. Er führt „Kopfnicken, Gesichterschneiden, Augenzwinkern, stoßende und schmatzende Bewegungen der Lippen und der Zunge, Schnappen des Kiefers, Stoßen und Schlagen mit Armen und Beinen, Rumpfbeugen usw.“ als typische, „accessorische Bewegungen“ an, die seiner Ansicht nach nur zum Teil reflektorisch, meistens aber willkürlich vom Stotterpatienten hervorgebracht werden. Heute weiß man selbstverständlich, dass sich diese Mitbewegungen verselbstständigt haben und nicht bei einer Manifestation eines Stotterblocks in dem Irrglauben, so besser, fließender sprechen zu können, willkürlich eingesetzt werden.

Bei allen diesen Bemühungen, Stottern hinsichtlich seiner Symptomatik zu umgrenzen, muss aber deutlich auf die Vielfalt der unterschiedlichen Erscheinungsformen hingewiesen werden, die in der Erkenntnis gipfelt: Jedes Stottern ist anders (vgl. Grohnfeldt, 1992: 5), und jedes Stottern erfordert daher eine unterschiedliche therapeutische Vorgehensweise.

Die verbalen und nonverbalen Auffälligkeiten sind meist an Vermeidungsstrategien gekoppelt, die angewöhnten Reaktionen auf erwartetes und erfahrenes Ver-

¹⁴ Übernommen aus: Scholz/ Eckert (1978: 38) „Sachwörterbuch: Stottern und Poltern. Unter Berücksichtigung internationaler Terminologie“.

¹⁵ Aus: ebd. (1978: 17).

sagen beim flüssigen Sprechen. Sie und das mit hohem Energieaufwand betriebene, angestrengte Sprechen sind „(...) an äußere und innere Reize gebunden; sie wurden Bestandteil der Sprache des Stotterers; sie sind zu Facetten seiner Selbstwahrnehmung geworden.“ (Van Riper, ²1992: 7).

Der erwachsene, symptombelastete Sprecher hat im jahrelangen Umgang mit seinem Stottern seine eigene Lerngeschichte herausgebildet und im Laufe der Zeit individuelle Tricks, Vermeidungs- und Verkleidungsstrategien entwickelt, um den Anschein eines „normalen“, also flüssigen und symptomfreien Sprechers zu wahren. Er möchte dabei die Symptomatik, sei sie nun verbaler oder nonverbaler Art und/ oder die Mimik und Gestik betreffend, bevorzugt verbergen. Diese die Stotterhandlung unmittelbar begleitenden Verhaltensweisen, werden als gelernt angesehen (Starkweather 1987, Van Riper 1971). Der symptombelastete Sprecher hat sie sich als Folgereaktion auf die verbale Sprechauffälligkeit angeeignet.

Wir können beim Stottern also zum einen von offener und zum anderen interagierender, verdeckter Symptomatik sprechen. Zu den verdeckten Dimensionen müssen Angst- und Schamgefühle sowie Flucht- und Kaschierungskognitionen gezählt werden.

„Am häufigsten (...) ist das Vermeiden von Wörtern, Lauten, Situationen, Personen und ähnlichem mehr.“ (Weikert, 1996: 13), weil die Sprechangst das Leben der Stotterpatienten beherrscht. Generell ist Angst zu haben keine außergewöhnliche, sondern eine lebensnotwendige Reaktion und Erfahrung des Menschen auf Gefahr, die der Bewältigung realer oder vorgestellter Bedrohungen dient. Angst ist eine elementare, zum Überleben notwendige Alarmreaktion. Nach Freud (1895 in: „Gesammelte Werke“, Band 8, 1943) gerät „(d)ie Psyche in den Affekt der Angst, wenn sie sich unfähig fühlt, eine von außen nahende Aufgabe (Gefahr) durch entsprechende Reaktion zu erledigen; sie gerät in die Neurose der Angst, wenn sie sich unfähig merkt, die endogen entstandene (...) -Erregung auszugleichen.“ (Ebd., 1943: 338)

Bei der Sprechangst des Stottersyndroms handelt es sich also auf der Folie Freudscher Erkenntnisse um eine gerechtfertigte und begründete, nichtsdestotrotz aber auch um eine übertriebene, unkontrollierbare, willenlose Angst, was sie von der Phobie unterscheidet. Angst jeder Art löst im Körper eine komplizierte

Stressreaktion aus. Das Signal „Angst“ setzt in der Hirnhangdrüse das Hormon ACTH (Adrenocorticotropes Hormon) frei, das über die Blutbahn zu den Nebennieren gelangt und dort die Bildung und Ausschüttung des Stresshormons Kortison herbeiführt. Das Blut transportiert Kortison von den Nebennieren in die Leber, wo unter Einfluss des Stresshormons Glucose ins Blut geschleust wird. Fette und Eiweiße werden als zusätzliche Energiequellen an das Blut abgegeben. Da die Muskeln neben Zucker auch Sauerstoff benötigen, beschleunigt sich die Atmung unter dem Einfluss der ausgeschütteten Stresshormone stark. Die Muskeln spannen sich an, der Herzschlag nimmt zu, und der Blutdruck steigt. Ein Störungsbild des Stotterns, das auch bei meinen drei Probanden in starkem Maße festzustellen ist, ist die starke An- und Verspannung des Muskeltonus vor, während und nach der Artikulation. Auf der Haut bildet sich sowohl beim Angstsyndrom als auch beim Stottersyndrom vermehrt Schweiß. Alle diese Symptome kennt auch der Stotterer in Sprechsituationen mit häufigen Blocks und/ oder besonders ausgeprägten Blocks. Daher sind für mich die Sprechangst und das Stottern selbst eine Grund- und Folgebeziehung, die in beide Richtungen läuft und die auch das „Szenario eines Teufelskreises“ aufspannt. Gäbe es die Sprechangst nicht, wäre vielleicht auch das Stottern wieder reversibel. Freud spricht auch von der „Angst als Ursache der Verdrängung und nicht (von der Interpretation) als ihr Abfallprodukt“, was sich auch auf das Stottersyndrom transferieren lässt (vgl. ebd., 1992: 14). So wird die „Angst als Affektzustand nach einem vorhandenen Erinnerungsprinzip reproduziert“, aber nicht neu generiert bei Verdrängung (vgl. ebd.; 1992: 40).

Die Hilflosigkeit, die der Angstpatient hat, kennt wiederum auch der Stotterpatient: Es ist die Angst vor Kontrollverlust, und es ist die Angst zu sprechen, die in die Etablierung von Vermeidungsreaktionen linguistischer und paralinguistischer Art mündet. Manche psychischen Hemmungen, - so auch die Sprechflusshemmung im Rahmen des Stottersyndroms -, sind ganz offenbar Verzicht auf Funktion, weil bei deren Ausübung Angst entwickelt werden würde.

Die Vermeidungsstrategien können schließlich in der „Wortlosigkeit“ gipfeln, die einer Affektunterdrückung im klassischen Freudschen Sinne zweifelsohne gleich kommen würde. Diese „Wortlosigkeit“, das mehr oder minder bewusste Entsagen

der Artikulation, kann sich entweder nur bei einzelnen Redesequenzen, im Nichtvollenden des Syntagmas, also in „tatsächlichen Anakoluthen“¹⁶, äußern oder aber insofern, als dass bestimmte Sprechsituationen vollständig vermieden werden.

Immer wieder haben mir meine Probanden berichtet, dass sie es sehr belastet an der Ladentheke eine Ware zu ordern. Der Gang zum Metzger oder Bäcker kann, wie sich so mancher symptomfreie Sprecher zweifelsohne gar nicht vorzustellen vermag, eine so große Belastung für den Stotterer darstellen, dass er es lieber vorzieht, die Wurst oder das Brot im Supermarkt zu kaufen, obwohl er vor dem entsprechenden Laden steht, und der Weg zum Supermarkt weit ist. Nur weil er den Artikel ohne „risikoträchtigen Artikulationsaufwand“ im SB-Markt einfach dem Regal entnehmen kann und nicht wie im Tante-Emma-Laden um die Ecke von der Verkäuferin verlangen muss, zieht er es vor, im Supermarkt einzukaufen. Er kreiert schon im Vorfeld kognitiv mögliche Teilsituationen, deren Inhalte sich vorwiegend darum drehen, wie der Gesprächspartner, der ihm an der Wursttheke des Tante-Emma-Ladens gegenübersteht, auf den gehemmten Sprachfluss reagieren wird, und wie der Stotterer der eigenen Blockade und der Folgereaktion des Gegenübers begegnen kann. Eine mögliche Kommunikationssituation mit symptomatischen Störungen wird gleichsam vorgelebt und gipfelt in innerem Stottern. Es geht also beim Stottern auch um übersteigertes Kontrollverlangen und -bewusstsein über das eigene sprechsprachliche Vermögen und um inadäquate sensitiv-kognitive Wahrnehmung des sich zwangsläufig einstellenden Kontrollverlustes, denn der Sprechfluss wird gehemmt, um den Kontrollmechanismus besser in Gang setzen zu können und schließlich aufrechtzuerhalten.¹⁷

Die „Wortlosigkeit“ des chronischen Stotterns macht die Betroffenen zunehmend unselbstständig und verunsichert sie. So schreibt Enrico weiter:

¹⁶ Ich spreche hier von „tatsächlichen“ Anakoluthen, weil ich bereits in *Busler* (1996) deutlich so genannte und „tatsächliche“ Ellipsen voneinander differenziert habe. Diese kontrastive Klassifikation kann auch, so meine ich, auf die „Satzabbrüche“ expandiert werden. Anakoluthen, die stattfinden, weil aufgrund eines Versagens der Motorik nicht mehr gesprochen werden kann und die daher vom Gegenüber auch nicht verstanden werden können, sind „tatsächliche Anakoluthen“.

¹⁷ Die Eigenarten der Selbstkontrolle beim symptombelasteten Sprechen hat u. a. *Jastrebowa* (1986) ausführlich dargestellt.

„Mit der Zeit kristallisierte sich eine immer deutlicher sich abzeichnende Abhängigkeit zu meiner Umwelt heraus. So war ich stets, hinsichtlich der Erledigung aller Besorgungen, auf die tatkräftige Unterstützung meines jüngeren Bruders angewiesen, wobei er allenthalben gezwungen war, für mich die Gespräche zu führen. (...) Die Tatsache, dass ich nicht einmal mehr Brot besorgen konnte, zerstörte mich innerlich.“

Hat sich die „Wortlosigkeit“ erst vollkommen etabliert, ist es schwer, den Betroffenen wieder „sprechend“ werden zu lassen, weil sich eine Sprechangst und eine Angst vor bestimmten Lauten, Buchstaben oder sogar Wörtern herausgebildet hat. Die Kognition kreist nicht mehr um den Sinn des zu artikulierenden Wortes oder Syntagmas, sondern vielmehr um das „Wie?“ der Phonation und um die Genese, die Aufrechterhaltung und den Verlauf der Sprechsituation mit dem Gegenüber. Es erfordert zweifelsohne eine herausragende kognitive Leistung, alle diese Überlegungen während der Artikulation parallel laufen zu lassen. Eine besondere Eigenart der symptombelasteten Sprecher, die mir selbst auch nur zu gut bekannt ist, ist die kontinuierliche Suche nach Synonymen von einzelnen Wörtern, von denen man glaubt, sie in den nächsten Augenblicken, nicht symptomfrei artikulieren zu können. Ganze Syntagmen werden kognitiv unmittelbar vor der phonetischen Realisation umgestellt. Demnach spielt die zeitliche Diskrepanz zwischen Kognition und sprachlicher Umsetzung auch eine entscheidende Rolle beim Erfassen und Begreifen des Stotterphänomens. Diese Bemühungen, Umstellungen im Satzbau oder synonyme Transferleistungen bei der Wortwahl vorzunehmen, sind Vermeidungsstrategien, die unmittelbar die psycholinguistische Domäne betreffen. Die Ausweichmanöver, die in Form von Umschreiben bestimmter, für den symptombelasteten Sprecher als „gefährlich“ bewertete Wörter von ihm entwickelt worden sind, führen ihn zwangsläufig in einen weiteren Teufelskreis, denn seine Sprechunsicherheit jeder folgenden Sprechhandlung gegenüber wird weiter gesteigert.

Enrico schreibt noch von einer Vermeidungsstrategie, die weder in der einschlägigen Literatur ihren Niederschlag findet, noch mir selbst bekannt war:

„Das Buchstabieren schwer auszusprechender oder mit einem Hänger verbundener Wörter - oft auch ganzer Sätze -, um einen gewissen Grad an Verständlichkeit zu wahren, wurde für mich allmählich zur nervenaufreibenden Routine.“

Vermeidungsstrategien können aber auch den psychosozialen Bereich tangieren, indem bestimmte Verhaltensweisen des symptombelasteten Sprechers sein Interaktions- und Kommunikationsverhalten mit einem oder mehreren Gesprächspartnern beeinflusst. Die Aufmerksamkeit des Stotterers ist auf die Reaktion des Gegenübers gerichtet, denn er meint, dessen Fokus liege weniger auf dem Sprechinhalt, als auf der Nichtakzeptanz der symptombelasteten Sprechweise gegenüber. Enrico schreibt hierzu:

„Selbst Freunde und Verwandte zeigen, wenn auch vollkommen unbewusst, ein deutliches Fehlverhalten, indem sie in Sätze willkürlich eingreifen, sobald der Sprechfluss eines Stotterers zum Erliegen kommt, und einem sozusagen Wörter in den Mund legen.“

Manche Gesprächspartner fallen dem Stotterer ins Wort, vollenden die Sätze des symptombelasteten Sprechers, vermeiden den Blickkontakt mit ihm, werden unruhig oder bekommen verhärtete Gesichtszüge als Spiegelbild-Reaktion. Ein anderes Gegenüber hingegen lässt dem Stotterer die Zeit, die er braucht, aus seinem Stotterblock herauszukommen und weiterzureden und akzeptiert die gestörte Kommunikation, die sich aufgrund der Sprechflusshemmung des Gesprächspartners etabliert hat, ohne jegliche Regung. Die Sprechflusshemmung „Stottern“ hat

also hohe Variabilität in Abhängigkeit von zeitlichen, situativen und personalen, veränderlichen Größen. Die Stotterer, die ich befragt habe, nannten mir auch folgende Variablen: „Manchmal geht es besser, manchmal schlechter“, „Zuhause stottere ich weniger/ mehr“, „Mit fremden Leuten habe ich mehr/ weniger Blocks“ oder „Behördengänge und Arztbesuche sind für mich besonders/ weniger belastend“ bzw. „Bei meinem Chef oder anderen Autoritäten stottere ich mehr/ weniger“.

Die Erkenntnis, dass „jedes Stottern (...) anders (ist).“ (vgl. Grohnfeldt, 1992: 5) gipfelt schließlich in der idiografischen Sicht des Stottersyndroms, die als moderne, allgemein gültige Betrachtungsweise heute anerkannt ist. Damit ist gemeint, dass das Stottern in seiner Entstehung, seiner Aufrechterhaltung und seinem Verlauf von multiplen, koexistierenden und miteinander agierenden Faktoren physiologischer, organischer, linguistischer und psychologischer Natur beeinflusst wird und sich in individuell unterschiedlichen Symptombildern manifestiert (vgl. u. a. Motsch in: Wirth, ⁴1994: 490). Trotzdem stellte ich während des Studiums der einschlägigen Literatur fest, dass immer wieder Versuche gemacht werden, Untergruppen, Subklassen oder Stottertypen festzulegen, obwohl die idiografische Betrachtungsweise im Vorfeld anerkannt wird (vgl. dazu: Seeger, 1988: 3). Wie kann man Stichproben von einer ausgesuchten Population von symptombelasteten Sprechern nehmen, um eine familiäre Belastung bezüglich des Stottersyndroms zu untersuchen (vgl. Rommel/ Häge/ Johannsen/ Schulze, 1996: 12), wenn man idiografisch vorgehen will und damit höchstens Trends bewertet werden können? Repräsentative Stichproben haben doch dann wieder nur den Charakter, bevorzugte Regelmäßigkeiten abzubilden, mit dem Ziel, schließlich nun doch den prototypischen Stotterer zu modellieren; - eine Vorgehensweise, die meiner Meinung nach einer adäquaten Darstellung dieser multipel ausgeprägten Sprachauffälligkeit nicht entspricht.

Wichtig wird die idiografische Interpretation der Stotterauffälligkeit insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen. Ein Stottertherapeut sollte über ein breites Spektrum an Behandlungsmethoden verfügen und in der Lage sein, methodenkombiniert zu arbeiten, was voraussetzt, dass er die Wirksamkeit der jeweiligen Behandlungsmaßnahme für den einzelnen Patienten

regelmäßig überprüft. Nur so ist gewährleistet, mit dem Patienten gemeinsam entscheiden zu können, ob die Beendigung dieser Methode sinnvoll ist oder ob die Anwendung einer anderen Methode anzuraten wäre¹⁸.

Meist beginnt das kindliche Stottern während der Sprachentwicklung im dritten bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres, seltener zum Zeitpunkt der Einschulung, die üblicherweise ab dem sechsten Lebensjahr stattfindet. Hier können Spontanremissionen oder kurzzeitige Rückbildungen noch stattfinden, weil die Kinder ihrer Stottersymptomatik gegenüber noch kein Störungsbewusstsein entwickelt haben.

Nur bei sehr wenigen Stotterpatienten kann der Beginn ihrer Redeflussstörung erst während der Pubertät diagnostiziert werden. Meist gingen bei diesen symptombelasteten Sprechern schon ein kurzzeitiges Entwicklungstottern mit Spontanremission, eine verzögerte Sprachentwicklung und/oder situative Sprechablaufstörungen voraus. Ein Beginn der Sprechstörung im Erwachsenenalter ohne Sprachauffälligkeit in der Kindheit ist hingegen ganz selten (vgl. Wirth, ⁴1994: 499). Beim chronischen Stottern, bei dem das Störungsbewusstsein bereits vorhanden ist und das sich durch ein stereotypes, individualisiertes Stottermuster mit Vermeidungstricks, Fluchtkognitionen und muskulären Anstrengungen bereits vollständig etabliert hat, können sich zusätzlich neurotische Symptome herausbilden, wenn das Selbstbewusstsein nicht genügend ausgebildet ist oder die Umwelt mit Spott, Unverständnis oder Zurückhaltung auf die Symptomlastigkeit des Stotterers reagiert. Auffällig ist, so meine ich, die Tatsache, dass viele chronische Stotterpatienten oftmals längere Perioden mit symptomfreien Sprechen zeigen können, meist, wenn die sozialen Anforderungen an fließendes Sprechen gering sind.

¹⁸ Ein Behandlungsziel für den erwachsenen Stotterer, das es zu erreichen gilt, kann beispielsweise sein, das bestehende Stottersyndrom in „flüssiges Stottern“ umzuwandeln, was meint, dass zwar im Artikulationsmodus des Patienten weiterhin Unflüssigkeiten bestehen, aber dass gemeinhin weniger angestrengt gestottert wird. Der Betroffene kann sich aus größeren Blocks mithilfe bestimmter Sprechtechniken selbst heraushelfen, wenn sie sich manifestieren bzw. bevor sie sich manifestieren. Mit der Sicherheit, die sich aus der Autonomie heraus entwickelt, verliert sich zunehmend die Sprechangst, die wiederum die Vermeidungssymptomatik nach sich zieht bzw. begründet. Im Bewusstsein, dass ein Block kommen darf, weil ich mir selbst aus der totalen Blockade wieder heraus helfen kann, hat die Sprechflüssigkeit erst auf der Folie eines inneren Zulassens erst die Möglichkeit, sich etablieren zu können.

Meine Probandin Daniela hatte mir beispielsweise Sprachkassetten mit Vorleseproben zugeschickt, die kaum Symptomlastigkeit zeigten, obwohl sie innerhalb des Dialogs zumeist stark symptombelastet spricht. Auch bei Interaktionsaufnahmen von Spontansprachproben mit seinem Freund zeigt Enrico, meine zweite Testperson, oftmals in längeren Passagen keinerlei Stottersymptomatik¹⁹.

Die situative Variabilität des Stotterns hängt laut vieler namhafter, einschlägiger Autoren (z. B. Fiedler/ Standop, 1986) von dem Maße ab, wie der symptombelastete Sprecher versucht, seine Sprechmotorik willentlich zu beeinflussen. Dass Stottern vielfach als eine „Störung der Autoregulation des Sprechens“ interpretiert und dargestellt wird, hängt weitestgehend mit der Entwicklungspsychologie des Sprechenslernens und damit mit dem Entwicklungsstottern zusammen. Das Entwicklungsstottern, das alters- und entwicklungsbedingt bei fast allen Kindern auftritt, klingt jedoch spontan wieder ab, wenn die Kinder und ihre Bezugspersonen keine bestimmte Vulnerabilität zur Entwicklung von Sprechstörungen besitzen.²⁰

Abschließend habe ich zur Erfassung der Häufigkeit und statistischen Vorkommensverteilung von Daten die Stotterproblematik betreffend mit Hilfe der Ergebnisse von Aschenbrenner/ Rieder (vgl. ebd., 1983: 88) eine Tabelle entwickelt, die alle wichtigen Größen darzustellen vermag:

¹⁹ Auch aus meiner eigenen Stottergeschichte weiß ich zu berichten, dass ich mich oftmals stundenlang völlig symptomfrei mit Freunden oder meinen Eltern unterhalten kann, ohne auch nur einmal „hängenzubleiben“.

²⁰ Die ausführliche Darstellung der Autoregulation des Sprechens findet sich in Kapitel 4 dieser Abhandlung mit dem Titel „Kurze Darstellung der kindlichen Sprachentwicklung“.

Tabelle (1): „Allgemeine, einführende Daten zur Charakterisierung des Stotter-syndroms“

	Stotterpatienten		„flüssige“ Sprecher
Gesamtbevölkerung	1 %		99 %
Vorschulkinder	60 – 90 % ²¹		40 – 10 %
Kindesalter	1,4 – 4 %		98,6 – 96 %
Geschlechtsverteilung	Männlich	Weiblich	
	3 – 4	1 ²²	

²¹ Bei 60 – 90 % aller Vorschulkinder kommt es zu stotterähnlichen Auffälligkeiten. Vergleichs-weise wenig Kinder zwischen 2,5 und 6 Jahren zeigen keinerlei Sprachauffälligkeiten.

²² Auf ein Mädchen kommen drei bis vier stotternde Jungen. Hierzu gibt es leider nur Zahlen-, aber keine Ursachenbelege.

4. Kurze Darstellung der kindlichen Sprachentwicklung: „Erstspracherwerb und Stottern“

Die Stotterforschung in den 70er Jahren erkannte Stottern vorwiegend als „learned behavior“ bzw. als „(...) eine Störung und Unterbrechung im kindlichen Spracherwerb (...)“ (vgl. Wyatt, 1973, zitiert in: Scholz/ Eckert, 1978: 100 f). Diese Klassifikation versteht die Entwicklung der Kindersprache als einen Lernprozess und setzt diese Erkenntnis als Grundannahme für weitere Theoriebildungen voraus. Im Folgenden will ich den normativen, kindlichen Spracherwerb zunächst kurz skizzieren und später auf die Manifestation des Stottersyndroms mit dem ersten Auftreten der Primärsymptomatik²³ im Rahmen der kindlichen Sprachentwicklung eingehen.

Die Bestimmung, wann sich die kindliche Sprache entwickelt bzw. wann das Kind seine Sprache erwirbt, ist, so meine ich, determiniert von dem Verständnis, was eine natürliche Sprache verkörpern soll und unterliegt scheinbar deshalb innerhalb der einschlägigen Forschung einer willkürlichen Festlegung.

Kann man tatsächlich schon von Spracherwerb sprechen, wenn ein Kind Schall wahrnehmen kann und lautierfähig ist? Fängt Spracherwerb bereits pränatal im Mutterleib an oder im Zuge der postnatalen Lautentwicklung erst mit dem Geburtsschrei? Spekulationen über die temporale Einordnung des kindlichen Spracherwerbs würden zweifelsohne den konzeptionellen Rahmen dieser Abhandlung sprengen, doch eine kurze Reflexion darüber sei mir an dieser Stelle erlaubt: Ich meine, dass die Metamorphose, die sich vom Lautieren bis zur Artikulation des ersten Lautes im Sinne des „kleinsten auditiv, akustisch oder artikulatorisch unterscheidbaren Elements der gesprochenen Sprache“ (Bußmann, ²1990: 437) vollzieht, den anatomischen und neurologischen Entwicklungsstand des kindlichen Sprachlerner abzubilden und widerzuspiegeln vermag. Daher steht für mich nicht die Definition von „natürlicher Sprache“ im Fokus des Interesses, sondern das progressive Fortschreiten der kindlichen Sprachentwicklung. Je eher man den Zeitpunkt der Genese ansetzt, desto früher kann man auch das Einsetzen von Störfaktoren der Sprechleistung eruieren, was immer man nun darunter verstehen

²³ Die Manifestation der Sekundärsymptomatik ist Folgereaktion auf das Gewahrwerden des Kindes auf die Etablierung der primären Symptomatik.

will. Es ist bekannt, dass der Geburtsschrei beispielsweise die Funktionstüchtigkeit der Stimmuskulatur beweist oder dass das rhythmische Gewiegtwerden des noch Ungeborenen durch den Gang der Mutter erste Eindrücke eines rhythmischen Grundmusters vermittelt, nachdem eine Korrelation zwischen Bewegung, Puls und Atmung vom Ungeborenen wahrgenommen wird. Ich meine, dass mit diesen Beschreibungen ein pränataler Gestaltkreis von „Sprache“ gezeichnet wird, der zudem erste Funktionsreize für späteren Sprecherfolg liefert.

Der Beginn des Lautspracherwerbs sollte nicht erst zu dem Zeitpunkt, wenn die Kinder erste Wörter äußern, sondern schon dann, wenn bei den Kindern bereits im Alter von 8-10 Monaten die wiederkehrende Verwendung von selbst generierten so genannten Vokabeln zu beobachten ist. Als spezifische lautliche Gestalten weisen nämlich diese eine bedeutungsmäßig stabile Beziehung zu Situationen, Aktionen oder Zuständen auf, obwohl sie sich ganz eigentümlich von den Ausdrücken der Erwachsenensprache unterscheiden.

Um die kindliche Sprachentwicklung des symptomfreien Sprechens kurz anschaulich skizzieren zu können, möge die unten angeführte Tabelle mit Daten im Wesentlichen aus Wirth (⁴1994) dienen. Generell lässt sich, so meine ich, das Wesen der kindlichen Sprachgenese mit dem plakativen Schlagwort „Orientierung an Vorbild und Norm“ umreißen. Das bedeutet, dass der Heranwachsende und spätere native Sprachbenutzer in seiner Umgebung ständig Kundige vorfindet, deren eifriger Beobachter und Nachahmer er selbst ist. Auf diese Weise wird das Kind schließlich Mitträger der normativen Sprachgemeinschaft und dient später bzw. auch schon im unvollkommenen, unausgereiften Zustand als Vorbild für immer neu heran wachsende Glieder dieser Sprachgemeinschaft. In jedem seiner lautlichen Zeichen werden in Zukunft individuelle Züge untrennbar mit dem Allgemeingültigen verbunden sein. Der Rezipient und Dekodierer muss sich in Folge dessen einem umfangreichen Abstraktionsprozess unterwerfen, um extrahieren zu können, was insbesondere für das Kind eine schwierige, polymorphe Aufgabe darstellt. Denn zusätzlich geht mit dem Erlangen der interaktiven Kompetenz die Adaption der soziokulturellen und –psychologischen Regeln in der Gruppe einher. Die Eindrücke, die das Kind nach und nach sammelt, werden schließlich mit den eigenen Sprechleistungen verglichen, die durch intensives Hören ermittelt werden.

Ich habe mir diesbezüglich überlegt, dass das Hören der eigenen Sprechsequenzen mit dem des „gegenpolaren Du“ fast zwangsläufig in Konflikt treten muss, je nachdem, wie stark und realistisch das Kind seine vergleichsweise unzulänglichen Sprechfertigkeiten wahrnimmt und wie es dabei empfindet. Dies setzt auch voraus, dass das Kind schon eine ausgebildete Sprachkompetenz entwickelt hat und bereits analytische Transferleistungen bezüglich der Vergleichsrelation „`Sprache der Bezugsperson´ und `eigene Sprechleistung´“ erbringen kann.

Es steht im Spannungsfeld zweier völlig entgegen gesetzter Kräfte: Zum einen meldet die Kraft des „Ich-Bedürfnisses“ ihren Anspruch an und will beachtet und kontrolliert werden. Zudem sieht sich das Ich stets als verzerrtes, konvexes Spiegelbild des Du, das doch eigentlich Norm und Maß des anzugleichenden Moments ist. Die Eigenkontrolle über das Sprechen und die Kontrolle über das Sprechen des Gegenübers konkurrieren miteinander im Schnittpunkt des Mediums „Hören“. Das Verhältnis von Perzeption und Produktion stellt sich generell als komplexes Geschehen dar, das von der Eigenständigkeit beider Bereiche und von der allmählichen Annäherung aneinander geprägt ist.

Insofern kann ich mir vorstellen, dass es zu einer Überlastungssituation kommt, bei der die Koordinationsabläufe der Sprechmotorik gestört werden können. Die Literatur nennt diese Phase der kindlichen Sprechgenese „Entwicklungsstottern“ (vgl. dazu: Johannsen in: Johannsen/ Schulze, 1993: 4); - ein, bis dahin völlig „normales“ und zweifelsohne auch durchaus nachvollziehbares, berechtigtes Störungsmuster, bedenkt man, mit welchen Anforderungen sich das Kind bei einem nicht vollständig ausgebildeten Kapazitätenrepertoire konfrontiert sieht. Was aber chronifiziert die bis dahin „harmlose“ Sprechablaufstörung, was lässt das Entwicklungsstottern zum chronischen Stottern werden? Diese Frage muss, so meine ich im Einklang mit Vertretern des idiografischen Ansatzes, von Fall zu Fall, d. h. von Patient zu Patient unterschiedlich entschieden werden. Trotzdem glaube ich, dass mit wachsender Sensibilität in Bezug auf eigenes Störungsbewusstsein und mit zunehmender Kontrolle von außen, und damit meine ich ein nicht adäquates Reagieren auf die Stottersymptomatik von Seiten der Zuhörer, der Grundstein zur Chronifizierung bereits gelegt wird. Vielleicht sind die Kinder, die Spontanremissionen zeigen, weniger störungsbewusst oder aber ihre Kommunikationspart-

ner schenken der momentanen Unzulänglichkeit ihrer Sprechleistungen weniger Aufmerksamkeit. Vielleicht erhalten jene Kinder auch weniger Hinweise von den Erwachsenen oder von den Spielgefährten, die bezüglich ihrer verminderten Sprechleistung eine kritische Haltung widerspiegeln.

Bei allen meinen Probanden setzte die Sprechablaufstörung „Stottern“ rund um das vierte Lebensjahr ein²⁴. Laut Rieder/ Zeller (in: Aschenbrenner/ Rieder, 1983: 17) erfolgt in dieser Zeit ein großer Entwicklungssprung in der Sprachgenese, der um das fünfte Lebensjahr eine weitgehende Annäherung an die Erwachsenensprache erreiche. Gliedsätze werden zunehmend an den einfachen Matrixsatz geheftet, und komplexere Strukturen erweitern das bisherige syntaktische Grundmuster der „Subjekt-Prädikat-Objekt-Form“. Vielleicht liegt in der zeitlichen Korrelation zwischen dem Einsetzen der chronifizierten Sprechablaufstörung und dem Beginn der Kompetenz und Performanz²⁵ des Kindes, syntaktische Komplexität zu generieren, der Irrglaube der einschlägigen Fachwelt begraben, dass sich mit zunehmender syntaktischer Kompliziertheit die „Stotterrate“ deutlich erhöhe (vgl. dazu u. v. a. die Ulmer Gruppe).

Seeger (1988) hat in seiner Dissertation Studien von Berry (1938) und Johnson (1956) veröffentlicht, in denen symptombelastete Kinder mit nicht-symptombelasteten Kindern hinsichtlich des Sprechbeginns miteinander verglichen werden. Untersucht wurden also der Beginn der Artikulationsfähigkeit und die Fähigkeit, altersgemäß „verständlich“ zu sprechen. Auch das Durchschnittsalter sollte ermittelt werden, wann stotternde und nicht-stotternde Kinder anfangen, erste Wörter und Sätze zu formulieren. Stotterer waren hier hinsichtlich „(...) ihrer Sprachentwicklung erheblich retardiert“ (Seeger, 1988: 16 ff). Seit es aber die Erkenntnis

²⁴ Bei Enrico setzte eine zunehmend sich verschlimmernde Symptomatik ungefähr mit dem fünften Lebensjahr ein, bei Doris mit dem vierten Lebensjahr. Daniela konnte diesbezüglich keine detaillierten Angaben machen, meinte aber, dass sie schon mit dem fünften Lebensjahr sicher gestottert hätte.

²⁵ Die Dichotomie zwischen „Kompetenz vs. Performanz“ entspricht der zwischen „*Langue* vs. *Parole*“ nach *de Saussures*. In *Chomskys* Sprachtheorie wird mit dem Terminus „Performanz“ das konkrete, individuelle Sprechereignis bezeichnet, das auf der Basis der „Kompetenz“ als dem intuitiven Wissen des „idealen“ Sprechers/ Hörers über die Regularitäten der Sprache gebildet wird (vgl. Definition aus: *Bußmann*, ²1990: 567).

gibt, dass „jedes Stottern (...) anders (ist)“ (vgl. Grohnfeldt, 1992: 5), dürfte das Interesse an den Ergebnissen solcher Tests deutlich gelitten haben²⁶.

Statt eines Vergleiches der sprachlichen Leistungen des symptombelasteten Kindes mit denen sprachunauffälliger Kinder sollte deshalb eine (psycho-) linguistische Beurteilung und Diagnostik des Entwicklungsstandes des stotternden bzw. entwicklungsbedingt stotternden Kindes im Vordergrund aller Betrachtungen stehen.

Im Sinne eines Verständnisses des Stottersyndroms als „Störung im Spracherwerb“ wird die Manifestation des symptomatischen Störbildes als „Erlernen des Stotterns“ charakterisiert, das in das „normale Sprechenlernen“ eingebettet ist und zu einem bestimmten Zeitpunkt von den normalen Sprechformen abweicht. Primäre Vorbildfunktion für das Sprechenlernen hat die Mutter, zu der das Kind eine kontinuierliche, ungestörte und liebevolle Beziehung haben muss.

Bei allen Forschungsrichtungen, die den kindlichen Spracherwerb beschreiben, erfolgt dieser stufenweise, was in der nun folgenden Tabelle in zusammengefasstem Modus dargestellt wird. Die Daten beziehen sich im Wesentlichen auf die Ausführungen in Wirth (⁴1994), sind von mir selbst z. T. modifiziert worden:

²⁶ Diese Art von Tests ist aber nach wie vor gang und gäbe und erhebt den Anspruch, den prototypischen Stotterer abzubilden, der durch tendenzielle, charakteristische Merkmale von Stotterpopulationen ermittelt wird. Meiner Meinung nach findet der einzelne Stotterpatient in wissenschaftlichen Abhandlungen immer noch zu wenig Beachtung. Immer noch werden ganze Herden von symptombelasteten Sprechern für Studien zusammen getrieben, um typische Eigentümlichkeiten des Stotterpatienten herauszufiltern.

Tabelle (2): „Zeitlicher und modaler Ablauf der normativen, kindlichen Sprachentwicklung“

Temporale Prämisse	Modale Prämisse
Erste Lebenswochen	<i>Differenzierung der verschiedenen Formen des Schreiens: Monotones Schreien bei Hunger, Schrilles Schreien bei Schmerz</i>
Im Laufe des zweiten Monats	<i>Manifestation erster Lalllaute (Gurrlaute) Bei dieser Vokalisation handelt es sich vorwiegend um die Äußerungen vokalähnlicher Laute.</i>
Im 6. Monat	<i>Deutliche Differenzierung des Sprechmaterials in vokalische und konsonantische Bestandteile</i>
Ab dem 8. bzw. 9. Monat	<i>Einsetzen der Nachahmung der sprachlichen Umweltbeispiele</i>
Ab dem 9. Monat	<i>Ausbildung der Fähigkeit, verschiedenen Lauten und Lautkombinationen entsprechende Bedeu- tungen zuzuordnen</i>
9. bis 10. Monat	<i>Zuordnung von lautlicher Äußerung, Geste und Situation</i>
9. bis 12. Monat	<i>Beginn der Artikulation zweckbestimmter Sprachäußerungen</i>
12. bis 15. Monat	<i>Entstehung der Symbolfunktion der Sprache</i>
Bis 18. Monat	<i>Phase der Ein-Wort-Sätze mit einem Lexikon-Umfang von ca. 50 Wörtern: Hervorbringen erster Wörter mit syntaktischer Funktion</i>
18. bis 24. Monat	<i>Phase der Zwei-Wort-Sätze und der ungeformten Mehr-Wort-Sätze, erstes Fragealter. Der Wortschatz des Kleinkindes hat nun einen Umfang von ca. 200 Wörtern.</i>
3. Lebensjahr	<i>Phase der geformten Mehr-Wort-Sätze, die bereits Flexionen enthalten. Es können auch schon Fragesätze und Negativsätze gebildet werden. Die lexikalische Kapazität des Kindes ist nun auf ca. 900 Wörter aufgestockt.</i>
4. Lebensjahr	<i>Manifestation der Satzentwicklung und Vollzug des Spracherwerbs</i>
6. Lebensjahr	<i>Das Kleinkind hat von nun an die Kompetenz, komplexe und seltene syntaktische Konstruktionen zu bilden.</i>
10. Lebensjahr	<i>Verständnis schwieriger und komplexer Satzkonstruktionen</i>
Ab dem 10. Lebensjahr	<i>Das Kind ist nun kompetentes Glied der Sprachgemeinschaft</i>

Im Sinne Lennebergs (²1986) gilt Sprache als artspezifisch-kognitive Funktion, die ein durch Reifung gesteuertes Verhalten darstellt. Jede Art von Sprachstörung entsteht demnach im Zuge dieser Reifung als Fehlentwicklung.

Stottern wird vielfach als eine „Störung der Autoregulation des Sprechens“ dargestellt²⁷. Diese Störung bildet sich während des Sprechenslernens heraus: Während des Zuhörens und dem Versuch, seine Worte den Worten der Eltern bzw. der unmittelbaren Bezugspersonen anzugleichen, versucht das Kind sein anfängliches Sprechbemühen willentlich zu organisieren. In dieser Zeit kommt es zu vermehrten Schwierigkeiten, den Redefluss beizubehalten. Das so genannte „Entwicklungsstottern“, das alters- und entwicklungsbedingt sehr häufig auftritt, klingt aber meist schnell wieder ab. Die Selbstkontrolle beim Sprechen automatisiert sich schließlich im nicht-pathologischen Fall, und an ihre Stelle tritt fortan die Sprechroutine, die durch andere neuromotorische Prozesse im Zentralnervensystem gespeist wird. Kommt es nun in dieser Zeit zunehmender Autoregulation des Sprechens dazu, dass die auf natürliche Weise vorhandenen, frühkindlichen „Sprech- bzw. Artikulationsfehler“ durch Bezugspersonen in stärkerem Maße beachtet, korrigiert oder gar sanktioniert und bestraft werden, wird der Fluss der Autoregulation des Sprechens unterbrochen. Das Kind schaltet daraufhin wieder auf eine bewusste, willentlich gesteuerte Überwachung des Sprechvorgangs zurück. Die Fortentwicklung der Autoregulation ist dann gestört. Willentlich korrektes Sprechenwollen scheint nach dieser Interpretation der Stottergenese schließlich auch den Redefluss zu hemmen und setzt damit den Impuls für die Manifestation des chronischen Stottersyndroms, laut dieser Theorie (vgl. dazu in Grundzügen: Fiedler/ Standop, 1986). So kann auch die situative Variabilität des Stottersyndroms sehr plausibel erklärt werden: Je nach gegebener sozialer Anforderung wechselt der symptombelastete Sprecher zwischen Autoregulation und bewusster Motorik-Selbstkontrolle hin und her. Bei dem verstärkten Bemühen, möglichst

²⁷ Ich möchte in diesem Zusammenhang explizit darauf hinweisen, dass im Rahmen der idiografischen Betrachtung der Entstehung des Stotterns bestimmte Dispositionen für Grundauffälligkeiten als Risikofaktoren für die Manifestation des Stottersyndroms bekannt sind. Sie umfassen organisch konstitutionelle, psychische und soziale Faktoren wie Umwelt und Erziehung (vgl. dazu die Abbildung von *Heidemann-Tagmann/ Motsch* in: *Pascher*, 1984: 248). Die als wesentliche Determinanten dieser Gefährdung geltenden Faktoren können bei dem einen Patienten zutreffen und einen Wegweiser für eine anzustrebende Therapie darstellen, bei dem anderen aber durchaus irrelevant sein und nicht zwangsläufig zum Stottern führen.

flüssig und symptomfrei sprechen zu wollen, wird sich dann der Stotterer nicht mehr auf die Autoregulation verlassen können und erntet schließlich eine Provokation der Symptomlastigkeit²⁸. Das Stottern schwankt jedoch tatsächlich in dem Maße, wenn der Betroffene willentlich versucht, nicht zu stottern und damit paradoxerweise die Symptomlastigkeit provoziert und verstärkt. Ein kognitiver Ansatz, der Störungsbilder im kindlichen Spracherwerb zu erklären sucht, könnte der sein, der den misslungenen Versuch des Kindes skizziert, sein Sprachniveau dem der Bezugspersonen anzugleichen. Bis zu einem gewissen Ausmaß ist das Kind linguistisch, motorisch und kognitiv in der Lage, komplexere Wortformen und Syntagmen der Erwachsenensprache zu übernehmen. Bei Überschreitung der Anforderungen an einen/ mehrere Parameter, z. B. an die motorische Sprachproduktion bzw. die linguistische Gesamtkapazität kommt es zum Zusammenbruch der Sprachflüssigkeit, der sich dann entweder in einer Spontanremission wieder zu lösen vermag, chronifiziert oder aber in eine totale Remission mündet. Auch die Metamorphose des Störbildes von der ausschließlich klonischen zur klonisch-tonischen bzw. nur tonischen Primärsymptomatik kann sich hier manifestieren.

Die einzelnen Sprachlaute werden nach Jakobson nicht mit der Zunahme des artikulatorischen Schwierigkeitsgrades derselben erlernt, sondern insofern, als dass universelle Lautentwicklungsreihen in einer Chronologie vom Einfachen zum Komplexen und vom vorderen Mundraum bis ganz nach hinten stufenweise erworben werden. Hier greift dann das Prinzip des maximalen Kontrasts²⁹ und das des kleinsten Kraftaufwandes. Interessant ist diese Theorie, so meine ich, im Zusammenhang mit den phonematischen Studien zu sehen, die ich im Hauptteil dieser Arbeit vorstellen möchte. Man erlaube mir an dieser Stelle ein bisschen vorzugreifen, wenn ich kurz ein Ergebnis gewissermaßen thesenartig skizziere, ohne erklärend oder begründend vorzugehen. Tendenziell gesehen, erleichtert es die Arti-

²⁸ Hier setzen nun die „Non-avoid-Therapien“ an, die ganz nach dem Motto „Lieber stotternd reden, als flüssig schweigen!“ funktionieren. Hier wird mit der Sprechtechnik des „willentlichen Stotterns“ gearbeitet, das die Antwort in inverser Skalierung auf das gewollte Flüssigsprechen darstellt.

²⁹ Das Prinzip des maximalen Kontrasts wird auch in Jakobsons Entspannungstherapie verfolgt, die ich während meiner Van Riper-Therapie gelernt habe. Hier werden die verschiedensten Muskelgruppen (Beine, Arme, Gesichtsmuskulatur, etc.), die eigentlich entspannt werden sollen, zunächst willentlich stark angespannt, um in einem Folgeschritt dann die Verspannung wieder willentlich zu lösen. So kann die Entkrampfung selbst gespürt und erlebt werden. Als Ziel der Therapie gilt es, eine Autoregulation der muskulären Spannungszustände nachhaltig zu erreichen.

kulierfähigkeit meiner symptombelasteten Probanden nämlich, wenn die Einzelsprachlaute eines beliebigen Segmentes, beispielsweise einer Silbe, eines Wortes oder eines Syntagmas, nacheinander, in einem kontinuierlichen Rückgang bzw. Fortschreiten bezüglich der Artikulationsorte in der Mundhöhle gebildet werden. Ein „starkes Hin- und Herspringen“ zwischen den einzelnen Artikulationsorten eröffnet den Probanden tendenzielle Irritationen, die mit einer Zunahme an Stottermomenten einhergehen. Vielleicht muss man zwischen dem chronologischen Erwerb der Lautentwicklungsreihen und der symptomfreien, chronologischen Lautartikulation bei symptombelasteten Sprechern einen Zusammenhang sehen und eine Zunahme an Komplexität und eine Maximierung an Kontrastivität tatsächlich als mögliche, multiplizierende Faktoren für ein Mehr an Stottersymptomatik betrachten. Dann wäre das theoretische Modell eines schichtenförmigen Aufbaus der gesprochenen, symptombelasteten Sprache zwingend, bei dem der Phonemsystemaufbau dem Grundsatz des minimalen, situativen Kontrasts und daher auch dem minimalen Kraftmaß bzw. der geringsten Kraftaufwendung gehorcht. Trotzdem bestehen bei diesen Überlegungen kein Zusammenhang mit der Artikulierfähigkeit der Stotterpatienten und auch kein Nexus mit dem artikulatorischen Schwierigkeitsgrad der Sprachlaute. Deshalb meine ich: Jeder Stotterpatient vermag im Prinzip qualifiziert zu artikulieren, was immer er möchte. Hier sollte man deutlich und nachhaltig zwischen der Bedeutungs dichotomie „Kompetenz und Performanz“³⁰ differenzieren.

³⁰ Diesen Aspekt werde ich noch in Kapitel 5.2 mit dem Titel „Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptombelasteten Sprechen“ näher beleuchten.

5. Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptomfreien und beim symptombelasteten Sprechen

Im Folgenden soll die Lautproduktion beim symptomfreien und –belasteten Sprechen einführend skizziert werden, denn als ein Veränderungsprinzip, das u. a. im Rahmen geeigneter Modifikationstechniken konstituiert wird, gilt es, die an der Artikulation beteiligten Sprechwerkzeuge als ein für den Stotterpatienten willkürlich oder unwillkürlich bisher vollkommen ausgeblendetes Wahrnehmungsfeld zu eruieren. Dazu sollte jeder Stotterpatient zunächst einmal theoretisch wissen, welche feinmotorischen Bewegungsabläufe durchgeführt werden, ehe er sich dem praktischen Vollzug und damit der gezielten Einflussnahme auf den Sprech- und Stotterablauf mit dem exakten Wahrnehmen der „Körperlichkeit des eigenen Stotterns“ zuwenden kann.

Gerade die neuen Therapieansätze wie die Van Riper-Therapie bauen auf die Etablierung eines neuen Sprechverhalten auf, bei dem bewusstes, willkürlich gesteuertes Sprechen (vs. dem automatisierten Sprechen) mit einer Verlagerung auf die kinästhetisch-propriozeptive Wahrnehmungskontrolle des Artikulationsvorgangs wichtig ist. Aus diesem Grunde erscheint es mir an dieser Stelle bedeutsam, die Lautproduktion beim symptomfreien und beim symptombelasteten Sprechen darzustellen. Insbesondere beim symptombelasteten Sprechen wird das Wissen um die phonetischen Vorgänge in der Mundhöhle, die sich bei der Artikulation im Einzelnen abspielen, unumgänglich, weil sie direkt taktil „ gespürt “ und willkürlich realisiert werden sollen. Außerdem haben laut der vorherrschenden, einschlägigen Literatur und diesbezüglichen Untersuchungen viele Stotterpatienten (nämlich in einem Verhältnis 3:1) zusätzliche Artikulationsstörungen, die neben der Primär- und Sekundärsymptomatik des Stotterens einhergehen (vgl. dazu: Andrews, 1982: 230 und u. a. Bloodstein, 1981: 197 ff bezüglich der kindlichen Stotterforschung und Blood/ Seider, 1981). Charakteristisch seien hier fehlerhaft

ersetzte, ausgelassene bzw. gestammelte Laut- und Lautverbindungen³¹, ihre signifikante Ausprägung wird nicht erläutert.

„Flüssigsprechen“ als kontradiktorische Fähigkeit des Menschen ohne besondere Bewusstseinsleistung zum „nicht-flüssigen Artikulieren“ kann durch die sich gegenseitig beeinflussenden Parameter „Kontinuität, Kraft und Geschwindigkeit“ charakterisiert werden (vgl. Starkweather, 1987). „Kontinuität“ setzt dabei einen ungehinderten, glatten und weichen Sprechfluss voraus, der nicht von unnötigen Sprechpausen und Einschüben permanent unterbrochen wird. Im Terminus „Kraft“ erkenne ich in diesem Zusammenhang die kognitive Konzentration, die für die geplante Sprechhandlung nötig ist, und den rhythmischen Wechsel von muskulärer Anspannung und Loslassen während der Artikulation. Der dritte Parameter, der mit den anderen beiden das Szenario der Sprechflüssigkeit aufspannt, die „Sprechgeschwindigkeit“, bezeichnet die Zeiteinheit, in der bestimmte Laute, Silben und Wortentitäten vom Sprachbenutzer produziert werden.

³¹ Solche Angaben sind innerhalb der einschlägigen Stotterforschung typisch: Obwohl eine idiografische Sicht und Analyse proklamiert und angeblich bevorzugt wird, werden Tests durchgeführt, die den einzelnen symptombelasteten Sprecher in seiner persönlichen Individualität und in seiner psychologisch-sozialen Rolle als Stotterpatienten mit der Motivation im konkreten Moment der Sprechflusshemmung in der Analyse kaum bzw. gar nicht berücksichtigen. Sogar die so genannten Artikulationsstörungen werden in ihren konkreten symptomatischen Ausprägungen nicht analysiert. Wie kann dem einzelnen Patienten die Information für seine eigene Leidensgeschichte dienlich sein, dass von 358 ausgewerteten Fragebögen 32 % der Kinder ausschließlich prototypische Stottersymptomatik zeigten und 68 % neben dem Stottern noch weitere artikulatorische Schwierigkeiten hätten? Die „weiteren artikulatorischen Schwierigkeiten“ werden bei *Blood/ Seider* leider auch nicht einmal benannt, geschweige denn klassifiziert und analysiert.

5.1 Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptomfreien Sprechen

Bei der flüssigen Artikulation laufen die Sprechbewegungen leicht, wohldosiert und ohne erhöhten Kraftaufwand ab. Symptomatisch belastet und unflüssig gestaltet sich die „gesunde Artikulation“ des Menschen beispielsweise auf dieser Folie betrachtet auch dann, wenn in lauter Umgebung geredet werden muss. Hier erweist sich das Sprechen als Kräfte zehrend, weil verstärkter Atemdruck und -volumen, die eben mehr Lautstärke produzieren, ein häufigeres Atmen und damit auch mehr Sprechpausen nach sich ziehen. In diesem Fall erscheint auch das symptomfreie Sprechen „unflüssig“.

Die Laute werden erzeugt, indem Luft aus der Lunge durch den Mund und die Nase in synchronem oder asynchronem Modus ausströmt bzw. hinausgedrückt wird. Dabei werden an bestimmten Stellen Hindernisse für den Luftstrom aufgebaut bzw. Engstellen generiert, die eine klangliche Modifikation dieses Luftstroms erlauben. Die erste Modifikation des durch das Atmungssystem erzeugten Luftstroms erfolgt in dem Larynx, dem Sitz der Stimmbänder, die vom Schildknorpel zu den Stellknorpeln ziehende Falten bilden. Hier ist das eigentliche Stimmband angesiedelt und auch der Stimmuskel. Durch muskuläre Kontraktionen können die Stellknorpel in einer auseinander- und zusammenziehenden Bewegung ihre Stellung verändern. Damit kann die Glottis geschlossen und geöffnet werden. Bei festem Schluss der Stimmbänder wird die Luft unterhalb der Glottis gestaut. Sind die Stimmbänder weit geöffnet, und damit auch eine weite Öffnung der Glottis gewährleistet ist, kann die Lungenluft ohne Hindernis passieren und durch den Oral- und Nasalraum gleichmäßig entweichen. Bei sonoren Lauten wie den Vokalen findet beispielsweise ein sehr schnelles Öffnen und Schließen der Stimmbänder statt, das bewirkt, dass die Luft in kurzen Stößen durch die Engstellen gelassen werden kann. Diese muskuläre Aktivität ist bei bewusster Wahrnehmung durch kontinuierliche Vibrationen direkt „spürbar“, beim Sprechvorgang aber eigentlich aus dem direkten Wahrnehmungskreis ausgeblendet. Die Anzahl der Vibrationen entscheidet schließlich darüber, ob der produzierte Laut oder Ton „hoch“ oder „tief“ ist. Beim Flüstern nehmen die Stimmbänder eine

Stellung zwischen „ganz offen“ und „ganz geschlossen“ ein, so dass eine leichte Reibung entsteht. Je lauter der Sprachbenutzer flüstern möchte, je weiter werden die Stimmbänder zusammengebracht bei Intensivierung der Reibung. Meine Probanden bestätigten mir die Ergebnisse der einschlägigen Forschung, dass Stotterpatienten symptomfrei leise flüstern können würden. Beim lauten Flüstern und bei der damit verbundenen Intensivierung der Reibungsaktivitäten, erhöht sich beim Stotterpatienten auch die Wahrscheinlichkeit einer Verstärkung und Ausweitung der Symptomatik. Bei sehr lautem Flüstern kann die Luft schließlich nur mit sehr großem Druck durch eine nunmehr kleine Öffnung zwischen den Stellknorpeln passieren, die durch den Stimmbänderschluss entstanden ist. Eine mittlere Position der Stimmbänder ist demnach für die Gewährleistung eines symptomfreien und flüssigen Sprechens die günstigste. Auch durch das Vorschalten eines [h]-Lautes vor Vokalanlaut beim Aspirationsvorgang und durch das damit verbundene Einnehmen der mittleren Position der Stimmbänder wird der prävokalische glottale Verschluss geöffnet. Damit kann auch die Symptomlastigkeit neutralisiert werden. Aber auch die Regulation der Lautstärke des Gesprochenen basiert auf der Häufigkeit der Vibrationen und auf der Größe der horizontalen Öffnung der Stimmbänder. „Lautere“ Laute haben einen höheren Druck und zeugen von einer weiteren Öffnung der Stimmbänder als ihre leisen Varianten. Der supraglottale Raum wird oberhalb des Larynx von Rachen eingenommen, der schließlich in den Nasenraum und Mundraum übergeht. Der Pharynx hat die Funktion, einen Resonanzraum für die durch die Stimmbänder in Schwingung versetzte Luft bereitzustellen. Das Velum sorgt je nach Stellung für den Austritt der Luft durch den Mund- und/ oder Nasenraum, der wiederum als Resonanzraum fungiert. Der variabel bewegliche Mundraum, der vom Palatum nach oben hin und vom Velum begrenzt wird, ist das unmittelbare, situative Zentrum des Artikulationsvorgangs. Hier werden die meisten und wichtigsten sprachlichen Unterschiede geformt. Von vorne nach hinten kann der innere Mundraum in Alveolen, harten und weichen Gaumen und in das Zäpfchen unterteilt werden. Die äußere Begrenzung bildet der Lippenschluss. Bei bilabialen Lauten artikuliert beispielsweise die Unterlippe gegen die Oberlippe. Der aus vielen Kleinstmuskeln sich zusammensetzende Zungenmuskel besitzt als besonders aktives Segment die Zungenspitze, die den

Bereich zwischen den Lippen, also ganz vorne, bis ganz hinten, den Raum des gesamten Palatums bis zum Übergang vom harten zum weichen Gaumen ansteuern kann. Einigermassen bewusst lassen sich die Bewegungen des Apex und der Vorder- und Mittelzunge „erspüren“, wohingegen die Wahrnehmung der Bewegungen der Hinterzunge nur mit großen Anstrengungen verbunden ist, wie beispielsweise bei Teilen der Konsonantenproduktion, wo sich die Hinterzunge bis zum Velum hebt. Bei der Vokalproduktion bleibt der Zungenmuskel dagegen flach im Mund liegen. Wenn z. B. ein Diphthong [ai] artikuliert werden soll, hebt sich die Vorderzunge von unten nach oben. Mit ihrer vielfältigen Positionierung innerhalb des Mundraumes stellt sie den wichtigsten Teil für die Veränderung des Resonanzraumes „Mund“ dar. Neben der Zunge sind die Lippen die beweglichsten Artikulationsorgane, und mit ihrer Verschlussbildung können auch sie dem pulmonalen Luftstrom, der exhalatorisch aus der Lunge kommt, als „funktionelles Hindernis“ entgentreten. Damit kann eine klangliche Modifikation des zu erzeugenden Lautes bewirkt werden. Die Einzellaute werden durch eine Reihe von verschiedenen Eigenschaften gekennzeichnet: durch das Verhalten der sich periodisch öffnenden und schließenden Stimmbänder, der Artikulationsstellen, der Artikulationsart, also dem Modus, wie die „Hindernisse“ überwunden werden, und der Behauchung.

5.2 Abriss einführender Erläuterungen über die Lautproduktion beim symptombelasteten Sprechen

Im Großen und Ganzen ist der Artikulationsmodus der Einzellaute beim symptombelasteten Sprechen der gleiche wie beim symptomfreien Sprechen. Die moderne Forschung glaubt nicht mehr beispielsweise an eine „(...) krampfartige Affectation der Stimmritze, veranlasst durch den unrichtigen Gebrauch der Sprachwerkzeuge (...)“ und auch die „Stimmritze(bänder des Kehlkopfs“ werden nicht mehr allein als „Sitz des Übels“ charakterisiert, wie noch 1840 bei Hofmann geschehen. An einem richtigen Funktionieren der Artikulationsorgane ist keinesfalls zu zweifeln, da fast jeder Stotterpatient auch Sequenzen ohne Merkmale symptombelasteten Habitus artikulieren kann.

Deutlich differenziert kann der Artikulationsmodus erst bei den Konstruktionen der Lautverbindungen werden. Unterschiede sind jedoch, so meine ich, bereits auf der Ebene der Einzellaute erkennbar. Verschlüsse der Stimmbänder oder Lippen bzw. Friktionsengen und alle weiteren „Behinderungen des Luftstroms in seinem Fluss“ bei der artikulatorischen Konsonantenerzeugung sind im Medium des symptomlastigen Sprechens in ihrer Ausprägung „enger, dichter, stärker“, zumindest aber mit einem höherem Kraftaufwand verbunden, was im „Hinauspressen und Hinausdrücken des Sprechmaterials“ und sicherlich auch in der Etablierung der bereits besprochenen Sekundärsymptomatik direkt ersichtlich wird. Die primären Merkmale der Unterbrechungen im Sprechfluss sind klonische und tonische Symptome. Charakteristisch für klonische Stottersymptome stellen beispielsweise schnell aufeinander folgende Kontraktionen der Sprechmuskulatur dar, die Laut- und Silbenreduplikationen manifestieren. Typisch tonisch wird die Symptomatik, wenn anhaltende Verkrampfungen der Muskulatur des gesamten Sprechapparates Prolongationen von Einzellaute, Unterbrechungen des Stimmflusses und Störungen des Luftstroms während der Artikulation bewirken. Solche Verkrampfungen in der Sprechmuskulatur können beispielsweise im Einzelnen die Muskelbewegungen betreffen, die für ein Zusammen- und Auseinanderziehen der Stellknorpel verantwortlich sind, um die Glottis zu schließen oder zu öffnen. Im Prinzip sind wohl alle am Artikulationsprozess beteiligten Muskeln und Muskel-

gruppen³² für Verkrampfungserscheinungen und/ oder rasch aufeinander folgende Kontraktionen im Rahmen der Primärsymptomatik störanfällig, wenn entsprechende Dispositionen in der konkreten, sprachlichen Situation für Symptometablierung und Manifestation gegeben sind³³. In der einschlägigen Forschung besteht keine Einigkeit darüber, ob beispielsweise physiologisch-organische Prozesse in dem konkreten Moment der Sprechflusshemmung die Manifestation einer Blockade provozieren. Einer dieser theoretischen Ansätze lautet beispielsweise, dass die am Sprechvorgang beteiligten Muskelgruppen von dem Kortex keine synchronen Steuerungsimpulse erhalten. Darin würden die krampfähnlichen Erscheinungen im primären bzw. sekundären Erscheinungsbild während der Blockade gründen. In diesem Zusammenhang würde ich gerne das von Chomsky in Anlehnung an de Saussure's Unterscheidung von „langue und parole“ in die Sprachtheorie eingeführte Begriffspaar „Kompetenz vs. Performanz“ einführen, das das (unbewusste) Wissen eines Sprachbenutzers von seiner Sprache vom Sprachgebrauch in konkreten Situationen differenziert. Dem Stotterer fehlt es nicht am Wissen, das ihn befähigt, eine unendliche Zahl von Sätzen zu produzieren und zu verstehen, sowie grammatische Fehlleistungen oder auch Ambiguitäten aller Art als solche zu erkennen. Er vermag im Allgemeinen auch eine adäquate Lautproduktion, die durch das Zusammenwirken der oben besprochenen Artikulationsorgane erfolgt, zu bewerkstelligen. Aber – und das differenziert ihn vom symptomfreien Sprachbenutzer – oftmals auch wieder nicht. So unterliegt das Stottersyndrom nicht nur inter-, sondern auch intraindividuellen Varianzen im Erscheinungsbild. Da Stottern häufig in Verbindung mit situativen und personalen Reizen steht, die dazu führen können, dass in manchen Situationen gar keine Symptomatik im Sinne des Stottersyndroms auftritt, also flüssig gesprochen wird, in manchen Situationen dafür um so häufiger und schwerer, ist die analytische Arbeit langfristig anzusetzen.

³² Dazu gehören im Einzelnen die Gaumenmuskulatur, zu der u. v. a. der Gaumen-Zungen-Muskel gehört, der im vorderen Gaumenbogen vom Gaumen zur Zunge zieht, die Rachenmuskulatur, die Zungenmuskulatur, die mimische Muskulatur mit den Lippenmuskeln, Wangenmuskeln, Lachmuskeln etc., um nur einige von ihnen zu nennen.

³³ Welche diese Dispositionen im Einzelnen sind, kann nur situativ, von Fall zu Fall und vor allem nur für die Einzelperson entschieden bzw. gemutmaßt werden. Hier bitte ich jedoch zu beachten, dass in diesem Zusammenhang nicht von theoretischen Erklärungsversuchen, die ein Entstehen des kindlichen Stottersyndroms darstellen möchten, die Rede ist. Durch die Multidimensionalität des Stottersyndroms ist eine Vielzahl von Faktoren an seinem Entstehen beteiligt, die in jedem individuellen Einzelfall herausgearbeitet werden müssen. Hier ist von der konkreten, potentiellen Stottersituation in einer Sprechäußerung die Rede, die stattfinden kann.

6. Stottern und Kommunikation

Allein die Tatsache, dass viele Stotterpatienten im Monolog mit sich selbst beispielsweise vor einem Spiegel meist völlig symptomfrei sprechen³⁴, spricht schon für die Bedeutsamkeit dieses Kapitels: Sprechen um des Sprechens Willen bereitet keine Probleme, der Status des Sprechens hinsichtlich seiner kommunikativen Funktionalität im dialogischen Diskurs hat demnach potentiellen, symptomatischen Auslösecharakter. Eine jede Form der Sprachstörung ist kein intraindivuelles Defizit, sondern trägt eine erhebliche Beeinträchtigung der Kommunikationsbeziehung zwischen den symptombelasteten und symptomfreien Gesprächspartnern in sich. Beim Singen stottern meine drei Probanden³⁵ beispielsweise nicht. Nun gibt es zweifelsohne Spekulationen darüber, dass dieses Phänomen, das im Übrigen bei vielen Stotternern zu beobachten ist, organisch zu begründen und mit der Stellung der Stimmbänder, des Kehlkopfs und der besonderen Modifikation der Atemmuskulatur beim Singen zu erklären ist. Beim Einatmen zum Singen senkt sich nämlich das Zwerchfell auf „ganz natürliche Art und Weise“, und der Kehlkopf nimmt eine Tiefstellung ein (vgl. Köpp, 1998: 20). Auf meine Frage hin, ob sich meine Probanden vorstellen könnten, sich singend mit mir zu unterhalten, stellte ich auch tatsächlich eine wesentliche Erleichterung und eine Verminderung der Manifestation der Symptomatik fest, was auch sicherlich im Umstand begründet liegt, dass der Test für alle interaktiven Beteiligten sehr erheiternd war und eine lockere, fröhliche Atmosphäre geschaffen worden ist.

Bloodstein (1949) erkannte, dass es eine Reihe weiterer Bedingungen gibt, bei denen eine Verminderung oder sogar das zeitweise bzw. völlige Fehlen von primärer und sekundärer Stottersymptomatik zu beobachten ist. Hierzu gehöre laut Bloodstein das Sprechen von Nonsens-Material, das Zählen und Buchstabieren, sowie das Singen und das Sprechen im Chor³⁶. Auch das Sprechen mit sich selbst,

³⁴ Alle meine drei Probanden haben mir diese Annahme bestätigt. Aus meiner eigenen Stottergeschichte weiß ich allerdings zu berichten, dass nur das zweifelsfreie Wissen um den Umstand, dass wirklich niemand zuhören kann, eine äußerst wichtige Prämisse für den flüssigen Sprecherfolg darstellt.

³⁵ Auch ich selbst singe völlig symptomfrei.

³⁶ Alle diese Parameter kann ich aus den Erfahrungswerten meiner eigenen Stottergeschichte durchweg ohne Einschränkung bestätigen. Von meinem Probanden Enrico habe ich erfahren, dass er das Buchstabieren sogar eingesetzt hat, um sich bei seinen Gesprächspartnern bei stummen,

sich mit Tieren oder mit kleinen Kindern zu unterhalten, führt er als weitere potentielle Bedingungen an, die auf die tendenzielle Ausprägung der Stottersymptomatik weniger stark auslösend bzw. verringernd wirken können. Weiters nennt er auch das Nachahmen anderer Personen als Sprechsituation mit tendenziell geringer Manifestation von Stottersymptomatik.

Beim Nachahmen anderer Personen oder Charaktere wird die eigene Identität zugunsten einer anderen zurückgestellt bzw. vollends unterdrückt. Sprachlichkeit in Form eines interaktiven Szenarios kann aber ohne Ich-Bewusstheit und ein sprechendes Du nicht oder nur in reduziertem Genre existieren. Das Sprechen als ichhaft motivierte Ganzheitsreaktion ist im Schauspiel nur partiell vorhanden, nämlich auf der Folie der Darstellung einer fiktiven Wirklichkeit. Die eigenen Emotionen und Gedanken als Ausdruck des Ichhaften im Menschen treten hinter denen der nachgeahmten Personen zurück und müssen daher auch nicht mittels der eigenen Sprache verbalisiert werden. Gesprochen wird durch die Maske des darzustellenden Charakters³⁷.

Alle diese Bedingungen, nebst die obige sprechen dafür, dass die Wichtigkeit des Sprechens als Kommunikationsmittel für den symptombelasteten Sprecher reduziert ist. Die Symptomlastigkeit etabliert sich also ausschließlich bzw. größtenteils nur dann, wenn die Sprache Mitteilungscharakter bzw. sozial-psychologische Funktionalität aufweist, die dann beispielsweise auch die Darstellung der Person im Spiegel der Gesellschaft etc. mit einschließt. Als wesentliche Einflussgröße sehe ich im Einklang mit Bloodstein (1949) das Phänomen kommunikativer Verantwortlichkeit, das auf den Stotterpatienten evozierend in Bezug auf das Auftreten bzw. die Schwere der Symptommanifestation wirkt. Es spielt offensichtlich eine Rolle, „(...) wie sich das aktuelle Sprechenwollen oder Sprechenmüssen in seiner Wichtigkeit und Bedeutung kognitiv für den Stotternden strukturiert, ob er Situationen etwa als leicht oder schwierig, bekannt oder unbekannt, wichtig oder unwichtig einschätzt.“ (Fiedler/ Standop, ²1986: 17). Auch die unmittelbaren

lang anhaltenden Blocks verständlich zu machen; - vielleicht auch, um die Stille, die bei einem solchen Blocks entsteht, irgendwie „mit hörbarem Material“ auszufüllen.

³⁷ Die „maskierten“ Schauspieler des antiken griechischen oder römischen Theaters artikulierten sich durch die Mundöffnung der Maske, die sie trugen, und konnten mit der Verbalisierung ihre Person darstellen. Vgl. lat. „*personare*“ bedeutet dieses „Durch-die-Maske-Durchtönen“, und daraus wurde die „Person“. Die Stimme des Menschen erhob ihn zur Person.

Reaktionen des Gegenübers auf die sprachlichen Unflüssigkeiten und auf die grotesken Mitbewegungen des symptombelasteten Sprechers wie Geduld, Ungeduld, Belustigungen, sichtbare Akzeptanz oder Ignoranz wie etwa ein nur ange-deutetes Abwenden des Gesichtes oder des gesamten Körpers³⁸ können das wie-tere Sprechverhalten des Stotterers wesentlich beeinflussen. Diese Kommunika-tionsverantwortlichkeit ist aber zweifelsohne eine durch subjektive Wahrnehmung und Vorstellung geprägte: So ist es von Belang, mit wem der Stotterer spricht, über was, in welche Sprechsituation der Dialog eingebettet ist, und wie er alle diese Faktoren subjektiv bewertet. Die individuelle Interpretationsleistung wird zusätzlich gespeist durch Rückmeldungen des Gegenübers in Form von ver-balisierten Redebeiträgen bzw. paralinguistischen Äußerungen oder durch bereits gemachte Erfahrungen, die ähnliche Wissensstrukturen umfassen und mit der aktuellen Redesituation unmittelbar vergleichbar sind. Auf die Befragung meiner Probanden hin, lässt sich diesbezüglich die Gleichung „Input ist gleich Output“ aufstellen: Ist die Vorstellung des symptombelasteten Sprechers nämlich dahin-gehend, dass ihm angenehme Reaktionen auf seine Redefähigkeit im Hinblick auf das „Artikulationsmodus“ seitens des Zuhörers und Gesprächspartners erwarten, wird die Symptomatik der Sprechflussstörung sich deutlich weniger ausgeprägt manifestieren oder gar ganz ausfallen. Das Aktivieren spezifischer Wissens-strukturen, das Beachten verschiedenster Interaktionsnormen konventioneller bzw. individueller Ausprägung und ein immer wieder neues Diagnostizieren der Versprachlichungsmuster, die u. a. aus einem „Poolkraftwerk“³⁹ geschöpft werden

³⁸ Ich erwähne diese Phänomene so explizit, weil ich im Gespräch mit anderen Stotterern in der Stotterer-Selbsthilfegruppe, mit meinen Probanden, aber auch von Patienten, die mit mir gemein-sam therapiert worden sind, einschlägige Erfahrungen ausgetauscht habe.

³⁹ Die „Pool“-Metapher übernehme ich in Anlehnung an Vennemann (1975: 314 f.), der den „Pre-suppositional pool“ als ein unstrukturiertes Annahmenfeld definiert, das während des Diskurses von den Gesprächspartnern immer weiter entwickelt wird und erst im Moment der Übernahme in sprachliche Formen seine endgültige Strukturierung erhält. In Busler (1996) habe ich das „Pool-verständnis“ zu einem „Poolkraftwerk“ erweitert und seine Funktionalität auf das gegenseitige Verstehen als Gesprächsbasis hin bei der Verwendung so genannter elliptischer Konstruktionen untersucht. Im Zuge des Gespräches wird immer wieder ein Rückgriff auf das „Poolkraftwerk“ seitens beider Gesprächspartner getätigt und ein Schöpfen aus einer gemeinsamen Annahmen-menge ständig aktualisiert. Hier muss sich die Referenzmenge des Sprechers mit der des Hörers hinsichtlich eines für das Gespräch relevanten Potentials schneiden, um eine Gesprächsbasis zu schaffen, die auf gegenseitigem Verständnis beruht. In komplexerem Ausmaße auf der Sprecher-seite kann diese Konzeption auch auf die Kommunikation mit einem symptombelasteten Teilneh-mer appliziert werden. Auf diese Korrelationen werde ich im „Pragmatik-Kapitel“ dieser Arbeit noch näher eingehen.

können, sind während der gemeinsamen Interaktion der beiden Kommunikationspartner auch dann gegeben, wenn einer der beiden Gesprächsteilnehmer symptombelastet ist. Das Szenario „Poolkraftwerk“, das sich im Gespräch zwischen den miteinander Kommunizierenden aufspannt, speist diese mit Wissensstrukturen aller Art.

Ein erschwertes Verständnis kommt nur dann zustande, wenn das Schöpfen aus den beiden Annahmenmengen keine Berührungspunkte zueinander aufweist, d. h., wenn keine Schnittmenge zwischen sprechereigener und hörereigener Annahmenmenge generiert werden kann. Ist der Sprecher Stotterpatient im Sinne meiner Probanden, generiert er einen „Pool“, der Informationsbündel und Wissensstrukturen beinhaltet, die seine Redeleistung und Kommunikationsfähigkeit gemäß „subjektiv erlebter Kommunikationsverantwortlichkeit“ (Fiedler/ Standop, 1978: 67) abbilden. Der Sprecher „unterstellt“ seinem Gegenüber gewissermaßen eine positive/ negative Einschätzung und Haltung gegenüber seinem Redebeitrag, der sich hauptsächlich auf den Artikulationsmodus bzw. den Sprechfluss und die die Sprechhandlung begleitenden sekundären Erscheinungen konzentriert.

Beim Stotterpatient liegt der Fokus neben den üblichen Konversationsmaximen, die festlegen, wie jeder Kommunikationsteilnehmer seinen Redebeitrag zu gestalten hat, hauptsächlich bei der Frage nach dem „Wie?“ seines Redebeitrags im inneren Spannungsfeld zwischen Dialektik und Toleranz, was meiner Meinung nach u. a. die wechselnde Symptomausprägung seiner Sprechflussstörung erklärt. Alle projizierten Einstellungen z. B. über Autoritäten, wichtige Anforderungssituationen etc. sind dabei im Wesentlichen von bereits gemachten Erfahrungen konditioniert. Auch diese Wissensstrukturen über frühere Sprechsituationen, in denen der Stotterer beispielsweise bei einem „stummen Block“ einigen, für ihn peinlichen Sekunden ausgesetzt gewesen ist, sind im „Pool“ gespeichert und abrufbereit. Ist die Annahmenmenge des Sprechers bezüglich dieses einen Parameters oder auch mehrerer, die z. B. auch die inhaltliche Seite der symptombelasteten Redesequenz betreffen können, nicht deckungsgleich mit der des Hörers und umgekehrt, kann die Kommunikation eine gestörte sein, die nicht in gegenseitigem Verständnis gipfelt. Denn zu den gleichsam „inneren Wissensformaten“ kommt auch der potentielle reelle Umstand hinzu, dass die Blockierung bzw. der

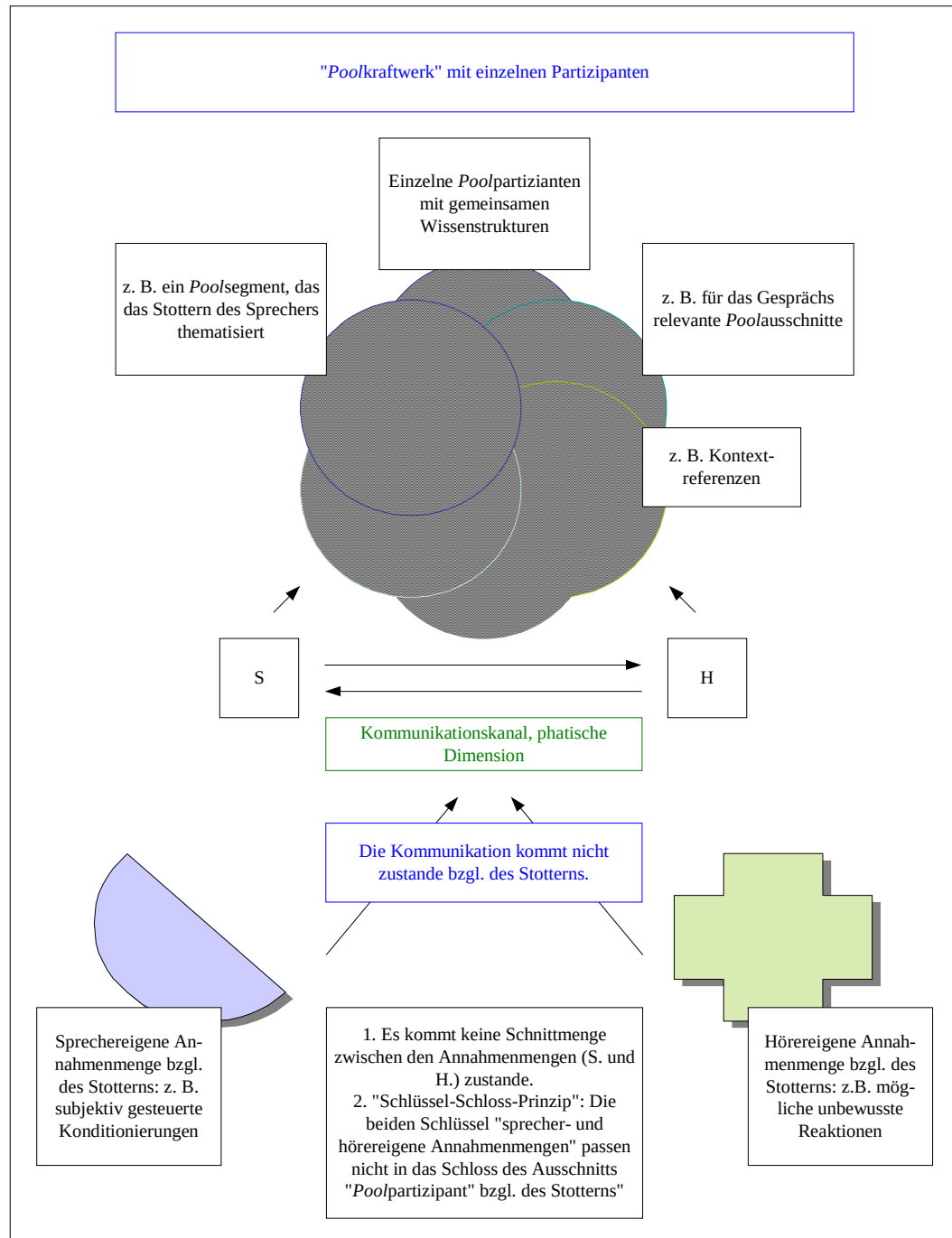
Stillstand des Redeflusses die Verständigung tatsächlich stark beeinträchtigen kann. Das geschieht insbesondere dann, wenn der symptomfreie, interaktive Partner den „Kontextpool“ nicht ausreichend aktiviert hat und/ oder wenn seine höreigene Annahmenmenge die sprechereigene Annahmenmenge des „Poolkraftwerks“ nicht schneidet oder nur bezüglich für das Stottern nicht relevanter Wissensformate.

Die Symptomatik selbst ist dann eigentlich im Vergleich zu den subjektiven Projektionen und dem ausgeprägtem Störungsbewusstsein, das im Verhalten des Gegenübers genährt wird, gleichsam nur noch Beiwerk.

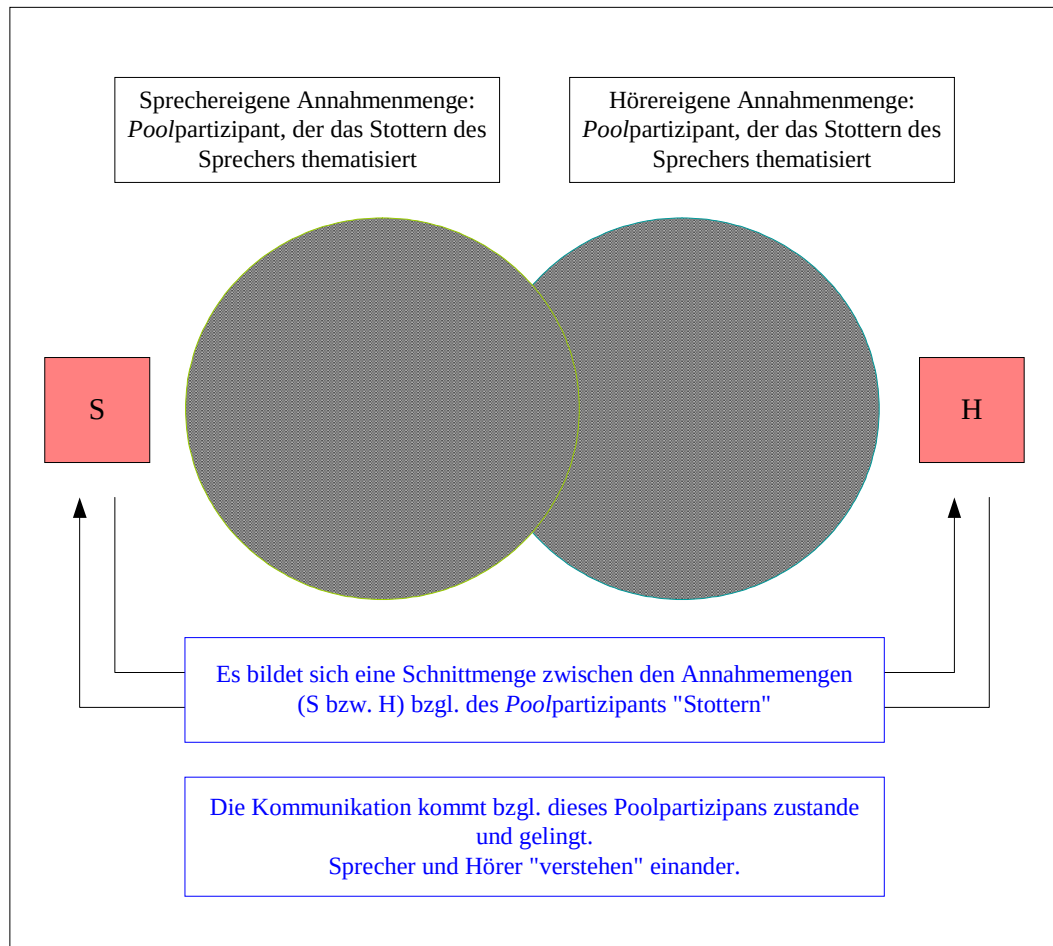
Die folgenden Grafiken mögen allen diesen theoretischen Überlegungen ein anschauliches Profil verleihen:

Die Interaktion zwischen den Gesprächspartnern, von denen der eine symptombelastet, der andere hingegen flüssig sprechend ist, wird getragen vom Szenario des „Poolkraftwerks“, der beide mit Wissensformaten speist. Ein kooperatives Schöpfen von gemeinsamen „Poolpartizipanten“ ermöglicht Verständnis und die Möglichkeit der Gesprächserhaltung.

Grafik (2 a): „Poolpartizipation beim symptombelasteten Sprechen im Dialog bei gestörter Kommunikation“



Grafik (2b): „Poolpartizipation beim symptombelasteten Sprechen im Dialog bei Verständnis“



Sprache unterliegt also beim Kommunizieren der Selektion, die nach den Zielen, die wir während der Interaktion verfolgen, getroffen wird. Das hauptsächliche Ziel, das verfolgt wird, ist, sich zu verständigen bzw. verstanden zu werden. Beim Sprechakt spielen aber noch andere Elemente eine Rolle, wie z. B. Aufmerksamkeit und Interesse am Gesagten zu wecken, sympathisch zu erscheinen, charmant und witzig zu wirken⁴⁰ und die Selbstdarstellung in einer bestimmten Weise zu unterstreichen. Es werden also nicht nur illokutionäre Intensionen und perlokutionäre Ziele, beabsichtigte Wirkungen und Konsequenzen verfolgt, sondern

⁴⁰ Ich habe mir überlegt, ob diese Tatsache nicht auch in der Überlegung eine Rolle spielen sollte, warum mehr erwachsene Männer als Frauen stottern (vgl. Tabelle 1). Es gibt nämlich diesbezüglich noch keine wissenschaftlichen ErklärungsDarstellungen. Sicherlich ist bei Frauen das Bestreben, charmant, kokett etc. zu wirken, wesentlich größer und wird auch bewusst als Selbstdarstellungsparameter eingesetzt.

auch der „kollukutionäre Akt“ nach Keller (1990) spielt eine Rolle, der Haltungen und Einstellungen zum Ausdruck bringt und eine Selbstdarstellung augenscheinlich werden lässt. Die Konversationsmaximen dienen u. a. dem Erreichen dieser und anderer Ziele. Auch der Stotterpatient will sich mit seinem Redebeitrag „selbst darstellen“ und mit dem intensiven Umgehen mit Sprache, das die Sprechablaufstörung dem erwachsenen Stotterer in seiner langen Leidensgeschichte tagtäglich abverlangt, weiß er mehr oder minder bewusst um die Kraft der Maximen, kann sie aber nicht so effektiv und funktional einsetzen wie ein symptomfreier Sprecher. Statische Maximen wie „Rede so wie die anderen“ (Keller, 1990: 135 bzw. 1982: 21 f.) und dynamische Maximen wie „Rede so, dass du beachtet wirst“, die unter der Hypermaxime des sozialen Erfolges subsumiert sind, können vom Stotterer nicht oder nur in abgewandelter Form befolgt werden, denn er wird wohl beachtet, aber nur oder hauptsächlich seines Artikulationsmodus willen, nicht aufgrund seiner Sprechintension und –inhaltes. Und dieses ist wiederum nur das, was der symptombelastete Sprecher denkt, wenn er eine Sprechabsicht artikulatorisch realisieren will. Wir sehen uns also hier vor schwierigen kognitiven Abläufen, die teils bewusst, teils unbewusst ablaufen, konfrontiert.

Hier sollte nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was die Realisation einer Interaktion zwischen einem symptombelasteten Sprechers und einem symptomfreien so diffizil und „artefakt“ macht, kurz angeschnitten und skizziert werden. Schließlich steuern diese Beweggründe zweifelsohne auch die Hyperkorrekturleistungen, die der Stotterpatient verfolgt, um eben auch den Konversationsmaximen Genüge zu leisten und seinen Gesprächsbeitrag entsprechend zu gestalten.

Es gibt Ansätze, die die Ausbildung der Symptombelastung generell als „misslungenen Selbsthilfeversuch“ als Antwort auf ihr „subjektiv erlebtes Störungsbewusstsein“ sehen (vgl. u. a. Stecker, 1988). Das Störungsbewusstsein, das zunehmend ausgeprägt wird mit der Stärke und dem temporalen Ausmaß der Chronifizierung der Symptomlastigkeit, sieht der Autor durch Persönlichkeitsfaktoren wie Selbstunsicherheit und mangelndes Selbstbewusstsein begünstigt (vgl. ebd. in: Hinteregger/ Meixner, 1988: 130). Dabei, so Stecker weiter, könne ein

solcher Selbsthilfeversuch zwei unterschiedlich begehbare Wege aufzutun: Die „weiche Lösung“ münde in das flüssige, „weiche“ Stottern, die „harte“ Lösung eröffne Blockaden, Grimassierungen und Vermeidungsverhalten. Hier skizziert Stecker zum einen bereits den „Non-avoidance“-Therapieansatz, der in der modernen Sprachheilarbeit derzeit favorisiert wird, zum anderen klingt aber zweifelsohne auch die wichtige Erkenntnis an, dass im Bewusstsein des Stotterpatienten kognitive Konditionierungen stattfinden, die sein Störungsverhalten entscheidend beeinflussen⁴¹.

Stottern tritt vorwiegend nur im Gespräch auf; - ein Grund für mich das Stotter-syndrom als Anwendung auf die Gesprächsanalyse zu applizieren und die Typologie des Gesprächs als Szenario, das sich zwischen zwei Kommunikationspartnern zum gemeinsamen sprachlichen Handeln aufspannt, im Hinblick auf die pathologische Anwendungsdomäne differenziert zu betrachten. Die Subsumierung beliebiger Gesprächsformen unter einer nach einheitlichen Kriterien angelegten Dialog-Typologie erweist sich nicht nur in der „Stotteranwendung“, sondern auch im nicht-pathologischen Fall als schwierig, weil die meisten Gespräche komplex strukturiert sind. Die Einordnung wird meist nach dem übergeordneten Handlungszweck vollzogen. Die Fragen, die in diesem Zusammenhang von Interesse sein könnten, waren z. B., welche „Gesprächsbereiche“ tendenziell in höherem Maße symptomevozierend bzw. symptomverstärkend sind, und welche „Gesprächsbereiche“ Sprechverhalten bei Stotterpatienten in inverser Skalierung provozieren⁴². Der Erfolg des Dialogs, der sich als sprachliche, partnerschaftsbezogene Handlung versteht, ist gerade beim symptombelasteten Sprecher weitgehend an die intentionale Reaktion des Kommunikationspartners gebunden. Aus der Angst heraus, diese Reaktion könnte eine abfällige sein, meidet der symptom-

⁴¹ Im Verlauf der weiteren Ausführungen dieser Abhandlung werden diese Mechanismen noch detaillierter und ausführlicher dargestellt werden.

⁴² Im Großen und Ganzen entspricht dieses Vorgehen den „Loci-Studien“, bei denen die Betrachtung im Vordergrund steht, an welchen Stellen und zu welchem Zeitpunkt seiner Äußerung der Stotterpatient unflüssig bzw. symptombelastet spricht. In der Literatur sind dabei aber vielfach ganze Populationen von symptombelasteten Kindern und Erwachsenen zu etwaigen Studien herangezogen worden (vgl. die *Ulmer-Gruppe* mit *Rommel/ Johannsen et al.*, 1996). Ich meine, dass ein solches Vorgehen der idiografischen Sicht keine Rechnung trägt, weil das Sprechverhalten des Einzelnen nicht ausreichend betrachtet wird. Stattdessen werden dem Stotterpatienten aber Verhaltenstendenzen bezüglich der Primär- und Sekundärsymptomatik des Stotter-syndroms gewissermaßen unterstellt, die andere symptombelastete Sprecher zeigen, bei ihm jedoch womöglich gar nicht ausgeprägt sind.

belastete Sprecher oftmals den Blickkontakt zu seinem kommunikativen Gegenüber oder aber der anfängliche Blickkontakt kann nicht aufrechterhalten werden, sobald sich die erste Manifestation des Stottersymptoms zu zeigen droht oder bereits gezeigt hat.

7. Modifikationen am Stottersymptom „Von der Antike mit Demosthenes bis in die Gegenwart“

Die erste Etablierung einer Stottertherapie, in der versucht wird, die Primärsymptomatik des Stottersyndroms in irgendeiner Form zu modifizieren, beginnt meines Erachtens in der griechischen Antike mit Demosthenes (384-322 v. Chr.)⁴³, der sich mit Eigenmotivation („Ich weiß, dass ich sprechen kann!“), Sprechkontrolle und Verbesserung der Selbstwahrnehmung („Sprechen mit einem Kieselstein im Mund“) und Atem- und Stimmtherapie („Sprechen bei raschem Lauf oder beim Bergansteigen“ und „Vortragen von Reden oder Versen mit aufs Äußerste angespanntem Atem“⁴⁴) trotz seines Stotterns zu einem großen Redner heranzubilden. Er kannte sogar schon das Prinzip des auditiven Feedbacks⁴⁵, indem er an der Meeresküste versucht, „das Tosen der an die Ufer schlagenden Wellen“ zu überschreien (Grube, 1880: 146). Das gleichmäßige, rhythmische Brandungsgetöse kann den Sprechablauf Demosthenes' in Abschnitte gegliedert und ihm Atem- und Redepausen eröffnet haben.

Hatte sich Demosthenes, der lispelnde Stotterer, tatsächlich durch die Kieselsteine im Mund therapiert und ist auf Grund dessen zu einem der größten Rhetoriker der Antike avanciert? Die Kieselsteine waren zweifelsohne nur Hilfsmittel zur Selbsthilfe, indem die Selbstwahrnehmung durch die Berührungsreize der Kiesel in der Mundhöhle verbessert worden ist. Ein deutlicheres Spüren der an der Artikulation beteiligten Sprechwerkzeuge ist so gewährleistet, und ein für den Stotterpatienten bisher völlig ausgeblendetes Wahrnehmungsfeld wird gewissermaßen neu eröffnet. Die Selbstwahrnehmung macht eine gezielte Einflussnahme auf den eigenen

⁴³ Die zeitliche Einordnung habe ich von Braun (1997: 13) übernommen.

⁴⁴ Zitiert nach: Plutarch (46-125 n. Chr.) in: „Große Griechen und Römer“ (1957: 229).

⁴⁵ Unter „Auditory feedback“ versteht man die verzögerte Sprachrückkopplung, einer Behandlungsmethode des Stotterns, die auf dem elektroakustischen Prinzip beruht und mit einer Art „Echo-Wirkung“ der symptombelasteten Sprechsprache operiert.

Sprech- und Stotterablauf möglich. Die weiteren Modifikationstechniken wie Reduktion des Sprechtempos und Ausführen deutlicher Artikulationsbewegungen, die Ergebnisse des Sprechens mit Steinen im Mund waren⁴⁶, sind auch in modernen Sprachheiltherapien wesentliche Teile der Grundkonzeption wie beispielsweise in der Van Riper-Therapie⁴⁷. Kannte Demosthenes bereits das so genannte Masking-Verfahren⁴⁸, das die Wahrnehmung der eigenen Stimme unterbindet durch die Beschallung der Ohren über Kopfhörer? Bei Demosthenes waren keine Kopfhörer nötig, denn der hohe Geräuschpegel des tosenden Meeres übertönte die eigenen Worte und ließ zudem eine gute körperliche Entspannungsregulation zu. Es konnte innerhalb der einschlägigen Forschung bewiesen werden, dass ein drastischer Symptomrückgang bis hin zur völligen Sprechflüssigkeit hin zumindest situativ eintritt, wenn die Wahrnehmung der eigenen Stimme unterbunden wird durch die Beschallung der Ohren über Kopfhörer mit einem hoch frequentierten Rauschen bestimmter Intensität. Wie ich in meiner eigenen Van Riper-Therapie erfahren habe, nennt man dieses Verfahren, das während der Beschallung der Ohren zu unmittelbarer Sprechflüssigkeit verhilft, „Masking“. Es verhindert die akustische Rückmeldung des Gesprochenen über die Luft- und Knochenleitung des Innenohrs. Ein Flüssigwerden erreichen Patient und Therapeut übrigens meist auch dadurch, dass beide gemeinsam einen gleichen Text laut lesen, - eine Tatsache, die man zweifelsohne auch im gleichen theoretischen Zusammenhang reflektieren muss⁴⁹.

⁴⁶ Mit Kieselsteinen im Mund kann man nämlich nur langsam, mit Drosseln des bei vielen Stottern vorhandenen, überhöhten Sprechtempos sprechen. Die Kieselsteine halten zudem den Mund beweglich. Die für das Stottern charakteristische „Starre“, die sich unmittelbar vor und während des Stotterblocks manifestiert (z. B. weit aufgerissener Mund), kann gar nicht erst eintreten, weil die Kiesel die Ausführung deutlicher Artikulationsbewegungen gewissermaßen erzwingen. Außerdem ist es die Basis für jede Veränderung des Stotterbildes in Richtung Abbau der primären Symptomatik, dass eine konsequente Reduktion des Sprechtempos verfolgt wird und damit der Impuls gegeben wird, einem überhasteten Voranschreiten im Sprechablauf Einhalt zu gewähren. Temporeduktion ist nicht nur in der Lernphase entscheidend, wo die Verbesserung der Selbstwahrnehmung eine entscheidende Rolle spielt, sondern auch noch später beim „Lernerfolg“, wenn Unruhe oder Nervosität die längerfristige Etablierung der Sprechflüssigkeit wieder gefährden könnten.

⁴⁷ Eine ausführliche Darstellung der *Van Riper*-Therapie erfolgt im Kapitel „Moderne Therapieansätze“.

⁴⁸ Vgl. *Van Riper*, 1986.

⁴⁹ Vielleicht muss man auch die Überlegung mit einbeziehen, dass der Stotterpatient auch gar keine Zeit hat, über sein Stottern und auf seine Wirkung dem Gesprächspartner gegenüber nachzudenken. Einen Text einander vorzulesen entspricht auch sicherlich keiner interaktiven Gesprächssituation. Trotzdem halte ich diese Übung aus dem Grunde für förderlich, weil der symptombelas-

Die Annahme, dass Stottern auf ein Defizit der Zunge, die träger und schwächer beschaffen sei, als bei den so genannten „Normalsprechern“, hielt sich bis ins ausgehende 18. Jahrhundert (vgl. Fiedler/ Standop, ²1986: 36 ff.). So befasst sich die Sprachpathologie der Neuzeit fast ausschließlich nur mit Fehlbildungen, Verletzungen und Erkrankungen der Zunge als dem Sitz der gestörten Sprache, dem Stottern. Im ausgehenden 18. Jahrhundert wird die chirurgische Lösung der Zunge bis ins Detail genau referiert oder aber mit Prothesen und patentierten Geräten wie Zungenhaltern oder -gabeln⁵⁰ korrigiert. Ein solches Instrument hatte die Aufgabe, die Sprechbewegungen zu erschweren und die Sprechorgane so zu kräftigen, damit sie für die spastischen Erscheinungen wie die des Stotterns weniger anfällig sind⁵¹. Die Remissionen waren aber meist nur kurzzeitig und vielfach in der Eingewöhnungszeit an den Fremdkörper im Mund begründet. Bei dessen Entfernung oder nach der Rekonvaleszenzzeit, die ein operativer Eingriff zwingend nach sich zog, war der Urzustand alsbald wieder hergestellt.

Aber schon Mercurialis (1530-1606) erweist sich als früher Vertreter einer polyätiologischen und idiografisch ausgerichteten Sicht, denn er weist schon darauf hin, dass „(...) nicht alle Fälle von Stottern auf eine einheitliche Ursache zurückzuführen sind, sondern unterschiedliche Ursachen (und daher auch Therapieformen) angenommen werden müssen.“ (vgl. Braun, 1997: 20).

Das 19. Jahrhundert steht im Zeichen einer medizinisch-chirurgischen Therapie des Stottersyndroms mit einer Durchschneidung der Zunge oder mit Herausschneiden von Muskelstücken der Zunge und kann daher im Großen und Ganzen als Rückschritt im Vergleich zu den Erkenntnissen der beginnenden Neuzeit typisiert werden. Die Annahme, das Stottersyndrom hänge mit chronischen Verkrampfungen der Zunge und der Muskeln im Kehlkopfbereich zusammen, empfahl schließlich eine operative Lösung. Die monofaktorielle Betrachtung für die Ursachenforschung des Stotterns ist im 19. Jahrhundert verbindlich. 1841 wurden sogar erste Behandlungsversuche des Stotterns mit Elektroschock populär.

tete Sprecher sich selbst als flüssigen Sprecher erlebt. Er vermag so auch taktil wahrzunehmen, wie es sich „anfühlt“, flüssig zu artikulieren. Auch wird vielleicht zudem sein Selbstbewusstsein gestärkt, weil er nun weiß, dass er längere Passagen lang, völlig symptomfrei sprechen kann, wenn er im täglichen Leben diese Erfahrung noch nicht gemacht haben sollte.

⁵⁰ Die breite Palette von Prothesen und Geräten, die gegen das Stottern erfunden worden sind, kann man mit entsprechenden Abbildungen in Fiedler/ Standop (²1986: 36 ff) detailliert einsehen.

⁵¹ Vgl. dazu: Scholz/ Eckert (1978: 145 ff).

Daneben gab es aber zweifelsohne auch stimmtherapeutische Ansätze, die mit Stimm- und Sprechübungen der ätiologischen Annahme einer krampfhaften Hemmung in der Stimmritze Abhilfe schaffen wollten. Aber auch eine didaktisch-phonetische Therapieform, die neben der medizinisch-chirurgischen eine vergleichsweise unscheinbare Existenz führte, basierte auf organpathologischen Störvorstellungen und funktionspathologischen Konzepten zur Ausheilung. Da man Stottern als einen „krampfartigen Zustand“ diagnostizierte, der durch eine Unterbrechung der Nervenleitung in der Zungenwurzel zu beseitigen wäre, lag eine Heilung auf operativem Weg nahe, die auch bis ins späte 19. Jahrhundert verbreitet und zeitgemäß war. Ein bekannter Vertreter der operativen Methode ist beispielsweise Diefenbach (1841), der unterschiedlichste Operationsmethoden der Zunge vorstellte (vgl. dazu auch: Scholz/ Eckert, 1978: 55).

Nach der Jahrhundertwende im Zuge der Entwicklung der didaktischen Heilverfahren und ihrer praktischen Durchführung in Sprachheilanstalten stehen nicht mehr die Zunge und andere organische Sprechwerkzeuge im Fokus des wissenschaftlichen Interesses, sondern vielmehr der Mensch als Sprachbenutzer. Auf dessen Persönlichkeit sollte schließlich erzieherisch eingewirkt werden. Fortan gilt Stottern als psychisches Leiden, das eine pädagogisch-psychologische Behandlung erfordert. Hausdörfer führt ganz sprichwörtlich mit seiner Biographie „Durch Nacht zum Licht“ (1905), indem er sich auf Vokalisation konzentriert, das „Tönen“ als Sprechtechnik fokussiert und alle populären, konservativen Sprechübungen kategorisch ablehnt. Unter A. und H. Gutzmann als zwei herausragenden Vertretern der medizinischen und pädagogischen Sprach- und Stimmheilkunde bilden sich zwei für die Stottertherapie einschlägige Entwicklungslinien heraus: Zum einen ist hier die phoniaterische, zum anderen die sprachheilpädagogische Linie zu nennen, die einander stark beeinflussen. Die aus den Schülern Gutzmanns zusammengestellte „Berliner Schule“ eröffnet fortan eine multifaktorielle Sichtweise und kennt bereits eine psycholinguistisch ansetzende Linie der Stottererklärung mit der Notwendigkeit einer therapeutischen Sprecherziehung. Gutzmann und Nadoleczny fordern eine umfassende Atemtherapie. Außerdem soll die Aufmerksamkeit des Patienten mit entsprechenden Übungen vom Sprechvorgang abgelenkt und auf die Muskel- und Spannungsgefühle bei der Lautbildung hinge-

lenkt werden. Fallspezifische seelische Erziehung rundet zudem das komplexe Konzept einer „mehrdimensionalen Therapie“ ab, die sich nicht nur als Symptomtherapie versteht.⁵² Seitdem gilt der multifaktorielle Ansatz mit der Forderung nach komplexer, mehrdimensionaler und methodenkombinierter Therapie, die die heterogenen Ausprägungen des Stottersyndroms ganzheitlich erfasst, als verbindlich. Da die monokausalen Ätiologiekonzepte zum Stottern auch kaum mehr Anhänger findet, wird auch das Auffinden einer alleinigen, kausalen Therapie für das Stottern nicht mehr als Erfolg versprechend angesehen. Da es nicht mehr nur das eine Stottern gibt, kann es geradezu zwangsläufig auch nicht nur die eine Therapie gegen das Stottern geben. Ende der 70er bzw. Anfang der 80er Jahre konzentrierte man sich zunehmend auf eine differenzierte Diagnostik des einzelnen Stotterpatienten mit dem Ziel, ein für ihn gewissermaßen „maßgeschneidertes“, multimodales, multidimensionales „Therapiepaket“ zu finden, das interdisziplinäre Konzepte verfolgt. Mit Motsch (1981), Heidemann-Tagmann/ Motsch (1984), Johannsen/ Schulze (1986) et al. wird die idiografische bzw. Einzelfall betonte Sicht des Stotters und damit eine Individualisierung der bis dato als homogen angesehenen „Stotterpopulation“ maßgebend. Seit den 70-er Jahren sind außerdem die „Non-avoidance“-Ansätze in der deutschsprachigen Sprachpathologie und Sprachheilpädagogik populär, die in der Therapiekonzeptualisierung eine Modifikation durch ein Abgehen von der Zielsetzung des symptomfreien, flüssigen Sprechens zur Akzeptanz eines „flüssigen Stotters“ manifestiert haben. Der Stotterer soll lernen, seine Symptomatik nicht mehr mit Anstrengung zu vermeiden, sondern sich mit ihr zu identifizieren, um sie dann zu modifizieren (vgl. Van Riper, 1973, 1986, 1992).

Die Effektivitätsmessung von Stottertherapien der Gegenwart scheint allerdings einen beträchtlichen Abstrich an Objektivität machen zu müssen, da interdisziplinär gearbeitet werden muss, da „jedes Stottern anders ist“ (Grohnfeldt, 1992), da es die Stottertherapie einfach nicht gibt und weil eben jeder stotternde Mensch sich individuell verschieden in die Therapie einfügt. Auch die Zusammenarbeit

⁵² Die verschiedensten Therapieformen des Stottersyndroms beim erwachsenen Stotterpatienten gehen von der Psychotherapie über suggestive Hypnotherapie bis hin zur logopädischen Therapie. Unterschieden müssen im engeren Sinne die eindimensionalen Verfahren, die nur systematische Sprechübungen als therapeutisches Programm für sich beanspruchen, von den mehrdimensionalen, die z. B. atemtechnische Hilfen und verhaltenstherapeutische Methoden miteinander verbinden.

mit dem Therapeuten kann ein wichtiger Parameter für das Gelingen bzw. für die Effektivität der Stottertherapie sein. Zur Effektivitätskontrolle werden folgende Aspekte als relevante Daten einfließen: Sprechdaten in verschiedenen Sprechsituationen, Vermeidungshäufigkeit, Kontrollüberzeugung beim Stotterpatienten, Einstellung zur Kommunikation, Stotterhäufigkeit in sozialen Situationen und in bestimmten Stimmungslagen etc.

Die Behandlungsverfahren bei einer Stottertherapie des erwachsenen Patienten gehen von atemtechnischen Hilfen, da die Atmung nicht als gestörte Leistung und nicht als Ursachenbefund des Stottersyndroms selbst interpretiert wird, sondern von den Stotterpatienten zur Überwindung der Sprechablaufstörung eingesetzt wird, über systematische Sprachübungen, die die beim Stottern veränderten Bewegungsmuster der Sprechorgane durch physiologisch ablaufende Techniken ersetzt. Auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, Entspannungstechniken und Psychotherapien sollen zusätzlich Anwendung finden, weil die lange Zeit der Sprechablaufstörung auch psychisch ihre Spuren hinterlassen hat. Hier stellt sich meiner Meinung nach zwangsläufig die Frage, wie alle diese Therapiemaßnahmen zeitlich⁵³ und auch modal miteinander verbunden werden können, wenn der Patient nicht aus dem Alltag herausgerissen werden möchte.

⁵³ Schon allein für eine intensive Psychotherapie muss der Stotterpatient zwei bis drei Sitzungen pro Woche einkalkulieren. Hinzu kommen die Therapien, die sich mit der primären Symptomatik befassen, wie Logopädie etc.

8. Moderne Therapieansätze

Im Folgenden möchte ich drei moderne Therapieansätze und ihre Konzeptualisierungen vorstellen:

Es sind dies die

Schlaffhorst/ Andersen-Therapie, die biokybernetische Methode nach Karl Hartlieb und schließlich die Van Riper-Therapie.

Abschließend möchte ich im Anschluss daran die drei verschiedenen Therapieformen und ihre Eckdaten kurz kritisch analysieren.

Unter den vielen modernen Stottertherapie-Ansätzen sind selbstverständlich auch jene, die sich mit dem Stottersyndrom als Symptom einer psychoneurotischen Bedingung⁵⁴ beschäftigen. Im Falle einer solchen Indikation werden neben Psychotherapien z. B. Behandlungen und Heilverfahren angeboten, die sich Stottern als neurotisch bedingte Atem-Ton-Sprechablaufhemmung erklären. Nach Fernau-Horn (1973) ist Stottern „unter dem Aspekt der Neurosenlehre eine konstitutionell bedingte, psychisch ausgelöste, manifeste Hemmung im Ablauf der Atem-, Stimm- und Sprechbewegungen, die bezogen auf die Persönlichkeit sich entweder in zentripetaler oder zentrifugaler Richtung⁵⁵ fortentwickelt“⁵⁶.

⁵⁴ Die „Psychoneurose“ oder „Neurose“ wird als eine emotionale Fehlanpassung verstanden, die sich aufgrund eines „von der Norm“ abweichenden Verhaltens ergibt oder die ein abweichendes Verhalten beinhaltet.

⁵⁵ Nach *Fernau-Horn* sind zentrifugale Sprechneurosen charakterogener Natur, gehen vom Kern der Persönlichkeit aus und entspringen aus der Tiefe der Persönlichkeit. Die Sprechhemmung ist hier ein final bedingter Prozess. Zentripetale Sprechneurosen hingegen werden dem Betroffenen von außen herangetragen und dringen erst viel später in tiefere Schichten der Persönlichkeit ein. Er hat Störungsbewusstsein und erlebt seine Sprechablaufstörung direkt mit. Die Sprechhemmung wird hier als das Ergebnis eines kausal bedingten Hemmungszirkels begriffen.

⁵⁶ Zitiert aus: *Scholz/ Eckert* (1978).

8.1 Begründung der Auswahl

Ich habe diese drei Therapieformen ausgewählt, weil ich selbst eine Schlaffhorst/ Andersen-Therapie und eine biokybernetische Therapie nach Hartlieb bereits absolviert habe und daher umfassenden, theoretischen und praktischen Einblick über viele Jahre in die Konzeptionalisierung und in den Therapieablauf gewinnen konnte. Seit nunmehr fast vier Jahren besuche ich eine Van Riper-Therapie bei der in München ansässigen Logopädin M. Siebert-Moses. Mein Proband Enrico besuchte eine biokybernetische Therapie und eine Van Riper-Therapie. Doris war fünf Jahre in einer Schlaffhorst/ Andersen-Therapie, und Daniela ist Patientin in einer Van Riper-Therapie. Um den Probanden, sein Umgehen mit seinem Stottern und seine Redeflussstörung in allen ihren individuellen Fassetten und Feinheiten adäquat beschreiben und analysieren zu können, muss auch die Leidensgeschichte des Einzelpatienten und damit auch seine Therapiegeschichte unter die Lupe genommen werden. Ein Absolvent einer Schlaffhorst/ Andersen-Therapie zeichnet sich beispielsweise im Allgemeinen durch eine gute Atemtechnik und durch ein gutes Körpergefühl aus. Er vermag meist Wege zu finden, eine Spannungsregulation zu etablieren, die ihn auf einen Tonus zurückbringt, der in der konkreten Sprechsituation im Moment der Blockierung für ihn angemessen ist. Auch die Bedeutung des Stimmfaktors für den situativen Symptomabbau, der sich im Idealfall tönend, kraftvoll und mit genügend großer Klang- und Lautintensität ausgestattet entfalten sollte, weiß ein Schüler der Schlaffhorst/ Andersen-Therapie zu nutzen.

Ein ehemaliger Van Riper-Patient kann u. a. die eigene Primär- und Sekundärsymptomatik seines Stottersyndroms meist sehr gut selbst wahrnehmen.

Die biokybernetische Methode ist auch in diesem Ansatz hinsichtlich ihres personenbezogenen, systematischen Aufbaus von Sprechflüssigkeit und des intensiven Übungscharakters ein wichtiges Fundament.

8.2 Die Schlaffhorst/ Andersen-Therapie

Wie ähnliche, aktive Atemtherapien hat die Schlaffhorst/ Andersen-Therapie das Ziel, dem Stotterpatienten das Erleben der rhythmischen Vorgänge der Atmung und ein Gefühl für die natürliche und körpergesetzmäßige Bewegungsweise zu vermitteln. Zudem ist für Clara Schlaffhorst die Eigenbewegung der Stimme eine rhythmische. Daher etabliert die Therapie Regenerationswege für den Stotter- und Stimmpatienten, um Stufen zu einer ganzkörperlichen Eutonisierung der Körper-, Stimm- und Atemspannung zu erlangen.

Die Schlaffhorst/ Andersen-Schule versteht Sprachtherapie als ganzheitliche Therapie. Sprache ist hier nicht nur klangliches und bedeutungstragendes Kommunikationsmedium, sondern Tonerzeugung, Artikulation, Atmung, Gestik, Rhythmus und Gefühlsausdruck sind wesentliche, miteinander korrelierende Faktoren, die Sprache bedingen und ausmachen. Jede Störung bzw. jedes „In-Disharmonie-Geraten“ eines dieser Faktoren bedingt immer eine Beeinträchtigung des gesamten Zusammenspiels. Bei Clara Schlaffhorst stand der atmende Mensch im Fokus ihres Interesses, der sein „Atemhaus“, dem Ort seiner Stimme, in organisch-rhythmische Ordnung bringen muss (vgl. Köpp, ³1998: 13)⁵⁷. Eine Übung, die man insbesondere diesbezüglich in der Therapiesitzung macht, ist die mitgedachte Vorstellung, dass man während des Sprechens „das Brustbein am Himmel aufhängt“. Ergebnis dieser Übung ist es, dass das „Atemhaus“ groß und leistungsfähig wird und die Atmung per se „kontrollierbar“, weil sie rhythmisch fassbar ist.

Schlaffhorst/ Andersen unterteilen die drei rhythmischen Atemphasen in ein „inspiratorisches Spannen der entsprechenden Muskeln, insbesondere des Zwerchfells mit dem Aufbau der elastischen und `viskösen` Kräfte in den Lungen und im äußeren Atemapparat“, sowie in die „Ausatmung als Phase muskulärer Abspannung“ und zuletzt in die „Atempause als entscheidenden Abschnitt für die Herstellung der optimalen Ausgangslage für eine neue Atemperiode“. (vgl. Köpp, ³1998: 229 nach Krauß, 1984: 156)

⁵⁷ Schlaffhorst und ihre Freundin Hedwig Andersen übersetzten Leo Koflers (1837-1908) „Richtig Atmen“ (1912) aus dem Englischen und bringen damit das erste Werk in deutscher Sprache heraus, das über die Tätigkeit der Atemmuskeln und über ihren Zusammenhang mit dem Stimmapparat Aufklärung geben konnte und zugleich praktisches Übungsmaterials anbot.

Erster Ansatzpunkt der Therapie ist meist, Spannungen in der Muskulatur zu lösen bzw. aufzubauen, je nach dem, welche Spannungsstärke für den jeweiligen Patienten anzustreben ist. Vorsichtige Bewegungsübungen bewirken eine Modifikation des Ist-Zustandes und erleichtern eine Tonisierung. Längerfristiges Ziel ist es, dass der Patient ein starkes Körpergefühl aufbauen kann. Lautfunktions- und Artikulationsübungen stehen neben der gezielten Therapie des Atems, der im Übrigen auch durch das Hervorbringen von Tönen angeregt werden kann, im Mittelpunkt der Ganzheitstherapie bei Schlaffhorst/ Andersen. Es gilt, ein für den Patienten „natürliches“ Sprechmuster hinsichtlich des Stimmklanges, der Aktivierung des Zwerchfells („Das Zwerchfell muss die lebendige Mitte des Patienten werden.“; Schlaffhorst, zitiert in: Saatweber, ³1997: 206), des Spannungszustandes in der Atemmuskulatur („Hänge dein Brustbein am Himmel auf.“; Schlaffhorst, zitiert in: Köpp, ³1998: 13) u. v. a. anzustreben, das durch Bildvorstellungen unterstützt wird. Für Stotterpatienten wird die Schlaffhorst/ Andersen-Therapie deshalb bedeutend, weil ein „Abspannen“ bei der Tonerzeugung eine zu verfolgende, therapeutische Zielsetzung ist neben dem Bestreben, die artikulatorischen Kräfte adäquat, d. h. intentional „richtig“ und in Maßen einzusetzen. Eigentlich finden nämlich bei der Tonerzeugung an den Stimmbändern Bewegungen statt, die als „Zusammenziehung und Streckung“ interpretiert werden können: Also je heller der Ton, desto mehr müssen sich die Stimmbänder in die Länge spannen⁵⁸. Schlaffhorst hätte hingegen diese Interpretation in eine andere Fassung darzustellen versucht, nämlich, dass die Stimmbänder sich „abspannen“ müssten, und alle Kraft in die Streckungsleistung gehen müsste. So etabliert sich nach Schlaffhorst/ Andersen auch ihr „Rhythmische(s) Gesetz“, das die Gestalt des Rhythmus in der Atembewegung definiert als „die Gesamtheit von Einatmen-Ausatmen-Pause (...), (die) auch als Spannung-Abspannung-Lockerheit oder als Zusammenziehung-Streckung (Ausdehnung)-Lockerheit (...) (gedeutet werden kann).“ (vgl. Köpp, ³1998) Die einzelnen „Sprachübungen“, die Sprechflüssigkeit durch natürliche Harmoni-

⁵⁸ Beim dunkleren Ton muss die Spannung aus der Kürze gewonnen werden, d. h. aus der anderen, weiters verfügbaren Spannung, die sich aus der Zusammenziehung ergibt.

sierungsprozesse von Atmung und Stimme etablieren sollen, sind auch mentale, „bildhafte“ Übungen, die ihre Philosophie aus dem Gesangsunterricht⁵⁹ beziehen. Ein solches therapeutisches „Bild“ ist beispielsweise ein folgendes⁶⁰: Der Patient möge sich vorstellen, er habe sich ein Rohr „einverleibt“, das vom Kehlkopf bis zu den Lippenrändern führt. Die Sprache, die sich ihren Weg durch dieses Rohr hindurch bahnen muss, fließt als gallertartige Masse, beispielsweise als Honig⁶¹. Der Honig bzw. die Sprache fließt nun Tropfen für Tropfen, was wohl einer Einteilung in einzelne Lautsegmente, meist in Silbensegmente entspricht, aus dem Rohrende, das stellvertretend für die Mundöffnung vorzustellen ist. Bei solchen Übungen stellt sich meist unmittelbar ein sehr entspanntes, flüssiges Sprechbild ohne jegliche Sekundärsymptomatik ein. Die Problematik des Therapieansatzes im Allgemeinen, sowie in den therapeutischen Sprechflussübungen im Besonderen liegt wahrscheinlich in der Transferleistung des Patienten, die gelernten Essenzen aus den Übungen aus der therapeutischen Sitzung ins tägliche Leben zu transportieren. Auf jeden Fall wird der Patient durch kreisende, rhythmische Bewegungen in einen ausgeglichenen Spannungszustand versetzt, was dem Stotterpatienten insbesondere zu Gute kommt, weil bei ihm die Spannungsregulation gestört ist. Diese Therapieform sieht kein Erlernen von bestimmten Sprechtechniken vor, sondern will durch Bewegungs- und Stimmarbeit zu innerer Harmonie und zu einer Stabilisierung der Persönlichkeit gelangen.

⁵⁹ Clara Schlaffhorst übertrug ihre Arbeits- und Denkansätze, die sie im Gesang erworben hatte, auf das Sprechen, im Bewusstsein darüber, dass sich Sprechen und Singen an der Stimme, im Ton der Stimme treffen und verbinden müssten. Gerade im 19. Jahrhundert verlangte das Lied gleichzeitig eine Fokussierung auf Arie und Rezitativ. Heutzutage wissen wir natürlich ohnehin, dass das Stimmorgan denselben akustischen Gesetzen beim Singen wie beim Sprechen gehorcht, was aus derselben Stimmquelle und den Formanten erklärt wird.

⁶⁰ Diese Übung kenne ich aus meiner eigenen Schlaffhorst/ Andersen-Therapie.

⁶¹ Ob die symptombelastete Sprechweise des Stotterpatienten hier mit der zähflüssigen Konsistenz des Honigs verglichen wird, möge in diesem Kontext dahingestellt sein.

8.3 Die biokybernetische Stottertherapie

Die Stimm- und Sprachgestaltung unter biokybernetischem Aspekt⁶² nach Hartlieb (1969) sieht Stottern als „unverschuldetes, regelbiologisches Defizit“ der symptombelasteten Sprachbenutzer an, die lernen müssen, ihren asynchronen Ablauf der Atmung, Stimmgebung und Artikulation so zu synchronisieren, dass sie in der Lage sind, diese drei sprechsprachlichen Komponenten gezielt einzusetzen. Stottern wird innerhalb dieses Ansatzes als Syndrom eines phonisch-artikulatorisch-spasmischen Fehlleistungsbildes verstanden. Die biokybernetische Verursachungstheorie erklärt sich ein Stattfinden der Stottersymptomatik als Performanzstörung, will aber keinen allgemeingültigen Erklärungsansatz für die Manifestation der Sprechablaufstörung liefern und auch nicht alle möglichen Ausprägungsformen des Stottersyndroms erfassen.

Ziel ist es, symptomfreies, flüssiges Sprechen zu erlangen. In der kybernetischen Didaktik soll Homöostase zwischen einem Lernziel, was im biokybernetischen Regelkreis dem Soll-Wert entspricht, und dem tatsächlichen Ergebnis beim Lernen, dem Ist-Wert, über ein optimales Methoden-Arrangement erreicht werden. (vgl. Grohnfeldt, 1992: 223 ff.) Ziel ist auch die Synchronisation der Atmung, Stimmgebung und Artikulation, um so einen kontrollierten Einsatz dieser drei sprachspezifischen Komponenten zu gewährleisten.

Interessant im Hinblick auf die linguistische Sicht, die in dieser Abhandlung vertreten wird, ist die auffallend rhythmische Sprechweise, die „biokybernetische Heilsprache“, die stark akzentuiert und „roboterartig zerhackt“ wirkt und erst am steten und energischen „Stakkato“ geübt und schließlich bis zum gedehnten, betonten und langsamen Sprechen, das für den posttherapeutischen Alltag vorgesehen ist, ausgebaut wird. Wir werden im weiteren Verlauf der Arbeit sehen, dass die akzentuierte Sprechweise mit prolongierten Vokalrealisationen als hyperkorrigierende Modifikationsleistung des symptombelasteten Sprechers in Eigenregie als neue phonologische Strukturvariante mit dem Blick auf Vermeidung oder Ver-

⁶² Im humanen Bereich ist „Kybernetik“ als die Theorie von der Aufnahme, der Verarbeitung und der räumlichen/ zeitlichen Übertragung von Informationen zu verstehen. Der Terminus ist der griechischen Sprache entlehnt. „*Kybernetes*“ (griech.) heißt wörtlich übersetzt „Lenker, Lotse, Steuer-mann“. „Kybernetik“ bezeichnet die Denk- und Erklärungsmodelle zur Steuerung und Regelung automatisch ablaufender Prozesse.

minderung der Symptomatik gewählt werden kann. Die therapeutische Hilfe ist hier also möglicherweise von der eigeninitiierten Modifikationsleistung, die der Stotterpatient als Selbsthilfemaßnahme generiert hat, gewissermaßen kopiert bzw. entlehnt. Wichtig bei der biokybernetischen Heilmethode ist das stete Trachten nach dem Öffnen der Stimmritze durch den Atemschub und durch offene Artikulation. Der Patient wird deshalb von Beginn der Therapie an dazu angehalten, mit der Hand auf dem Zwerchfell, die dann den Atem schiebt, nach dem Taktklopfen bzw. „In die Händeklatschen“ des Therapeuten in Silbensegmenten zu sprechen.

Die biokybernetische Stottertherapie besteht im Wesentlichen aus drei Säulen und gliedert sich in Stimmübungen, Schaltübungen und Übungssprache. Die vielfältigen, sprechrelevanten Muskelgruppenkomplexe, die bei der Symptommanifestation in Mitleidenschaft gezogen werden, soll der Patient hier steuerungs- und funktionsgerecht einzusetzen lernen.

Der übungsintensive Therapieplan beinhaltet verschiedene, miteinander korrelierende Phasen und Übungskomponenten:

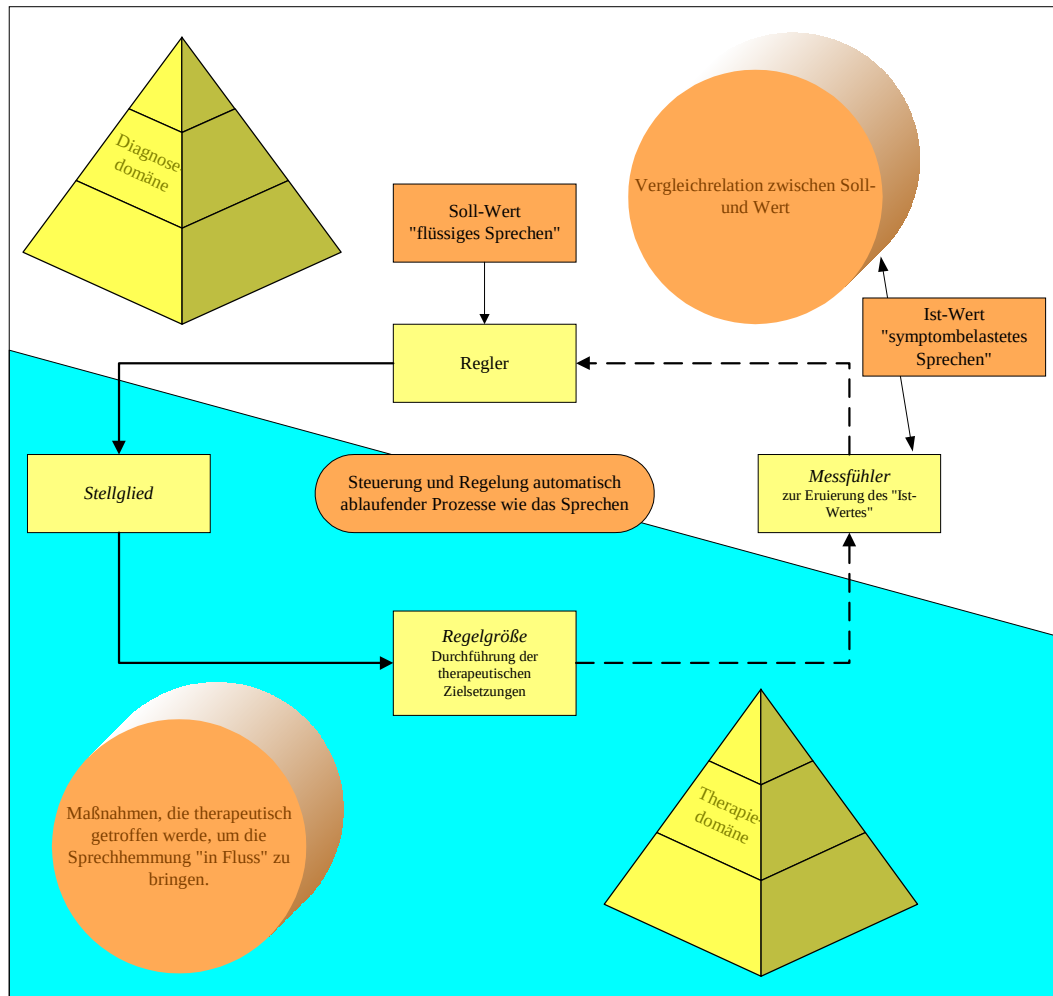
- 1) Ausatmungstraining: Der methodische Aufbau des Übungsprogramms beginnt meist mit Stimm- und Schaltübungen mit behauchtem/ unbehauchtem Einsatz, das Federn auf dem Glottisschlag und einem Training der Zungenbewegungen.
- 2) Sprechen auf Atemschub: Jede Sprechsilbe wird mit einem deutlichen Expirationsschub begleitet.
- 3) Sprechen auf Artikulationsschub: Hier wird der Patient dazu angehalten, jede Silbe gleichgewichtig zu betonen. Bei „richtiger Atmung und Stimmgebung“ wird hier die Artikulation „trainiert“.
- 4) Die Phase des akzentuierten und markierten Sprechens hebt die Konsonanten bei der unmittelbaren Artikulation hervor. Die Redebeiträge der Patienten klingen „overarticulated“.

Der dreigeteilte Aufbau des biokybernetischen Übungsprogramms sieht Stimmübungen mit behauchtem Einsatz am Wortanfang, Training der Zungenbewegungen im Besonderen und der Artikulationsbewegungen im Allgemeinen, Schaltübungen (Wechsel von behauchtem und unbehauchtem Einsatz) und eine spezielle Übungssprache vor, bei der Sprechen auf Atem- und Artikulationsschub und markiertes Sprechen trainiert wird.

Die Biokybernetik richtet sich im Rahmen ihres therapeutischen Ansatzes nach dem automatisierten Teil der Sprachgestaltung: Das noch nicht lautsprachlich realisierte Ergebnis einer sprachlichen Kodierung wird als sprechsprachlich konzipierter Text, der das Ergebnis beim Hörer/ Empfänger eingehender und von ihm dekodierbarer Lautfolgen ist, hergestellt über den automatisierten Teil des Sprechapparats. Soll Sprechsprache norm- und systemgerecht erfolgen, was die symptombelastete Sprechsprache eben nicht tut, bedarf es eines synchronisierten, gesteuerten und geregelten Funktionskreisgeschehens mit den drei aufeinander abgestimmten und zusammenwirkenden Ebenen „Atmung, Phonation und Artikulation“.

Die folgende Grafik möge einen kybernetischen Regelkreis abbilden, der auf kreiskausalem Denken in zyklisch geschlossenen Funktionszusammenhängen basiert und hier auf die Anwendungsdomäne „Symptombelastetes Sprechen“ appliziert von mir modifiziert worden ist. Die Regelaufgabe besteht darin, dass nach einer Störung der Störgröße im Regelkreis, eine möglichst rasche Einstellung der Ausgangslage, der so genannten Soll-Wert-Größe, wieder herzustellen ist.

Grafik (3): „Biokybernetischer Regelkreis mit gleich bleibenden, interaktiven Strukturelementen, abgebildet auf das Stottersyndrom“



8.4 Die Van Riper-Therapie

Die Stottertherapie nach Charles Van Riper steht ganz im Zeichen des Versuchs, dem Stotterer beizubringen, besser auf das Stottern reagieren zu können. Hierin unterscheidet sie sich von den „häufigkeitsorientierten“ Therapien, die versuchen, den Sprechablauf so zu modifizieren, dass es möglichst nicht mehr zum Stottern kommt bzw. dass eine flüssige Sprechweise dominant ist. Die Van Riper-Therapie versteht sich als „schwereorientierte“ Stottertherapie. Der Leitgedanke ist, dass, wenn der Patient es erst einmal gelernt hat, „leicht und mühelos“ zu stottern⁶³, er auch gleichzeitig weniger Symptombelastung zeigen wird. „Anstrengung“ und „Vermeidung“ sind zwei Schlüsselwörter in der Van Riper-Therapie. Die meisten Stotterpatienten haben im Laufe der Zeit ihrer Stottergeschichte gelernt, mit Kraft gegen das Stottern anzugehen, was sich insbesondere unmittelbar in der Sekundärsymptomatik widerspiegelt: Die Wörter werden so „kraftvoll hinausgedrückt“, dass der symptombelastete Sprecher oftmals Arme und Beine zur Hilfe nehmen muss, um der Belastung standzuhalten. Das flüssige Sprechen des symptombelasteten Sprechers ist jedoch ein Vorgang, der zwar nur wenig Kraft erfordert, wohl aber ein hohes Maß an Genauigkeit, um einen koordinierten Sprechablauf aktiv steuern zu können.

Die Stottertherapie nach Van Riper besteht aus insgesamt vier Phasen: Identifikation, Desensibilisierung, Modifikation und Stabilisierung (Van Riper, ²1992), die in der nachstehenden Tabelle aufgeführt sind und deren Inhalte dort beschrieben werden:

⁶³ „Leicht und mühelos zu stottern“ meint in diesem Kontext, dass der Stotterer sein Bestreben aufgibt, sein Stottern verbergen und vermeiden zu wollen, was kein Mehr an Symptomlastigkeit nach sich ziehen würde. Ein typisches Vermeidungsverhalten ist es nämlich beispielsweise, auf die erwartete oder bereits eingetretene Unterbrechung des Sprechflusses folgendermaßen zu reagieren: Der Stotterer kann den Ablauf anhalten, im „Redetext“ zurückgehen bzw. etwas sagen, was er gar nicht sagen wollte oder überhaupt nichts mehr sagen.

Tabelle (3): „Die vier Phasen der Stottertherapie nach Charles Van Riper und ihre Inhalte“

Therapiephase:	Inhalte:
1) Identifikation	In der Identifikationsphase wird eine Bestandsaufnahme des Stotterproblems durchgeführt: Therapeut und Patient beobachten und beschreiben die primäre und sekundäre Symptomatik des Patienten, indem konkrete Stotterereignisse analysiert werden: Eruierung der motorischen Fehlleistungen und der angewendeten Anstrengungs- und Vermeidungsreaktionen.
2) Desensibilisierung	In der Desensibilisierungsphase soll der Patient lernen, negative Gefühle, die sein Stottern betreffen, zu erkennen und zu neutralisieren. Der Stotterer soll gegen die psychischen Belastungen, die im Alltag an den Stotterpatienten herantreten, „abgehärtet“ werden.
3) Modifikation	Die Modifikation stellt das Kernstück der Therapie dar. Der Stotterer erlernt hier eine neue Art und Weise, auf sein Stottern im konkreten Moment der Blockierung bzw. vor dem stockendem Moment zu reagieren (vgl. dazu Tabelle unten).
4) Stabilisierung	Die bisher erreichte Sprechflüssigkeit wird in der Stabilisierungsphase weiter vervollkommen. Auch geht es hier darum, den Stotterer mit „Hilfe zur Selbsthilfe“ auf Rückfälle vorzubereiten. Mit Übungen soll „normal-flüssiges spontanes Sprechen“ eingeschliffen werden. Hier ist auch die bewusste Wahrnehmung des Bewegungsablaufes konzeptionalisiert.

Tabelle (4): „Darstellung der Inhalte der Modifikationsphase in der Van Riper-Therapie“

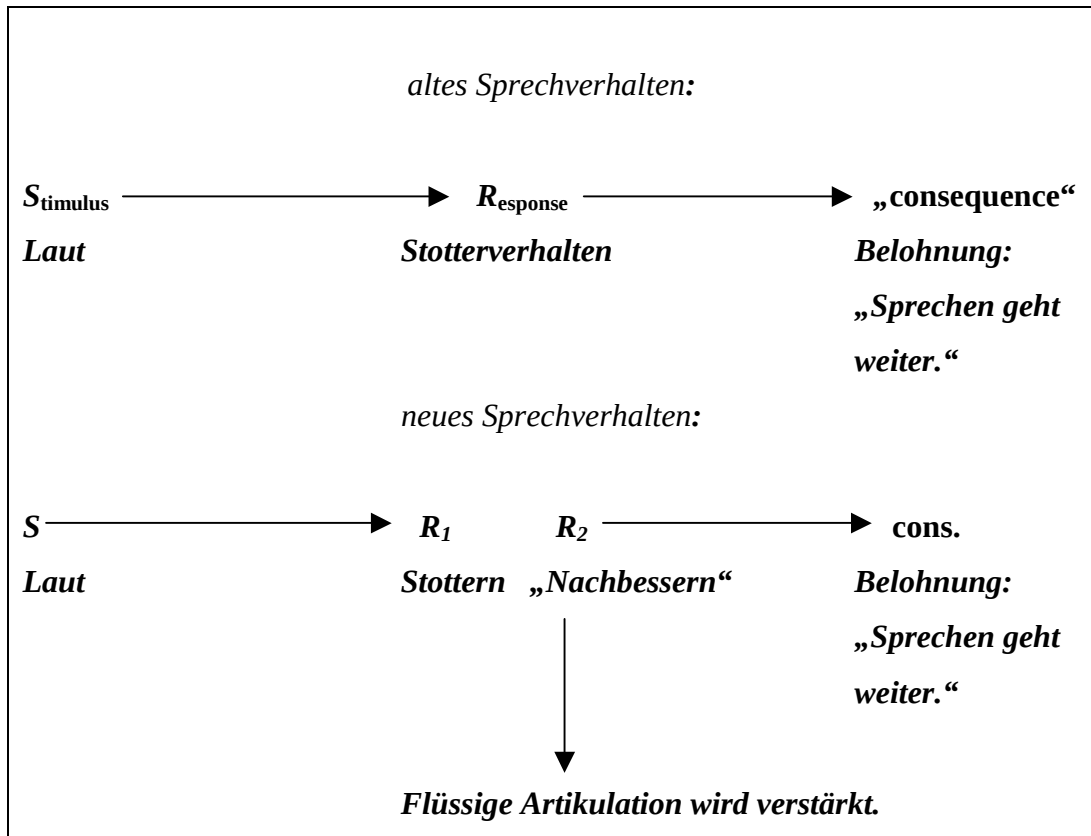
Übungsschritte der Modifikationsphase:	Inhalte der einzelnen Übungsschritte:
1) Zeitlupensprechen	• Einüben des „Slow Motion Speechs“ • Konsequente Vermeidung von Sprechpausen • Einüben des deutlichen Artikulierens
2) „Nachbesserung“	Die „Nachbesserung“ ist eine Maßnahme, die im konkreten Stottermoment ihre Anwendung findet: • Die Blockade soll zu Ende gebracht werden. • Einlegen einer Pause • Langsame Wiederholung des gestotterten Wortes mit guter taktiler Wahrnehmung, wie die einzelnen Laute des Wortes gebildet werden. • Weitersprechen
3) „Pullout“	Der „Pullout“ zeigt einen Weg auf, sich „aus der Stotterstellung herauszuziehen“: Hier lernt der Patient, seine Sprechablaufstörung zu kontrollieren. • Anhalten des gestörten Sprechflusses • Loslassen: Die aufgebaute Muskelspannung der verwendeten Sprechwerkzeuge soll auf ein „normales Niveau“ heruntergedrosselt werden. • Lockere, aber kraftvolle Artikulation
4) „Preparatory Set“	Durch die Manifestation des „Preparatory Sets“ steht ein besserer Ansatz zur Artikulation zur Verfügung. Es wird ohne Kraftanstrengung gesprochen.

Unter „Nachbessern“ versteht man im Sinne der Van Riper-Therapie die folgende, das Sprechverhalten des symptombelasteten Sprechers modifizierende Maßnahme: Wenn der Sprecher eine Blockade wahrnimmt bzw. wenn er meint, dass beim nächsten Wort ein Block seine Sprechflüssigkeit unterbrechen werde, soll er „in den Block hineingehen und den Block aushalten“. Anstatt mit vermehrtem Pressen zu reagieren, ist eine Sprechpause einzulegen. Diese Pause soll dahin gehend genutzt werden, dass der Stotterpatient die Zeit und die Gelegenheit hat, „nachzuspüren“, was im vorhergehenden Sprechmuster „falsch“ abgelaufen ist. In der Pause kann sich der Patient schließlich auf eine „glatte, langsame und kräftige Produktion des ganzen folgenden Wortes“ vorbereiten.

In dem nun folgenden, theoretischen Modell, das einem „Stimulus-Response-Modell“ nahe kommt, werden die Gründe, warum „Nachbesserung“ in der Modifikationsphase eingesetzt wird und als Erfolg versprechend angesehen werden kann, genauer erläutert: Das theoretische Modell differenziert das „alte Sprechverhalten“ vom „neuen Sprechverhalten“, das innerhalb der Modifikationsphase erlangt werden soll.

Theoretisches Modell: „Warum führt ‘Nachbessern’ nach einigen Monaten zum Erfolg bzw. zur flüssigen Sprechweise?“

1) Das „alte Sprechverhalten“ wird in ein „neues Sprechverhalten“ transformiert:



2) Verlagerung auf die kinästhetisch-propriozeptive Kontrolle des Artikulationsvorgangs.

Die linguistisch relevante Modifikationsphase kann mit „Zeitlupensprechen“ eingeleitet werden. Es ist dies eine Vorübung, die aber nicht in der realen Alltagskommunikationssituation angewendet wird, sondern nur in der Therapiesitzung. Die zeitliche Streckung des Gesagten soll dem Patienten vertraut machen, willkürlich gesteuert zu sprechen und ihm gleichzeitig die Zeit geben, das Sprechen als Bewegung, die sich im Mund abspielt und taktil erlebt werden kann, zu begreifen. Erst jetzt wird die „Nachbesserung“ eingeleitet, bei der eine Sprechpause von ca. zwei bis drei Sekunden nach dem gestotterten Wort einzuhalten ist. Die Pause gibt dem Patienten die Zeit, die er braucht, in Pantomime eine verkürzte Version des gerade erfahrenen Stotterverhaltens „nachzuspüren“. Außerdem soll in Pantomime eine modifizierte Version des „alten Sprechverhaltens“ in flüssiger und gedehnter Aussprache, aber noch stumm artikuliert werden. Für die Realisierung dieser beiden Schritte gilt, dass die Konzentration des symptombelasteten Sprechers auf der propriozeptiven Überwachung und Kontrolle des artikulatorischen Vorgangs liegt. Erst jetzt kann die „offene Nachbesserung“ nach der Sprechpause erfolgen. Hier soll das gestotterte Wort in „kräftiger, absichtsvoller und zeitlupenartiger Sprechweise“⁶⁴ wiederholt werden. Der „Pullout“, das „Herausziehen aus dem Block“ basiert auf der „Nachbesserungs-Phase“, die ihm unmittelbar vorgeschaltet ist. Hier kann der Patient die Kontrolle über sein Sprechen, die ihm bei der Manifestation einer retardierenden Blockade oder eines Blocks im Sinne der Stottersymptomatik verloren gegangen ist, zurückerlangen: Er hält den Redefluss an, wendet aus dieser Situation heraus „Zeitlupensprechen“ an und ist so imstande, die Fixierung zu lösen. Die modifizierte, neue Reaktion auf den Stotterblock, der bis dahin mit vermehrtem Pressen erwidert worden war, besteht darin, sich ohne Kraftaufwand in einer langsamen, nach vorne gerichteten, bewussten Bewegung aus der Stotterstellung „herauszuziehen“. Schließlich werden während der Therapie Methoden eingeübt, die darauf abzielen, bei erwartetem Stottern von Vorneherein, ohne dass sich der Stotterblocks bereits manifestiert hat, einen besseren Artikulationsansatz zu wählen. Es soll „weicher“, ohne Pressen und ohne Anstrengung artikuliert werden. Der Kernpunkt der Therapie ist, dass nicht das

⁶⁴ Ich übernehme diese Terminologie von meiner Therapeutin, die mit mir gemeinsam eine *Van Riper*-Therapie erarbeitet hat.

gesamte Sprechverhalten modifiziert wird, sondern dass die Kontrolle nur über das symptombelastete Sprechereignis ausgeübt wird, wenn es denn kommt.

8.5 Kurze kritische Bemerkung

Man erlaube mir im Folgenden einige kurze kritische Anmerkungen zu den vorgestellten Therapieformen abgeben zu dürfen:

Im Laufe meiner Untersuchungen ist mir aufgefallen, dass bei den symptombelasteten Sprechern, die ich beobachtet habe, die Modifikationstechniken, die in der jeweiligen Situation der Sprechflusshemmung dem Patienten als geeignet erscheinen, Anwendung finden. Die Selektion der Modifikationstechnik findet dabei je nach sprachlicher Situation mehr oder minder auf der Bewusstseinssebene statt. Oft wird sie von früheren, ähnlich oder äquivalent strukturierten, sprachlichen Situationen aus der langen Leidensgeschichte des Stotterpatienten gespeist. Doris erzählte mir beispielsweise, dass sie sich diese sprachlichen Situationen, in denen sie mit besonders extremen Blocks mit starker Primär- und Sekundärsymptomatik zu kämpfen hatte, genau merke. Sie könne auch nach vielen Jahren noch die Gesprächspartner und Sprechsituationen, in denen die „erbarmungslose“ Stotter-symptomatik, wie Doris sie nannte, aufgetreten sei, benennen. Bei den Modifikationsbemühungen handelt es sich um Flucht- und Vermeidungsmotive, die die Triebfedern für Modifikationstechniken aller Art⁶⁵ darstellen. Trotzdem ist der Stotterpatient scheinbar dazu in der Lage, seine spezifische Sprechweise in irgendeiner Art zu modifizieren, was für den therapeutischen Einsatz von Modifikationstechniken spricht, die ausschließlich am auftretenden bzw. heran-nahenden Symptom ansetzen. Modifikationstechniken wie sie in der Van Riper-Therapie angewendet und praktiziert werden, sind in diesem Zusammenhang jedoch deutlich von Sprechtechniken zu differenzieren, die Verfahren darstellen, die die Sprechweise in einzelnen Parametern wie Tempo, Stimmeinsatz, Stimmführung und Atemtechnik so umorganisieren, dass das Stotter-syndrom überdeckt wird. Obwohl die Wahrscheinlichkeit mit dem Einsatz solcher Sprechtechniken

⁶⁵ In diesem Kontext meine ich nicht nur die linguistischen Anpassungsleistungen, Modifikationstechniken und Hyperkorrekturen, sondern alle Bemühungen des symptombelasteten Sprechers, dem drohenden Block zu entgehen oder von einem bereits manifestierten Block in irgendeiner Form abzulenken.

meist sinkt, glaube ich nicht an eine dauerhafte Etablierung der Sprechflüssigkeit, die ausschließlich damit erzielt werden kann. Basis für eine Entwicklung von zunehmender Sprechflüssigkeit und Sprechsicherheit, die ich als miteinander interagierende Prämissen in einer erfolgreichen Stottertherapie interpretiere, ist ein offener Umgang mit dem Stottersyndrom in seiner ganzen Tragweite. Ein Überdeckungsmotiv der Symptomlastigkeit stellt für mich aber keinen offenen Umgang mit der Sprechflusshemmung dar. Die Möglichkeit, die die Van Riper-Therapie in dem Bestreben Modifikationsstrategien zu generieren bereithält, erscheint mir als Kopie der „natürlichen Umformungsneigung“ des symptombelasteten Sprechers. Die „therapeutischen Modifikationstechniken“ sind im Gegensatz zu den erst genannten aber effektiver, langfristig wirkungsvoller und nutzbringender im Hinblick auf eine nachhaltige Reduzierung bzw. Eindämmung der charakteristischen Stottersymptomatik. Da der Patient aber mit dem Modifizieren alter Sprachmuster vertraut ist, fällt es ihm relativ leicht, neue Umgestaltungs- und Veränderungsmaßnahmen zu akzeptieren und sie sich anzueignen. Aus meiner Sicht problematisch wird jedoch der Transfer des Gelernten in den Alltag. Hier erlebt der Stotterpatient oft durchwegs negative Erfahrungswerte im interaktiven Szenario, das sich mit einem symptomfreien, aber meist ungeduldig wartenden Gegenüber aufspannt und kaum über Raum für die nötige Muße und Ruhe verfügt, Redepausen, „Pullouts“ und „Nachbesserungen“ nach Erfassen des Gemeinten zuzulassen⁶⁶.

Die Intensivtherapie im Zeichen der biokybernetischen Heilmethode sieht ein sehr striktes, dem Patienten kaum Raum lassendes Übungsprogramm vor, das meist drei bis vier Wochen am Stück mit täglich vier Sitzungen an sechs Tagen in der Woche als Zielsetzung hat. Zwischen den Sitzungen muss der Patient mit dem Kassettenrekorder alle Übungen der Stunden in Eigenregie wiederholen. Nach der Intensivtherapie muss der Stotternde täglich drei bis vier Stunden auf den Kas-

⁶⁶ Alle drei meiner Probanden haben mir einstimmig bestätigt, dass die meisten der flüssig sprechenden Gesprächspartner, sobald sie den Sinn der geplanten Redeabsicht des symptombelasteten Sprechers nach oder während eines Blocks meinen erfasst zu haben, dem Stotterer ins Wort fallen oder meinen, den angefangenen Satz vollenden zu müssen. Oftmals sähen sich die Probanden sogar genötigt, Missverständnisse aufzuklären, weil der Interaktionspartner falsch gemutmaßte bzw. interpretiert habe. Doris erzählte mir, dass sie schon oft erlebt hätte, dass das Gegenüber angefangen hätte zu gähnen, wenn sie die in der Therapie erlernten Modifikationstechniken angewendet habe.

settenrekorder die Übungssätze der Sitzungen aufsprechen. Da die Übungssätze nur auf die Richtigkeit der Artikulation abzielen, und sie meist der Sinnhaftigkeit entbehren (z. B. „Lila Liesel lutscht lange Lolly“ oder „Am Abend arbeitet Anton arg“), werden sie allmählich zur nervenaufreibenden Routine.

Die Schlaffhorst/ Andersen-Therapie schenkt dem Patienten Entspannung und ein ausgezeichnetes Körpergefühl, das ihm zweifelsohne hilft, im „symptombelasteten Alltag“ durch die neu erworbene, positive Energie mit der Sprachbehinderung besser umgehen zu können. Leider werden keine oder kaum Strategien für den Patienten bereit gestellt, die er im konkreten Moment der Blockierung anwenden kann, um sich beispielsweise aus dem „stummen Block“ herauszuhelfen, der keine eigentliche Artikulation darstellt, sondern den Sprecher nur um Atem ringen lässt, um nur eine Ausprägung der vielschichtigen Symptomatik des Stottersyndroms in diesem Kontext anklingen zu lassen.

Die Heterogenität der Therapielandschaft reflektiert auch die Tatsache, dass das Stotterphänomen aus der Perspektive der unterschiedlichen Fachrichtungen wie Medizin, Logopädie, Musikpädagogik etc., um nur einige wenige zu nennen, betrachtet wird. In die Therapieansätze fließen demnach das jeweils fächerspezifische Veränderungswissen und die an die Disziplinen oft gekoppelten, institutionellen Rahmenbedingungen ein. Ein multimodaler und methodenkombinierter, therapeutischer Zugangsweg, um individuell vorliegende, problemkonstituierende Konstellationen innerhalb der Therapie zu berücksichtigen, eröffnet aber nicht nur eine Individualisierung des Therapieansatzes und ein idiografisch orientiertes Vorgehen, sondern auch die Tatsache, dass der Patient u. U. von Therapie zu Therapie pilgern muss und in der Rolle des „Versuchskaninchens“ mit so vielen negativen Erfahrungen konfrontiert wird, die keinen therapeutischen Nutzen mit sich bringen können. Die Stotterbehandlung muss auf jeden Fall problem- und personenorientiert sein und darf nicht ein „Durchpeitschen von Konzepten“ als Leitmotiv haben. Eine solche Therapieform dauert zweifelsohne eine geraume Zeit, und der Patient muss viel Geduld, Zeit und Tatkraft aufbringen.

Die Frage, welcher Therapieansatz für einen Stotterpatienten der „richtige“ ist, muss trotzdem von Einzelfall zu Einzelfall verschieden entschieden werden, je nach den diagnostizierten, spezifischen Komponenten und Faktorenkonstella-

tionen, die für die Entstehung, Aufrechterhaltung und für den Verlauf der Sprechablaufstörung von Bedeutung sind. Differenzialdiagnostik ist auf jeden Fall von äußerster Wichtigkeit.

Typische Atemtherapien gehen davon aus, dass in der symptombelasteten Sprache ein Atemdefizit vorliege, und dass der Stotterpatient erst einmal lernen müsse, richtig zu atmen. Schlaffhorst/ Andersen haben mit ihrer Therapieform die Hypothese des Atemdefizits von Vorneherein ad absurdum geführt, weil die Stimmtherapie der Sänger mit der der Stotterpatienten äquivalent einhergeht.

Schließlich können die meisten Stotterer völlig symptomfrei singen, was auch u. a. in Schulze/ Johannsen (1993: 357) bestätigt wird. Die Atem- und Stimmfunktionen beim Singen durch werden durch den größeren Stimmumfang, die längeren Atembögen, sowie den rhythmischen Gesetzmäßigkeiten, die beim Singen gelten, in besonderem Maße gefordert. Dieses „Training“, die Integration der ruhigen Zwerchfellatmung und die Regulation der durch die lange Krankheitsgeschichte des chronifizierten Stotterns im Erwachsenenalter veränderten, muskulären Spannungszuständen können, so meine ich, eine interdisziplinär orientierte Stottertherapie positiv beeinflussen. Es ist zweifelsohne sehr schwierig, die richtigen Therapieformen für den einzelnen Patienten zu finden und sie in der jeweils richtigen Gewichtung miteinander zu verknüpfen. Auch die psychischen und sozialen Bedürfnisse des stotternden Menschen sollten in alle Überlegungen bei der Wahl der interdisziplinären Gesamtheitstherapie integriert werden.

9. Patientenanamnese: Vorstellen der Versuchspersonen⁶⁷

In diesem Kapitel möchte ich meine Versuchspersonen, die Probanden Enrico, Daniela und Doris kurz vorstellen. In diesem Ansatz wurde nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, typische oder besonders extreme Fälle von symptombelasteten Sprechern im Sinne einer charakteristischen Stotterausprägung auszuwählen. Ein solches Selektionsverfahren würde nach sich ziehen, dass ein Proband den prototypischen „Idealfall“ einer Gesamtpopulation von Stotterern darstellen und verkörpern würde im Gegensatz zu einem „Extremfall“, der dann von diesem postulierten „Ideal“ bzw. von einer Durchschnitts- und Richtlinie in einem quantifizierbarem Maß abweichen würde. Der gemeinsame Schnittpunkt, den meine Probanden haben, ist, dass alle etwa gleichaltrig sind und multiple Therapie-Erfahrungen aufweisen können.

Die Daten, die als Variablen zur ersten Einschätzung des Stotterpatienten meiner Meinung nach im Hinblick auf eine sprachwissenschaftliche Untersuchung von sprechsprachlichem Material von Bedeutung sind, lauten:

1. Angaben zum Schweregrad der primären und sekundären Stottersymptome, ungefähre Angaben zur Auftretenshäufigkeit;
2. Angaben zur zeitlichen Einordnung, seit wann der Patient stottert;
3. Angaben zum Alter der Probanden⁶⁸ zum Zeitpunkt der Erhebungen;
4. Angaben darüber, welche Therapie-Erfahrungen der Proband bereits gemacht hat;
5. Angaben über die schulische Ausbildung und den beruflichen Werdegang. Eventuell können auch Angaben über Freizeitbeschäftigungen und/ oder besondere Vorlieben, Talente gemacht werden⁶⁹;
6. Angaben bezüglich der Bereitschaft des Probanden, mehr über sich und seine Leidensgeschichte zu erzählen.

⁶⁷ Ich möchte eingangs vorausschicken, dass es für meine Probanden sicherlich kein Leichtes war, mit mir offen über ihre Stottergeschichte zu reden und alle Tests mitzumachen, die ich sie gebeten hatte, mit mir durchzuführen. Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle nochmals herzlich bedanken. Ich respektiere daher auch die Bitte zweier meiner Probanden, nicht mit vollem Namen hier erwähnt zu werden. *Enrico Strathausen* hingegen bat mich, seinen Namen und alle seine Daten aufzunehmen. Mein besonderer Dank gilt auch *Stefan Baumgartner*, der mir erlaubte, bei seinen Therapiesitzungen mit dem kleinen, 7-jährigen *Voja* zu hospitieren, bis er schließlich von der Universität zu München abberufen wurde. Mein fünfter Proband *Torsten* bat mich nach den ersten beiden Sitzungen, die Testreihen nicht weiter fortzuführen.

⁶⁸ In dieser Abhandlung wird nur das Stottern beim erwachsenen Sprecher analysiert, weil in diesem Falle angenommen werden kann, dass die im Folgenden relevanten Modifikationstechniken auf einer vollständig etablierten Sprachkompetenz basieren und nicht als Fehlleistungen aufgrund eines „Nichtkönnens“ oder „Nichtwissens“ zu interpretieren sind.

⁶⁹ Diese Angaben sind insbesondere bezüglich der Fragestellung interessant, ob das Stottern den Werdegang des Probanden in beruflicher und/ oder privater Hinsicht in irgendeiner Art und Weise beeinflusst hat.

Doris:

Zu 1.: Doris zeigt schwere Primärsymptomatik, die sich meist tonisch manifestiert. Eigenen Angaben zufolge hat die Probandin längere, symptomfreie Phasen, die sich oftmals über ein bis zwei Tage erstrecken können.

Außerdem verfügt Doris über ein breites Spektrum an Sekundärsymptomatik. Besonders auffällig ist bei ihr ein Mitschlagen der geballten Fäuste auf die Oberschenkel während der gestörten Artikulation im konkreten Moment der Sprechflusshemmung.

Zu 2.: Die Probandin Doris stottert seit dem vierten Lebensjahr, ohne zeitweise auftretende Spontanremissionen in der Kindheit.

Zu 3.: Doris ist derzeit 34 Jahre alt und seit einem Jahr Probandin.

Zu 4.: Doris hat bereits eine Schlaffhorst/ Andersen-Therapie absolviert und vor zwei Jahren eine Van Riper-Therapie begonnen, aber nach drei Monaten, also relativ früh, beendet.

Zu 5.: Doris hat Psychologie und Kunstgeschichte studiert, promoviert und ist derzeit als selbstständige Psychotherapeutin tätig.

Zu 6.: Doris möchte keine weiteren Angaben zu ihrer Person leisten und anonym bleiben.

Enrico Strathausen:

Zu 1.: Enrico zeigt mittelschwere bis schwere Symptomatik, die aber stark von den Variablen „Gesprächspartner“ und „Gesprächssituation“ abhängig ist. Oftmals gestalten sich längere Passagen und Redesequenzen bei ihm völlig symptomfrei. Auffällig war, dass sich Erkältungen, grippale Infekte oder sonstige, körperliche Indisponiertheiten verstärkend auf die Stottersymptomatik auswirkten. Enrico leidet seit Jahren unter chronischer Bronchitis. Meines Erachtens zeigt Enrico starke Vermeidungsstrategien, indem er oftmals Synonyme für Wortentitäten sucht und artikuliert, die er meint, nicht symptomfrei artikulieren zu können. Enrico verfügt über einen so großen Wortschatz, dass sich kaum Wortfindungsprobleme im Zuge dieser Hyperkorrektur manifestieren können.

Zu 2.: Bei dem Patienten besteht seit dem 5. Lebensjahr ein bisher therapierestistentes, tonisch-klonisches Stottern.

Zu 3.: Enrico ist am 06.01.1979 geboren. Er ist seit drei Jahren in regelmäßigen Abständen für meine Erhebungen tätig.

Zu 4.: Seit dem Kindergartenalter wurden regelmäßige und wiederholte Therapieversuche unternommen. Zunächst bei einer in der Heimatstadt des Probanden ansässigen „Sprachlehrerin“, parallel dazu wurde eine neurologisch-psychiatrische Betreuung angestrebt. Seit dem Frühjahr 1993 erlernte Enrico autogenes Training als begleitende Entspannungstherapie, ohne eine wesentliche Änderung der Gesamtsymptomatik. Im März 1995 absolvierte Enrico als Ultimatiolösung eine dreiwöchige Intensivtherapie nach der Biokybernetischen Methode Hartliebs bei dem Stimm- und Sprachtherapeuten Ippich (†) in Hamburg. 1998 begann Enrico eine Van Riper-Therapie, die er drei Jahre lang besuchte. Derzeit ist Enrico in psychotherapeutischer Behandlung. Seit Januar 2002 absolviert er wieder eine Van Riper-Therapie zur „Auffrischung“.

Zu 5.: Enrico ist Student der Psycholinguistik, Neueren deutschen Literaturwissenschaft und Psychologie an der Universität zu München. Er hat eine Lehre als Buchhändler in seiner Heimatstadt Blankenburg/ Harz bereits erfolgreich abgeschlossen. Privat schreibt er, liest sehr viel und ist musisch talentiert.

Zu 6.: Enrico steht mir jederzeit für Fragen aller Art zur Verfügung.

Daniela:

Zu 1.: Daniela zeigt schwere Primär- und Sekundärsymptomatik im Sinne der typischen Stotterersymptomatik. Beim Vorlesen hingegen ist die Sprechablaufstörung kaum merklich.

Zu 2.: Daniela zeigt seit dem frühen Kindesalter Stotterersymptome. Sie kann aber keine genauen Zeitangaben über das Einsetzen der Sprechablaufstörung und deren Chronifizierung machen.

Zu 3.: Die Probandin ist 33 Jahre alt und war zur Zeit der Erhebung 31 Jahre alt.

Zu 4.: Daniela hat bereits eine logopädische Therapie besucht und eine Van Riper-Therapie absolviert, die auch schon einmal „aufgefrischt“ worden ist.

Zu 5.: Sie arbeitet als Beamtin.

Zu 6.: Die Probandin möchte anonym bleiben.

Teil B: Empirische linguistische Fallstudien

*„Zur Methode wird nur der getrieben,
dem die Empirie lästig wird.“
(Goethe)*

Im Folgenden sollen ausgewählte, empirische Fallstudien aus linguistischer Sicht bezüglich der Stotterproblematik untersucht und analysiert werden. Dieses geschieht zunächst auf der phonematischen Ebene, in dem Kapitel 1 mit dem Titel „Wo gestottert und modifiziert wird...“, dann bezüglich der syntaktischen Domäne im zweiten Kapitel des Analyseteils der Abhandlung und schließlich auf der pragmatischen Beschreibungsebene im Rahmen eines konversationsanalytischen Ansatzes, der im dritten Kapitel des Hauptteils eine Rolle spielt.

Es stehen grob gesehen für die Suche nach herausragenden phonematischen, syntaktischen und pragmatischen Parametern, die die symptombelastete Rede der drei Probanden tendenziell kennzeichnen, vier unterschiedliche Korpora zur Verfügung, die Daten und Materialien für Einschätzungen und empirische Analyseansätze liefern sollen. Grundsätzlich festzuhalten ist, dass alle drei Probanden die Aufnahmen stets selbst getätigt haben. Wenn ich als Interviewpartner fungiert habe, habe ich die Aufnahmen getätigt.

- 1) Sprachkassetten von den Probanden Enrico, Daniela und Doris von Vorleseproben,
- 2) Sprachkassetten, die Mitschnitte von Spontan- und Erlebniserzählungen liefern, sowie eine Nacherzählung des Märchens „Aschenputtel“ der Gebrüder Grimm,
- 3) Sprachkassetten von Dialogmitschnitten spontaner bzw. „pseudospontaner/pseudonatürlicher“⁷⁰ Interaktionen des symptombelasteten Sprechers mit

⁷⁰ Ein „heimliches“ und unbemerktes Mitschneiden von interaktiven Gesprächen ist oft schwer zu realisieren und ist insbesondere auf der Folie betrachtet, dass es sich um symptombelastete Sprecher handelt, deren Sprechproben aufgenommen werden, ethisch und moralisch meiner Meinung nach nicht zu vertreten. Das Mikrophon, das offen auf dem Tisch steht, um einen einwandfreien Mitschnitt zu gewährleisten, sorgt sehr häufig für eine Verunsicherung der Versuchspersonen bzw. für eine „Pseudonatürlichkeit“ der mitgeschnittenen Sprachproben. Auch so genannte Gebrauchsgespräche, die als Institutionen interpretiert werden können, weil sie aufgrund der Verfolgung von Handlungszielen in der Alltagssprache stattfinden, entbehren durch den be-

symptomfreien Gesprächspartnern und von Aufnahmen von Telefongesprächen. Diese Gespräche sind beispielsweise therapeutische Gespräche Enricos mit seiner Stimm- und Sprachtherapeutin in Therapiesitzungen oder Mitschnitte von Telefongesprächen, die die Probanden mit Freunden oder höher gestellten Autoritäten führten.

- 4) Schriftliche Aufzeichnungen von narrativ gestalteten, offenen Interviews, die die Kognitionen, Emotionen und eine Grundhaltung der Probanden zum eigenen Stottern als konstruierten Leitfaden der Gespräche widerspiegeln sollten. Einstimmige Aussagen beispielsweise, die alle drei Probanden äußerten, waren, dass sie vorgaben zu wissen, bei welchen Lauten sie meistens stottern würden. Auch die Tatsache, dass man sich „Therapie geschädigt“ fühle und von einer erfolglosen Therapie zur nächsten pilgere, wurde von allen Probanden einstimmig bestätigt⁷¹. Auch die Schwierigkeit, in einer durchwegs flüssig sprechenden Gesellschaft trotz der Sprechablaufstörung auch sprachlich zu bestehen, sahen alle drei Probanden.

Feinanalytisch gesehen können die drei für die linguistische Analyse relevanten Korpora folgendermaßen beschreiben werden:

Zu 1) Die Vorleseproben sind

- zwei Texte aus der Apothekenzeitschrift „Medicom“ mit den Titeln „Höchste Zeit aufzuwachen! – Fünf Tipps für Frühjahrsmüde“ und „Fit durch Bewegung“: Wenn man die Überschriften und die schlagwortartig dargelegten Mottos mitrechnet, stehen auf diesen zwei Seiten je 30 und 40 Syntagmen zur Verfügung, wobei kurze, einfach strukturierte, aber auch großzügige, komplex gestaltete Satzentitäten vorkommen. Dieses auf die

wussten Mitschnitt an „Natürlichkeit“. Trotzdem sorgte insbesondere bei den Telefonmitschnitten und Gesprächsaufzeichnungen ein echter Sprech Anlass für eine, wie ich sie nennen möchte, „Pseudonaturlichkeit“. Als „pseudonaturlich“ kann eine Sprachprobe mit eingeschränkter Natürlichkeit interpretiert werden, die bei einem Sprechtext entbehrt wird, bei dem alle interaktiven Teilnehmer einen extrakommunikativen Sprech Anlass haben. Das ist z. B. bei Rollenspielen der Fall.

⁷¹ In dieser Abhandlung standen aber die sprechsprachlichen Daten zur sprachtheoretischen Untersuchung im Mittelpunkt des Interesses. Der vierte Textkorpus diente vorwiegend dazu, Meinungen und Erfahrungswerte der drei Probanden in Interviewsituationen zu ermitteln, die auch immer wieder im Laufe der Abhandlung in die Daten gestützter Ergebnisse einfließen werden.

syntaktische Struktur bezogene Dichotomiepaar stellte auch ein Auswahlkriterium für die Texte neben der leichten semantischen Verständlichkeit dar, so dass der Leser sich vorwiegend auf die Artikulation konzentrieren kann. Die analysierten Auszüge der beiden Artikel sind im Anhang einzusehen.

- der gekürzte Text einer Seminararbeit aus dem Fach „Neuere deutsche Literaturwissenschaft“, die 1990 von mir selbst verfasst worden ist. Es handelt sich hierbei um einen Text, der Fremdwörter und Fachvokabular enthält und zweifelsohne „schwerer zu lesen ist“ bezüglich der Begriffs- und Sinnbedeutungen als die beiden ersten Texte. Vorgelesen werden sollte hier nur der Fließtext, der auf der Seite 1 der Seminararbeit beginnt, bis einschließlich Seite 3 geht und mit den Seiten 8-10 endet. Der Text wurde u. a. hinsichtlich der Prognose in der einschlägigen Forschung untersucht, dass lange, komplex strukturierte Sätze eher von Unflüssigkeiten im Rahmen der primären Stottersymptomatik betroffen seien als ihre kurzen, einfach strukturierten Varianten.

Deshalb möge hier eine kurze Oberflächen beschreibende, syntaktische Charakteristik des Textauszugs aus „Heinrich Mann: `Die kleine Stadt´ - Das Bild des Südens“ skizziert werden:

- Auf Seite 1 der Leseprobe: neun lange, komplexe Sätze mit mehreren Glied- und koordinierten Teilsätzen,
- Seite 2 weist 14 komplexe Syntagmen auf,
- Seite 3: 24 normal lange und einfach strukturierte Satzentitäten,
- Seite 8: 21 komplexe Satzentitäten,
- Seite 9: 15 Syntagmen mit normaler bis einfacher Struktur,
- Seite 10: 2 lange syntaktische Einheiten.

Die für die Analyse relevanten Seiten sind im Anhang einzusehen und nachzulesen.

- der Text „Cathérine David“ der Kulturzeitschrift Max (11/ 1997: 140). Die Vorleseprobe des Artikelauszugs enthält 43 Sätze im Fließtext, die etwa zur Hälfte komplex bzw. einfach strukturiert sind. Beim Vorlesen sollten die Überschrift und die die Artikel einleitenden einführenden Daten ausgespart werden. Auch dieser Text ist im Anhang einzusehen.
- einzelne Wörter, Satzentitäten und Einzellautreihen bzw. Reihen mit isolierten Silbenentitäten (z. B. das Aufsprechen von „Präfixverben“, „Sätze(n) mit `Schlaf`, `schlafen`, (...)“ etc.). Auch Minimalpaare (z. B. „Alm vs. allem“ sollten auf Tonband aufgesprochen werden. Diese Tests am einzelnen Wort und/ oder Syntagma sind die realistischsten hinsichtlich des therapeutischen Alltags: Auch die Therapeutin kann immer nur ein Wort/ einen Satz aus der Redesequenz des Patienten herausgreifen, um am Exempel analytisch und modifizierend vorzugehen. Die Transferleistung auf den sprechsprachlichen Alltag muss vom Patienten vorgenommen werden.
- das Märchen „Aschenputtel“ aus den „Kinder- und Hausmärchen“ (Band 1; Märchen Nr. 1-86) der Brüder Grimm (1984, Reclam: Stuttgart)

Die Vorleseproben sind jeweils zuhause, in möglichst entspannter Umgebung, ohne Beisein anderer auf Kassette aufgenommen worden.

Zu 2 und 3) Die Mitschnitte von Spontan- und Erlebniserzählungen und die Sprachkassetten von Dialogmitschnitten von interaktiven Redesequenzen, die Belegdaten für die Analysen lieferten, sind die folgenden im Anschluss dargelegt. Es sind immer nur Ausschnitte der aufgenommenen Redesequenzen verschriftlicht worden. Diese sind im Fließtext des Analyseteils der Abhandlung an entsprechender Textstelle oder im Anhang einzusehen, was jeweils gekennzeichnet worden ist. Diese Ausschnitte der Sprechsequenzen stellen Stichprobenuntersuchungen dar, die eine repräsentative Auswahl darstellen und durchaus Rückschlüsse

auf Merkmale der Gesamtheit der sprechsprachlichen Ausdrücke des einzelnen Probanden zulassen, wenn die gleichen, die spezielle Sprechsituation determinierenden Faktoren (wie z. B. gleicher interaktiver Partner bzw. ähnliche, emotionale Stimmung etc.) wieder gelten. Erinnern wir uns in diesem Zusammenhang noch einmal daran, dass die Sprechflusshemmung „Stottern“ hohe Variabilität in ihrer Symptomausprägung hinsichtlich der Parameter Häufigkeit und Schweregrad der Ausprägung von zeitlichen, situativen, personalen und emotionalen Variablen hat; - und genau diese Tatsache macht die empirische, wissenschaftliche Erfassung des Stottersyndroms so schwierig.

Sie sind chronologisch nach ihrer Verwendung in den nachfolgenden Analysen aufgeführt und mit den Angaben „Name des Probanden/ kurze Charakterisierung der Gesprächssituation/ Titel der Aufnahme, die auch den Inhalt des Gesprächs skizziert“ versehen:

- 1) Enrico, angespanntes Gespräch mit Freundin „Über die Sprachbehinderung“,
- 2) Doris, zwangsloses Gespräch mit Freundin „Über einen Ferientag“,
- 3) Enrico, Gespräch mit Therapeutin über die Sprechablaufstörung „Therapeutisches Gespräch, 10.04.1999“ und „Therapeutisches Gespräch, 03.05.1999“ und „Therapeutisches Gespräch, 12.06.1999“,
- 4) Daniela, Telefongespräch mit dem Verantwortlichen einer Werbeagentur, angespannte Sprechsituation, „Who´s perfect?“,
- 5) Enrico, „Gesprochener Brief an Christine 1“: Statt eines Briefes und einer Kassette mit Gesprächen mit Freunden „verfasste“ Enrico einen „gesprochenen Brief“ an mich, der seine derzeitige Emotionen und Stimmungen im Umgang mit seinem Stottern u. a. abbilden.
- 6) Enrico, „Gesprochener Brief an Christine 2“,
- 7) Interview mit Doris, „Frage-Antwort-Spiel“ über die Ferien, „Ferien in der Toskana“.

Deskriptive Angaben zu den obigen Korpora:

Um die Dauer und die Art der syntaktischen Strukturen der Redesequenzen der Aufnahmen adäquat abbilden zu können, welche alle Syntagmen der Redesequenzen einzeln aufgeführt und grobanalytisch beschreiben.

Zu 1) Bei dieser Aufnahme sind nur die Sprechsequenzen Enricos gut verständlich. Der Dialog gestaltet sich eher „monologisch“, weil Enrico lange Turns für sich beansprucht, sie haben z. T. jeweils bis zu zehn syntaktische Einheiten. Insgesamt wurden acht Turns analysiert. Der verschriftete Turn entspricht einem exemplarischen Beispiel, das ein Ergebnis hinsichtlich des untersuchten linguistischen Parameters stellvertretend für die restlichen Redesequenzen des Korpus abzubilden vermag.

Zu 2) Im Gespräch mit einer Freundin erzählt Doris über ihre Ferientage. Auch hier gestalten sich die Redesequenzen der Probandin lange und ausführlich. Analysiert wurden vier Turns, die je drei einfach strukturierte Satzeinheiten/ zwei einfache Syntagmen mit einem zweiteiligen Gliedsatz, vier komplexe Satzenteitäten und schließlich fünf syntaktisch einfach strukturierte Syntagmen haben.

Zu 3) Die drei therapeutischen Gespräche Enricos mit seiner Therapeutin in Van Riper'schen Sitzungen stellen umfangreiche Textkorpora dar:

Gespräch vom 10.04.1999: Enrico hat insgesamt sechs analysierte Redebeiträge, die

1. drei einfache Aussagesätze,
2. fünf z. T. komplex strukturierte Aussagesätze,
3. einen Aussagesatz mit anschließender Frage an die Therapeutin,
4. zwei Aussagesätze,
5. vier längere, komplexe Syntagmen (einen mit in der Sprechablaufstörung begründeten Satzabbruch),
6. und einen kurzen Zwei-Wort-Satz

beinhalten. Enrico erzählt, was sich an diesem Tag vor der Therapiesitzung alles ereignet hat.

Gespräch vom 03.05.1999: Enrico hat hier insgesamt drei für die Analyse relevante Redesequenzen, von denen

1. die erste insgesamt sieben relativ einfach strukturierte Satzentitäten und ein mit der koordinierenden Konjunktion „und“ mehrfach verknüpftes Syntagma aufweist („und ich hab ihn dann von Wernigerode nach Blankenburg gefahren und und ne Freundin von mir wohnt auch in Blankenburg und die wollten wir mitnehmen und er fragte mich bloß, ob er solange hier bleiben soll, und ich meine, nein (...)“, das einfach strukturiert, aber zweifelsohne von der Äußerungslänge her komplex ist;
2. die zweite zwei Sätze hat, die Antwortsequenzen zu der Frage der Therapeutin darstellen;
3. und die dritte vier komplexe Sätze

aufweist.

Gespräch vom 12.06.1999: Enrico hat während dieses Ausschnittes der Therapie-sitzung insgesamt vier Turns, von denen

1. der erste vier Syntagmen aufweist. Die letzten beiden Turns sind lange Sätze, die immer mit „und“ koordinierend miteinander verknüpft sind;
2. der zweite ein einfach strukturierter Satz ist, der mit einem Lachen beendet wird;
3. der dritte zwei Satzentitäten zeigt. Der erste davon stellt eine Aneinanderreihung vieler einzelner, einfach strukturierter Sätze dar, der zweite stellt eine Fragesequenz an die Therapeutin dar;
4. der vierte und letzte lautet: „Ne Frage hab ich noch“.

Zu 4) Das Telefongespräch, das Daniela mit einem Verantwortlichen der Werbeagentur führt, ist in vollem Umfang analysiert worden:

Insgesamt enthält das Telefongespräch 28 Redesequenzen von Daniela, die Stottersymptomatik aufweisen. Die Turns des interaktiven Gegenübers am Telefon sind nicht mitgeschnitten worden. Von den 28 Turns, die analysiert worden sind, haben 15 Redebeiträge nur jeweils einen Satz, weil entweder Unterbrechungen von Seiten des Gesprächspartners vorliegen oder Daniela an dieser Stelle einfach nicht mehr zu äußern hatte. 13 Turns weisen jeweils mehr als nur ein Syntagma auf, davon wurden:

1. sechsmal jeweils zwei Satzentitäten,
2. dreimal jeweils drei Sätze,
3. zweimal jeweils vier Sätze und schließlich
4. zweimal jeweils fünf Sätze

realisiert. Die Mischung der komplexen mit einfach strukturierten Aussagesätzen hielt sich dabei die Waage. Fragesyntagmen im typischen Sinne mit der Erststellung des *verbums finitum* und einer steigenden Intonation sind nicht realisiert worden. Auskünfte sind mit „ich wollt mich erkundigen (...)“ oder ähnlichen Phrasen eingeleitet worden.

Zu 5 und 6) Ein Auszug des „gesprochenen Briefs“ ist im Anhang einzusehen. Die in GAT und IPA verschriftlichten Sequenzen im Analyseteil sind auch analysiert worden.

Zu 7) Hier habe ich selbst die Probandin über ihre Ferien in der Toskana interviewt. Die für die linguistische Analyse relevanten Auszüge des Interviews enthalten insgesamt 11 Fragesequenzen und ebenso viele Antwortsequenzen, die jedoch mehrgliedrig sind. Ein Teil der Interaktion ist im Fließtext einzusehen.

Nachdem wir die Datengrundlage eingehend spezifiziert haben, wenden wir uns nun den empirischen, linguistischen Fallstudien zu, die in „Stottern, Modifikationstechniken und Therapiemöglichkeiten“ weitere Erkenntnisse rund um das Stottersyndrom liefern sollen.

1. Phonematische Ebene: „Wo gestottert und modifiziert wird ...“

Im Folgenden möchte ich der Frage nachgehen, ob es spezifische „Stotterorte“ gibt, die man in den Redesequenzen der einzelnen Probanden eruieren kann. Außerdem möchte ich die eigeninitiierten Modifikationsleistungen beschreiben. Hier gehe ich, wie ich bereits in den einleitenden Kapiteln skizziert habe, von den Suprasegmentalia zur segmentalen Ebene vor. Zur Beschreibung der primären und sekundären Stottersymptomatik in Einzelfallanalyse dient mir die oben grob spezifizierte Datengrundlage.

1.1 Suprasegmentale Domäne: „Gibt es typische Stotterorte?“

Hier steht die Frage im Brennpunkt des Interesses, inwieweit bestimmte, phonematische Orte für eine Manifestation der Stottersymptomatik verantwortlich sind. Weiters gilt es der Frage nachzugehen, ob sie einzeln oder zusammen mit anderen phonematischen Variablen Stottern auslösen, provozieren oder hinsichtlich der Schwere und des Ausmaßes der charakteristischen Symptomatik determinieren können. Es geht also um die Klärung von Abhängigkeiten von phonematischen Merkmalen auf der suprasegmentalen Domäne der Prosodie, die relevant ist, wenn es zutrifft, dass sich die Symptomatik des Stotterns nur bei der artikulatorischen Realisation von Lautfolgen- und Silbenübergängen zeigt.

1.1.1 Die Silbe als „natürliche Stottergröße“?

Weder in der Phonetik noch in der Linguistik im Allgemeinen herrscht Einigkeit über das Wesen der Silbe, sowie über deren Universalität. Demgegenüber steht jedoch zweifelsohne eine „intuitive Plausibilität“ der Silbe von Seiten des nativen Sprechers einer bestimmten Sprache⁷², ohne sich in realiter über den Status der Silbe als rhythmisch-artikulatorische, formal-linguistische bzw. kognitiv-psycho-linguistische Größe genau im Klaren zu sein. Schon im Zuge des Spracherwerbs ist der gängigste phonologische Prozess bei symptomfreien Sprechern, der Ausfall unbetonter Silben, genauso bekannt wie die Silbenaddition in der Kindersprache als vollständige Reduplikation von Silben, wie z. B. in Wörtern der Ammenseprache „Mama“, frz. „dodo“ für „schlafen“ oder auch „Pipi“. Während in der Erachsenensprache eine Silbensensitivität nicht mehr in eben diesem Ausmaß gegeben ist, erkennt das Kind im Laufe seines Spracherwerbs Ähnlichkeiten zwischen verschiedenen Silben und beginnt die silbische Repräsentationsebene um eine phonetische zu erweitern oder sie durch diese zu ersetzen (vgl. dazu: Berg in: Eisenberg/ Ramers/ Vater, 1992: 72). Beim pathologischen Sprachverhaltensmuster des klonischen Stotterns sind neben einer vergleichsweise geringen Anzahl an Phonemen, Wörtern und Wortverbänden meist Silben betroffen, die ein oder

⁷² Hier möchte ich auf die Diskussion hinsichtlich der sprachtypologischen Differenzierung von silben- und akzentzählenden Sprachen im Rahmen der Isochronie-Hypothese verweisen.

mehrere Male wiederholt werden müssen, bevor die Folgesilbe artikuliert werden kann. Als erstes Anzeichen des kindlichen Stotterns gilt nach weit verbreiteter Auffassung das exzessive Anhäufen von Sprachwiederholungen, die zumeist Silben sind (vgl. Van Riper, 1971; Fiedler/ Standop, 1986; Froeschels, 1982). Beim Entwicklungsstottern, das nach einigen Monaten wieder völlig abklingt und das nach der Spontanremission keine chronische Manifestation des symptomträchtigen Sprechens zwingend nach sich zieht, sind Laut-, Silben- und Wortwiederholungen charakteristisch (vgl. dazu: Fiedler/ Standop, 1986: 24).

Es ist bekannt, dass beim Vorlesen eines unbekannten Textes, sei der Rezipient nun symptombelastet oder symptomfrei, die einzelnen Wortentitäten bzw. ganze Syntagmen zunächst in Silben zerlegt werden, wodurch sich bereits eine gegliederte, hierarchische Struktur mit artikulatorischen Höhepunkten und untergeordneten Abschnitten ergibt. Davon ausgehend erfolgt die Steuerung der kontinuierlichen Bewegungen der Sprechorgane nach den gewohnten und eingespielten Automatismen.

Auch meine drei Probanden bestätigten mir diese Annahme, denn auch bei Enrico und Daniela war zu Beginn beim erstmaligen Lesen der Texte ein merkliches, aber nicht auffallendes Segmentieren in Silbenentitäten zu beobachten. Insbesondere im Text der Seminararbeit hielt Doris dieses Gliederungsbestreben durch bis etwa zur Mitte des Textes. Beim Vorlesen des Märchens „Aschenputtel“ hingegen zeigte Doris eine lang anhaltende Kontinuität der Segmentierungsleistung, die allmählich in vollkommen fließendes Sprechen überging. Auch die anderen beiden Probanden zeigten eine anfänglich sich schwierig gestaltende Leseleistung, die sich aber mit der eingangs angewendeten Segmentierungshilfe zunehmend verflüssigte.

Es war eines der grundlegendsten Anliegen der einschlägigen Forschung, genaue Orte festmachen zu können, an denen sich Stotterblocks bzw. symptomatische Auffälligkeiten beim Stottern, die sowohl linguistische, als auch paralinguistische Parameter betreffen können, tendenziell manifestieren können. Kurz gesagt, ging es und geht es immer noch um die Quantifizierbarkeit der Symptomlastigkeit und um die Möglichkeit, die Orte der Manifestation von Stottermomenten voraussagen

zu können. Im Rahmen des Loci-Ansatzes⁷³ steht zur Abklärung der Frage „Tritt die Stottersymptomatik an bestimmten Orten gehäuft auf?“ als eine unter vielen relevanten Variablen im phonetischen, syntaktischen und semantischen Bereich die folgende unmittelbar zweifelsohne im Fokus des Interesses: Vermehrtes Stottern am Wort- und Satzanfang (z. B. bei: Rommel/ Häge/ Johannsen/ Schulze, 1996; Seeger, 1986; Van Riper, 1986; Wingate, 1988 u. v. a.). Auch die Beobachtungen, die ich an meinen drei Probanden aus Spontansprachproben oder Vorleseproben ziehen konnte, erhärten grundsätzlich diese These, die mir jedoch zu unpräzise und lückenhaft formuliert ist. Schließlich gibt es auch wort- und satzmediale Blockierungen und retardierende Momente im Sprachfluss. Einzuräumen ist auch die Tatsache, dass ich oftmals bei den Äußerungen meiner Probanden festgestellt habe, dass, wenn ein Block am Wort- oder Satzanfang ganz besonders massiv auftritt, die restlichen Wort- bzw. Satzbauentitäten des Syntagmas oder auch nur die folgenden Silben des Wortes meist flüssig und symptomfrei artikuliert werden können. Diese Feststellung kann aber nur als Tendenz der Manifestation der Symptomausprägung und nicht als quantifizierbare Regularität angesehen werden. In einem Forschungsbericht der Universität Ulm von 1996 mit dem Titel „Der sprachliche Faktor beim Stottern im Kindesalter“ (Rommel/ Häge/ Johannsen/ Schulze (Nr. 58: 14) wird die These „Vermehrtes Stottern am Wort- und Satzanfang“ mit den folgenden Bemerkungen erweitert: Hiernach seien Unflüssigkeiten überwiegend bei Vokal-Konsonant-Übergängen zu beobachten. Hinsichtlich einer höheren Wahrscheinlichkeit der Auftretenshäufigkeit der Stottersymptomatik würden Konsonant-Konsonant-Übergänge keine Rolle spielen. Bei Vokal-Vokal-Übergängen werde sogar signifikant weniger gestottert. Es wird

⁷³ Die Autoren des „Loci-Ansatzes“ gehen davon aus, dass es eine Eins-zu-eins-Korrelation zwischen bestimmten Aspekten der Linguistik und dem Moment der Stottermanifestation gibt. Wichtig für die „Loci-Forschung“ ist aber auch, dass, selbst wenn der entsprechende sprachliche Faktor sich in einer bestimmten sprachlichen Position ausbildet, es noch immer nicht unbedingt bedeuten muss, dass sich dann auch die Stottersymptomatik äußern muss. Dieser Auffassung möchte ich mich gerne anschließen: Zum einen gibt es meiner Meinung nach viele sprachliche Faktoren, die in einer einzelnen sprachlichen Situation miteinander korrelieren und als eine „Allianz“ zur symptomatischen Manifestation führen können. Zum anderen wirken noch viele nicht-sprachliche Faktoren in das Triebwerk der symptomatischen Ausbildung oder Unterdrückung ein, die in einer linguistischen Bearbeitung des Stottersyndroms leider nicht berücksichtigt werden können. Deshalb sehe ich keine Eins-zu-eins-Korrelation zwischen der linguistischen Domäne und dem Moment, in dem das Stottersyndrom seine charakteristische Symptomatik ausprägt, weil eine interdisziplinäre Betrachtung diese Sicht *per se* und *per definitionem* nicht zulässt.

aber darauf hingewiesen, dass diese Befunde deutlich von den Ergebnissen bei erwachsenen Stotterern differenzieren würden.

1.1.2 Der Silbenonset als potentieller Angriffspunkt für Stottersymptomatik

Ich möchte zu Beginn meiner Ausführungen in diesem Kapitel die folgende Behauptung thesenartig formulieren:

Die Manifestation des Stotterblocks bzw. jeglicher Ausprägung einer Primär- und Sekundärsymptomatik des Stotterns findet ausschließlich rund um den Anfangsrand einer Silbe, dem so genannten Silbenonset⁷⁴, statt.

Betrachten wir zur Verifikation dieser These die folgenden Redesequenzen (Enrico, Gespräch mit Freundin „Über die Sprachbehinderung“⁷⁵, Kassettenzählwerk 578).

Da hier zum ersten Mal ein Auszug des Textkorpus zur linguistischen Analysearbeit herangezogen wird, möchte ich an dieser Stelle kurz die Konventionen, die die Verschriftung der sprechsprachlichen Daten betreffen, darlegen:

1. Es wird nun und im Folgenden an konventionalisierte Verschriftungssysteme angeknüpft: Hier spielen das „Gesprächsanalytische Transkriptionssystem (GAT)“ und die IPA-Transkription, die die phonetisch-phonologische Argumentation darstellen soll, eine wesentliche Rolle;

⁷⁴ Die genaue Positionierung werde ich im Folgenden genauer erläutern. Jetzt und im weiteren Verlauf der Abhandlung werde ich aber immer von der Manifestation des Stotterblocks „**auf dem Silbenonset**“ sprechen.

⁷⁵ Ich hatte Enrico diesbezüglich gebeten, ein mehr oder weniger spontanes Gespräch mit Freunden oder Bekannten über sein Sprachdefizit zu führen. Im Laufe der nun folgenden Sequenz wird auf dieses Gespräch, das an einem Dienstag stattfand, Bezug genommen. Enrico spricht mit einem Mann, den er bei seiner Tätigkeit als Buchhändler im Buchladen näher kennen gelernt hatte, über sein Stottern. Den Verlauf dieses Gesprächs schildert er nun einer Freundin. Dieser Dialog wurde auf Kassette aufgenommen, wo bei nur Enricos Sprechsequenzen mitgeschnitten worden sind.

2. Die Markierung der primären Stotterphänomene ist nicht standardisiert, sondern von mir festgelegt worden, weil hier in der einschlägigen Forschung keine etablierten Verschriftungssysteme vorliegen:

- a) Tonische Blockierungen, die „stumme Blocks“ darstellen, also nicht auditiv, aber visuell wahrnehmbare Symptomaten, die den Sprechfluss für einige Sekunden anhalten bzw. die die charakteristische „Starre“ und „stumme Pressversuche“ im Sprechablauf erkennen lassen, werden mit Unterstreichungen markiert.
- b) Bei besonders lang anhaltenden, klonischen Blocks sind die Stotterphänomene unterstrichen und fett gedruckt.
- c) Klonisches Stottern, das durch die typischen „hämmernden“ Wiederholungen von Lauten, Silben oder ganzen Wörtern gekennzeichnet ist, wird durch genaue Transliterationung eben dieser Wiederholungen markiert: z. B. „mamamamm“.
- d) Die den Stottervorgang begleitenden Auffälligkeiten wie die Parakinesen und die unüblichen Bewegungen der Hals- und Gesichtsmuskulatur, der Extremitäten etc. sind nur in den Einzelfällen in Klammern berücksichtigt worden, wenn die Verbalisierungen auf die Sekundärererscheinungen direkt schließen lassen bzw. sie diese unmittelbar determinieren. Da nur Tonband- und keine Videoaufnahmen vorliegen, war dies technisch auch gar nicht anders möglich. Eine umfangreiche parakinesische Analyse am Einzelfall wurde auch den Rahmen dieser linguistischen Arbeit sprengen.
- e) Bei den phonetischen Analysen wurde der IPA-Zeichensatz von Berg „Wie man´s spricht [vi:mansʃpriçt]“, eine Software als Eingabehilfe für phonetische Schriftzeichen, benutzt.

Kommen wir nach diesem kleinen Exkurs zur Darstellung der Redesequenz Enricos:

```

01  E:  'also bei freun (.)den bleib 'ich 'immer etwas
02      schü:ch. tern (.) würd ich sA:.gen; (.) bei 'i:m hab
03      'ichs 'aus.pro.pI:rt am ti.nstAk (---) dA:s wa:r wI:..der
04      KlonischE:s Stottern (---) o:der warst to:..nisch (.)
05      nE: s war =klonisch (.) wo wir uns be:.grÜßt hatten (.)
06      'al.so 'ich muss da.ZU: sagen <<acc>=er kommt nicht aus
07      werniger(.)> ro:de 'und und 'ich nun ma:l 'aus =blanken-
08      burg76.

```

Wir sehen: In der Redesequenz tauchen 17 Stotterblocks auf, davon fallen alle auf Silbenanfangsränder. Dabei wird deutlich, dass sich die Blocks auch wortmedial manifestieren können, fünf von diesen 17 Stottermomenten etablierten sich auf dem Anfangsrand der Antepänultima- bzw. Pänultimasilbe der jeweiligen Wortentität. Bei „Wernigerode“ wird der [r]-Laut geminiert zwischen der drittletzten Silbe und der Antepänultimasilbe, indem er doppelt artikuliert wird. Der Block manifestiert sich aber dennoch nur auf dem Onset der Antepänultima und nicht etwa, wie zu erwarten wäre, bei der Erstartikulation. Feinanalytisch gesehen treten

⁷⁶ Aus dem Kontext konnte ich entnehmen, dass dieser Mann aus Wernigerode kommt. Die Negation der obigen Aussage kann ich mir in zweierlei Hinsicht erklären: Zum einen kann es sich um einen Versprecher handeln, zum anderen kann Enrico einen bevorstehenden Block vermeiden, indem er einfach ein anderes Wort in das Syntagma einbaut. Meist werden zwar Synonyme an die Stelle des eigentlich geplanten Wortes gesetzt, aber z. B. bei Eigennamen muss sich der Stotterer ein anderes Kaschierungsverhalten einfallen lassen. Hier wählt Enrico die Verneinung seiner Aussage. Diese Möglichkeit halte ich für wesentlich wahrscheinlicher, weil ich mich mit Enricos symptomatischen Sprechverhalten - und dazu zählen zweifelsohne auch die Flucht- und Vermeidungskognitionen, die mit dem Stottern begleitend einhergehen, - über Monate eingehend beschäftigt habe. Die Negation als Vermeidungsstrategie taucht, so meine ich, oftmals in Enricos sprechsprachlichen Verhalten auf, meist revidiert er aber unmittelbar nach der Artikulation seine Aussage wieder. Hier zeigt sich die Schwierigkeit, alle, die das Stottern unmittelbar umgebende Sekundärerscheinungen adäquat zu deuten. Oftmals muss man sich leider zweifelsohne mit spekulativen Interpretationen zufrieden geben. Sensitive Wahrnehmung und eine über einen längeren Zeitraum verlaufende Beobachtung eröffnen dem Analysten aber sicherlich ein breit gefächertes Spektrum an Interpretationsmöglichkeiten, die bei der idiografisch orientierten Untersuchung des Stottersyndroms ein erweitertes Bild dieser Sprachablaufstörung liefern können.

sieben Blockierungen an vokalisch anlautenden Silben auf, denen ein glottaler Verschluss vorgeschaltet ist. Sieben weitere sind an mit Plosiven anlautenden, phonetischen Positionen zu eruieren. Jeweils ein Block manifestierte sich auf den Lauten [ʃt], [v] und [r].

Betrachten wir nun eine weitere Sprechsequenz diesmal von Doris, die hier mit einer guten Freundin (F) unbeschwert über einen Ferientag spricht (Kassettenzählwerk 078)⁷⁷:

01	F:	was habt ihr denn dann gemAcht =an dem TAK?
02	D:	wir sind dann mit dE:m trE:t.BO:t hinaus.ge:=fa:hren;
03		' es war zzzzzIE:m.lich wwellig ´an die:.sem TA:g ; mir
04		wars dann auch ein biss(.)chen schlecht, wwwweil das
05		BOOt machte ja bbbum (.) bum bum, wenn es mit den wellen
06		so so: (2.0) zu:.SAmmen.KA:m,
07	F:	du hast je eh: vor wAsser angst (lacht etwas, ca. 1 Se-
08		kunde lang)

Diese Sequenz beinhaltet 16 Stotterblocks, die sogar teilweise ein klonisches Erscheinungsbild abgeben. Wieder sind alle Störmomente im Redefluss im Sinne der stottertypischen Symptomatikmanifestation ausschließlich auf den Silbenonsets zu finden. Drei Blocks sind dabei unmittelbar innerhalb der Wortentität, also wortmedial, manifestiert.

Dieses Ergebnis mit einer Auftretenshäufigkeit von 100 % hat sich bei allen Sprachproben und bei allen meinen Probanden immer wieder bestätigt. Diesbezüglich untersuchte ich beispielsweise zwei Vorlesetexte, insbesondere deshalb weil somit gleiche Sprechtexte bereitgestellt werden konnten. Ich ließ mit von allen Probanden die oben aufgeführten Vorlesetexte („Fit durch Bewegung“, „Ca-

⁷⁷ Da es bei den meisten Stotterpatienten relevant ist, mit wem sie über was sprechen, verweise ich immer genau auf die Diskurssituation, stelle den Dialogpartner vor und erkläre die kontextuelle Einbettung der Sprechsequenz. Hier reagiere ich auf die hohe Variabilität der Sprechflusshemmung „Stottern“ in Abhängigkeit von zeitlichen, situativen und personalen Variablen.

therine David“) auf Kassette aufsprechen. Die Ergebnisse sind in der nun folgenden Tabelle kurz skizziert:

Tabelle (5): „Skizze der Ergebnisse bezüglich der Vorlesetexte“

Text	Testperson	Manifestation des Stottermoments auf dem Silbenonset	Manifestation des Stottermoments nicht auf dem Silbenonset
„Fit durch Bewegung“	Enrico	268	0
	Daniela	109	0
	Doris	412	0
„Caterine David“	Enrico	289	0
	Daniela	89	0
	Doris	689	0

Das Ergebnis der Tests ist wirklich eindeutig und kann als einschlägig repräsentativ gewertet werden.

Daraufhin habe nach plausiblen Erklärungsmodellen gesucht, die meinen empirischen Befund sprachwissenschaftlich rechtfertigen können. Hier bieten die Errungenschaften der phonologischen Silbentheorie und die Relevanz des theoretischen Silbenbegriffs Ansätze, die auf die Anwendungsdomäne „Stottern“ scheinbar appliziert werden können: Generell können nämlich die Silbenonsets durch den Kontrast mit dem Silbenreim⁷⁸ definiert werden, der eine Maximierung der Sonorität, die wiederum mit den Parametern „Klangintensität, Stimmhaftigkeit und Lenisierung/ Fortisierung“ charakterisiert werden kann, in seinem obligato-

⁷⁸ Im Konstituentenmodell, das auf dem Kontrast von Anfangsrand und Reim aufbaut, besteht der Reim aus einem sonoren Kern, dem Silbennukleus, und dem Endrand.

risch vokalischen Kern bzw. Nukleus aufweist. Die relative Lautstärke und Schallfülle der Sonorität stehen in inverser Skalierung zur konsonantischen Stärke, die im Idealfall einer wohlgeformten „TrogSilbe“⁷⁹ streng monoton zunimmt, wenn sie aus dem phonetischen Bereich des Nukleus heraustritt und in den des Endrandes der entsprechenden Silbe hineingeht. Auch das Prominenzprofil der Silbe nimmt vom Nukleus zu den Rändern hin ab.

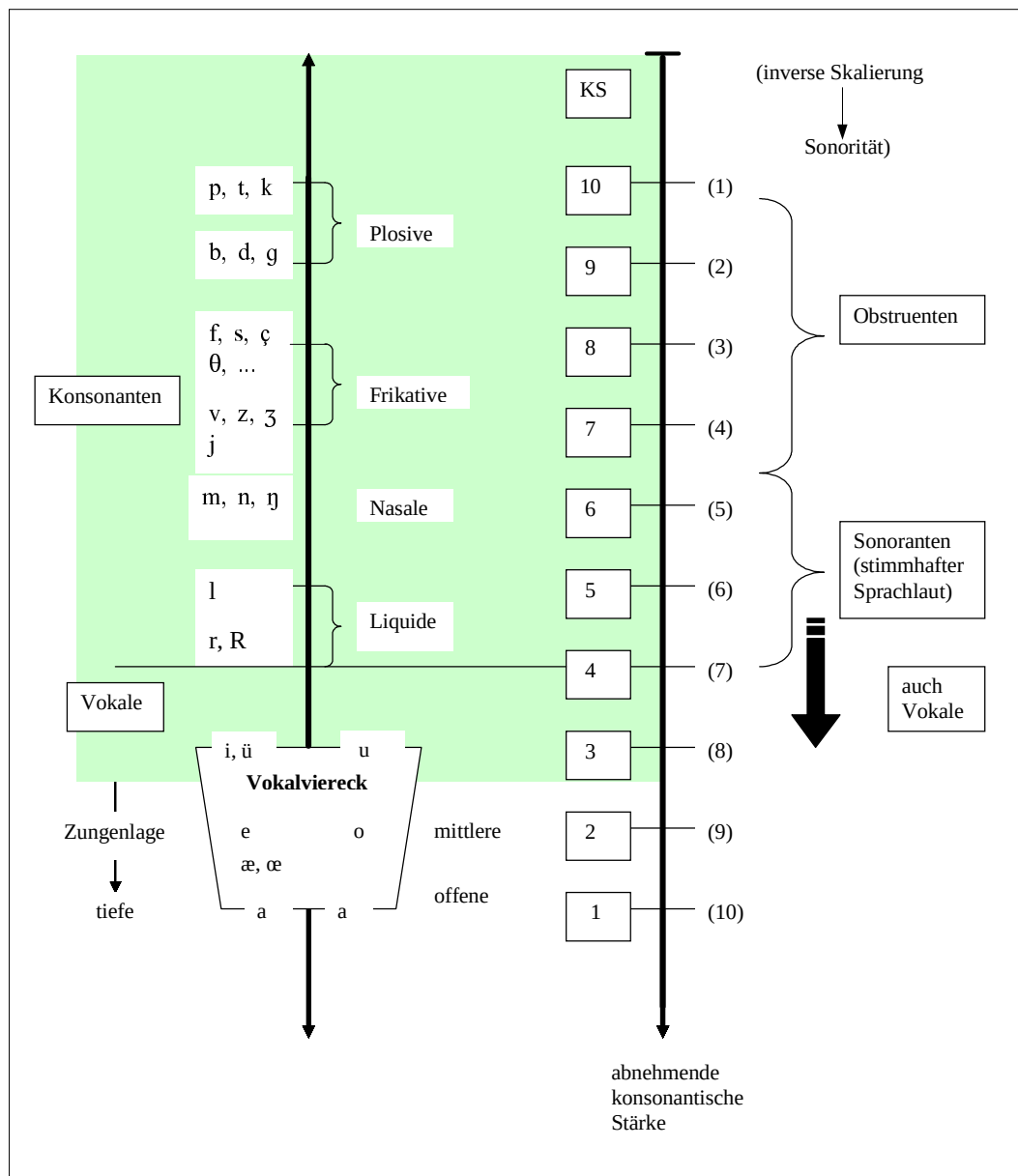
Die folgende Grafik möge die arithmetischen Zahlenwerte der konsonantischen Stärkeklassen, die dem jeweiligen Einzellaut zugewiesen werden, bzw. die die Sonoritätswerte in Zahlen ausgedrückt abbilden, darstellen.

Darauf aufbauend stelle Grafik (5) die Sonoritätswerte bzw. die konsonantischen Stärkeklassen in inverser Skalierung dar, die die einzelnen Punkte der Kurve der wohlgeformten „TrogSilbe“ bilden. Die Kurve fällt nach der artikulatorischen Realisation der Onset-Position streng monoton ab, bis sie schließlich im Moment der Nukleus-Position ihre „Talsohle“ erreicht und steigt wieder streng monoton an, bis sie an der Offset-Position angekommen ist.

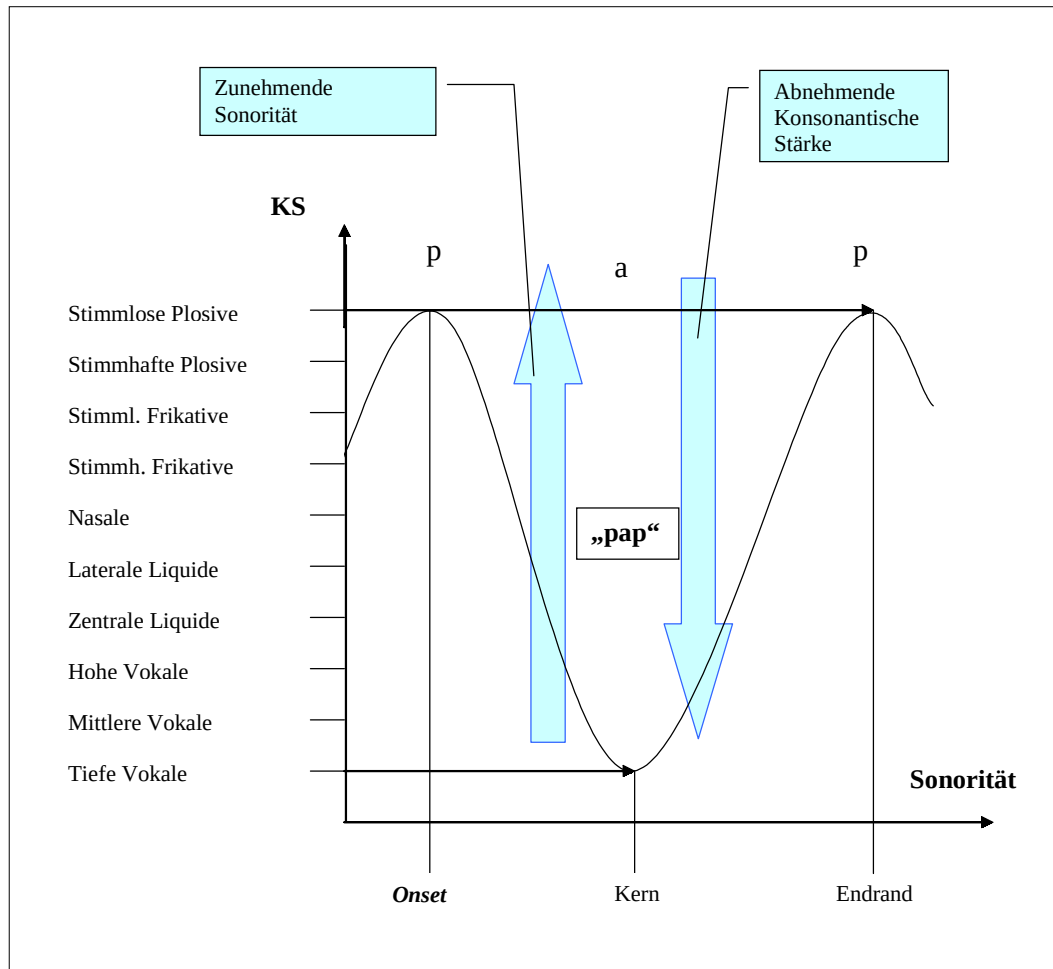
In der synthetisch konstruierten Entität „pap“, die eine solche TrogSilbe repräsentieren möge, werden die Onset- und Offset-Positionen jeweils mit dem [p]-Laut besetzt, der den arithmetischen Wert der konsonantischen Stärkeklasse („KS“) mit (10) darstellt. Der Nukleus weist den KS-Wert (1) auf und wird durch [a] repräsentiert. Die Grafik (5) diene den folgenden Grafiken (6, 6a, 6b) als theoretisches Grundgerüst, die dann die möglichen Positionierungen der Blockaden und Störmomente im Sinne der primären Stottersymptomatik veranschaulichen mögen.

⁷⁹ Die TrogSilbe ist das „Idealbild“ der Silbe schlechthin und ist begründet in den *Vennemann*’schen Silbenstrukturpräferenzgesetzen, die für alle Sprachen gelten.

Grafik (4): „Skala der konsonantischen Stärke bzw. der Sonorität“



Grafik (5): „Skala der Sonorität, abgebildet am Silbenprofil der wohlgeformten ‚Trog­silbe‘“



Die Abbildung (6) möge aufbauend auf Grafik (5) eine mögliche Positionierung des Stotterblocks bzw. der Fixierungen auf dem Silbenonset als potentiellen Angriffspunkt für symptomatische Störmomente im Redefluss grafisch veranschaulichen:

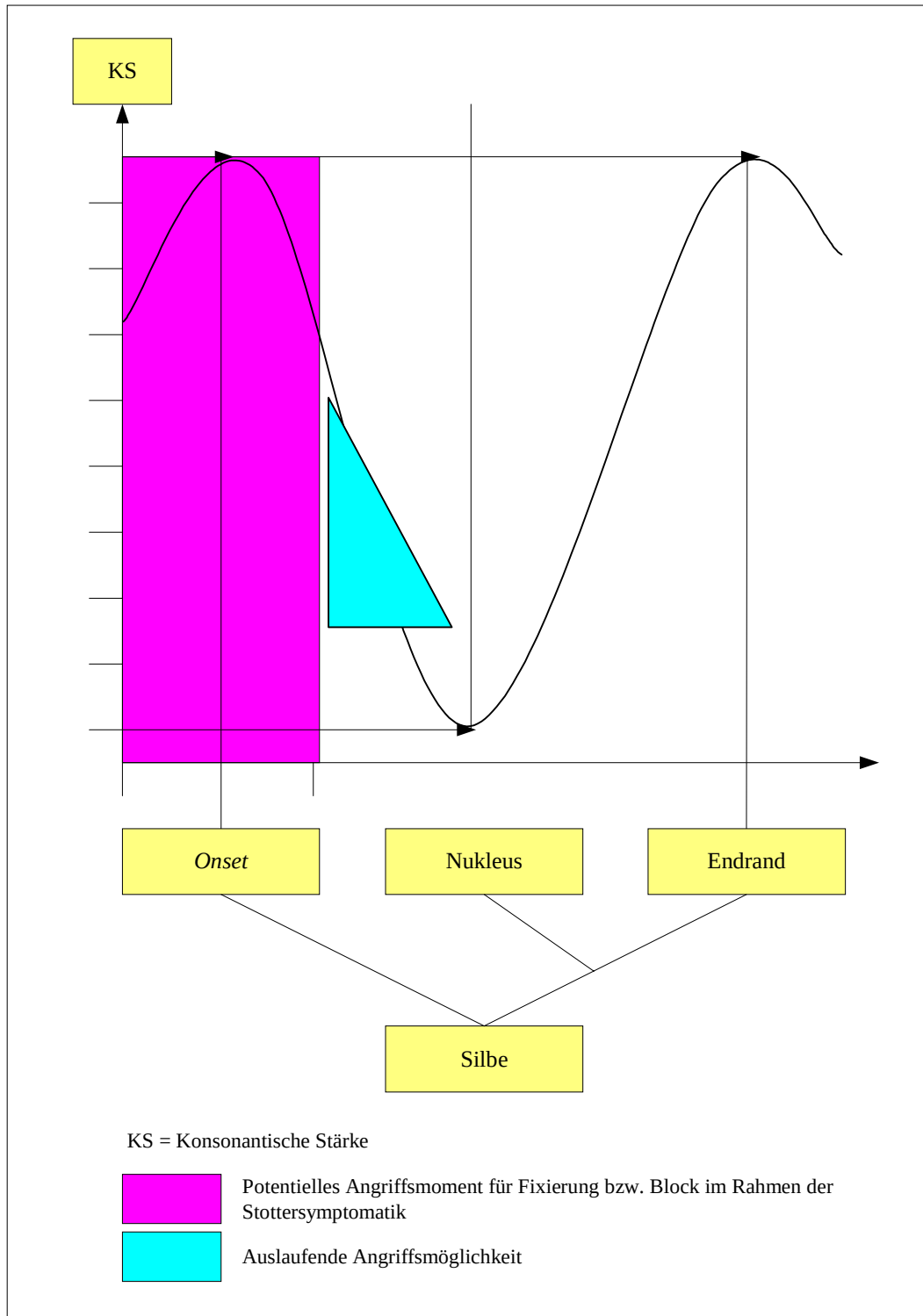
Hier ist die Entität „pap“ monosyllabisch repräsentiert und isoliert von kontextuellem, phonematischem Material zu betrachten: Wir sehen hier, dass die Möglichkeit der Manifestation einer Blockade am größten an den Positionen mit höchstem KS-Wert ist. Je sonorer das phonetische Material wird, desto geringer gestaltet sich die Angriffsmöglichkeit des Stotterblocks.

In Grafik (6a) wird ein tiefer, prolongierter Vokal als Nukleus eines Ausschnitts einer polysyllabischen Entität der Form [papapa(...)] angenommen. Es sollen hier die Auswirkungen auf die Positionierung der Blockade dargestellt werden, die sich durch die Schaltung dieser Nukleus-Variante ergeben kann.

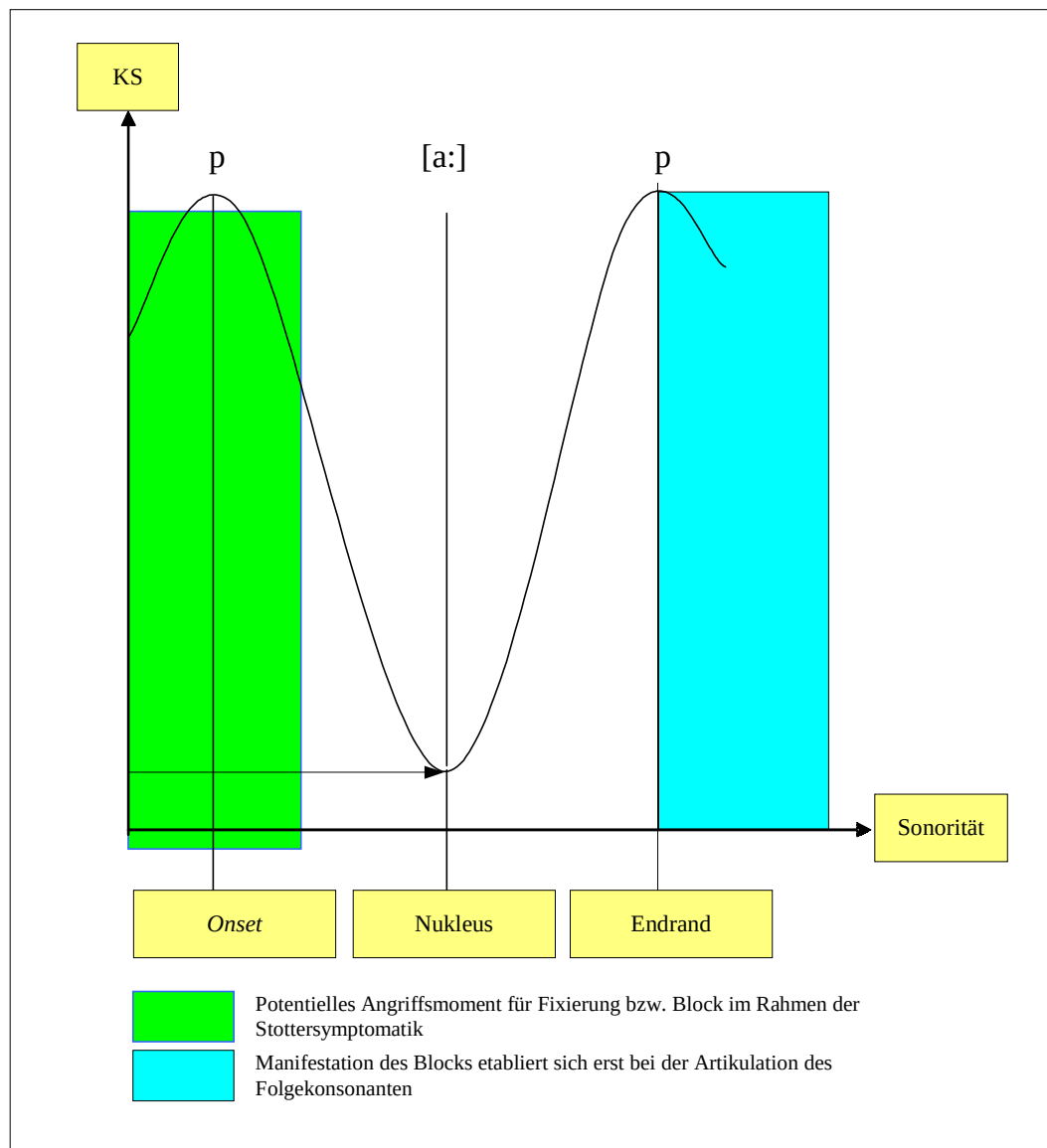
Die Prolongierung des Vokals syllabifiziert die Entität in äquivalente Segmente, die offenen Silbenstatus haben. Dargestellt werden soll hier, wann die Onset-Positionen auslaufen bzw. beginnen.

Ebenso verhält es sich in der Grafik (6b), in der ein tiefer, quantitativ kurzer Vokal als Füllelement des Silbenkerns in einer isolierten Silbenentität angenommen wird. Wir erkennen hier, dass der kurze Vokal eine frühere Etablierung des Onsets der Folgesilbe provoziert. Schon im „Auslaut“ des Vokals baut sich das konsonantische System des Anfangsrandes der folgenden Silbe neu auf. Hat die Onset-Position ihre maximale Ausdehnung erreicht, ist die Angriffsfläche größer, auf der sich der Stotterblock und sekundäre, symptomatische Erscheinungen manifestieren können.

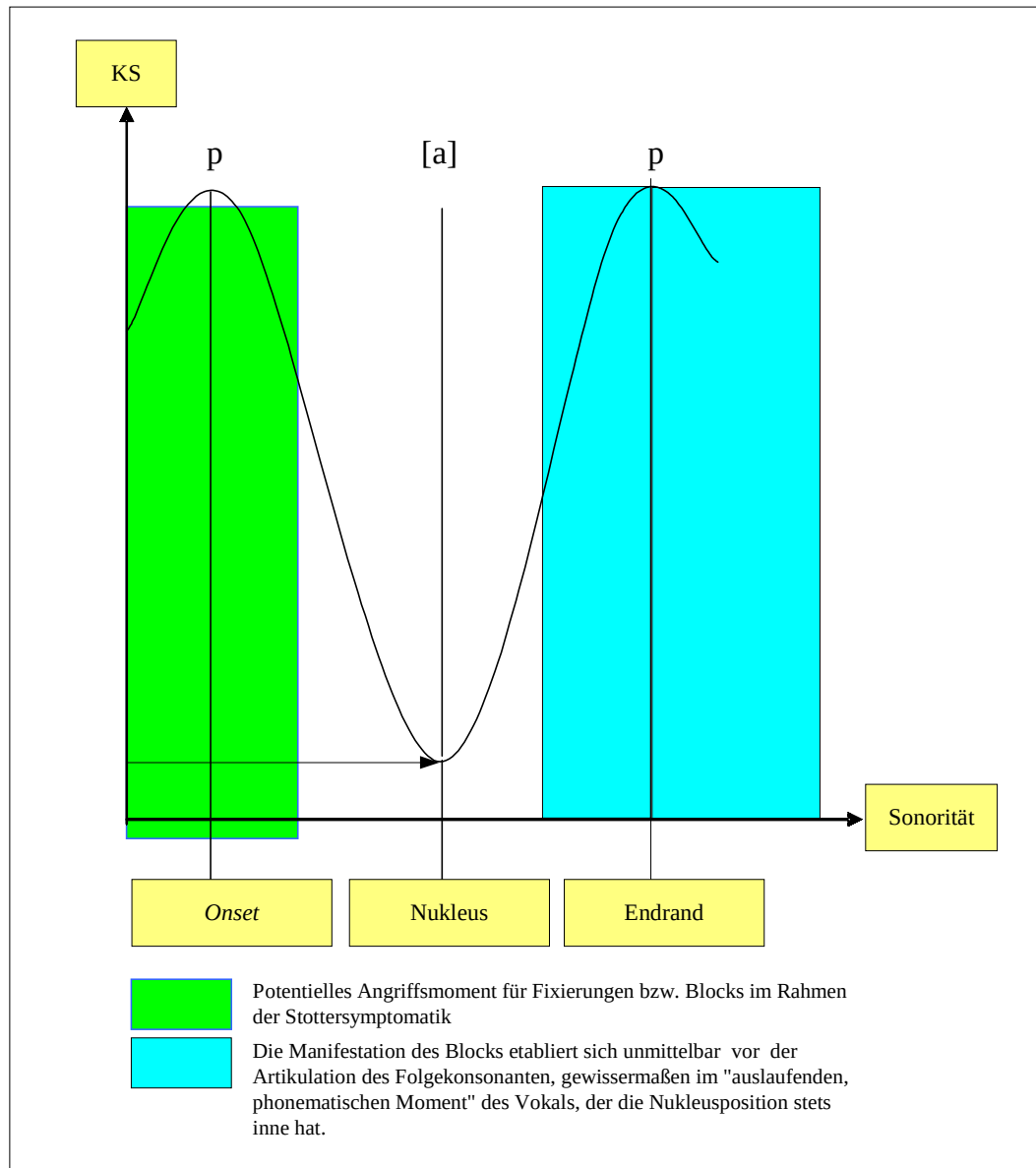
Grafik (6): "Grafische Darstellung der möglichen Positionierung des Stotterblocks auf dem Anfangsrand der wohlgeformten 'Trogsilbe'"



Grafik (6 a): „Positionierung des Stotterblocks beim tiefen, prolongierten Vokal“



Grafik (6 b): „Positionierung des Stotterblocks beim tiefen, quantitativ kurzen Vokal“



Um eine genaue Positionierung der Ausbildung des symptomatischen Erscheinungsbildes wenigstens theoretisch ausmachen zu können, diene uns ebenfalls das klassische Silbenprofil mit kontrastivem Anfangsrand und Reim. Der Block selbst kann, wie oben bereits mehrfach erwähnt, -grob gesagt- rund um den Onset gehört und auditiv wahrgenommen werden, die Sekundärsymptomatik mit allen ihren Varianten der muskulären Grimassierungen im Gesichts-, Hals- und Brustbereich, um hier nur einige wenige zu nennen, kann rund um den Anfangsrand der Silbe visuell erkannt werden. Feinanalytisch gesehen kann sich der Block aber auch ein wenig vor und/ oder unmittelbar während der Onset-Artikulation manifestieren, aber auch noch auslaufend bis maximal zum Nukleus hin, je nach dem, ob der anschließende Nukleus von einem hohen, mittleren oder tiefen Vokal gebildet wird. Wir haben in der Abbildung (4) bereits gesehen, dass die hohen, mittleren und tiefen Vokale unterschiedliche KS-Werte für sich beanspruchen. Je nachdem, wie hoch der KS-Wert bzw. der Sonoritätswert in inverser Skalierung ausfällt, wird sich auch der Block weiter nach vorne oder hinten positionieren. Also ist der Übergang vom Onset zum Nukleus auch noch potentieller Angriffspunkt für etwaige Störmomente im Sprachfluss und/ oder für Sekundärsymptomatik wie wir in der obigen Abbildung sehen. Auch wortmedial ist der Umschlag zwischen Crescendo und Decrescendo noch im Spannungsfeld integriert, je nach dem, ob der Vokal im Silbenkern prolongiert ist oder nicht⁸⁰.

Hier eröffnet sich uns die Relevanz der Silbenschnittopposition in der Tradition Vennemanns (1994): Das Decrescendo der betonten, ersten Silbe in einer trochäischen Entität fällt bei scharfem Schnitt auf die Folgesilbe, die mit einem konsonantischen Anfangsrand beginnt. Bei sanftem Schnitt liegt das Decrescendo noch auf der vokalischen Position.

Im Nukleus selbst zeigt sich keinerlei Symptomatik, anscheinend korreliert die Symptomanfälligkeit mit einer Abnahme der Sonorität, die bis hin zur völligen Konstituierung der konsonantischen Stärke geht⁸¹. Daraus ergibt sich aus lin-

⁸⁰ Den Problemkreis der prolongierten Vokale im Silbennukleus werde ich in Kapitel 1.2.1 dieser Arbeit mit dem Titel „Die Vokalmodifikation auf dem Silbenonset“ ausführlich besprechen.

⁸¹ Beim vokalischen Wort- bzw. Silbenanfang ist ein glottaler Verschluss dem Nukleus vorgeschaltet, der die Position des Silbenonsets einnimmt. Man erkennt den Glottisverschluss beim Symptomträger an der dem Vokal vorgeschalteten Stottersymptomatik. Die genaue Darstellung dieses Phänomens findet sich im Folgekapitel dieser Arbeit.

guistischer Sicht eine durchaus anzuerkennende Korrelation zwischen der Skala der Sonorität mit der Ansatzrohröffnung, die sich zweifelsohne nur sehr schwer beweisen lässt, weil pulmonale und glottale Parameter, also die Faktoren „subglottaler Druck“ und die „Öffnung der Glottis“, eine wesentliche Rolle spielen. Dennoch, so meine ich, zeigt sich die Tatsache, dass im Großen und Ganzen durchaus ein natürlicher Zusammenhang zwischen dem Konstriktionsgrad und der abgestrahlten Schallenergie besteht, wie uns die pathologische Anwendungsdomäne „Stottern“ zu zeigen vermag. Eine differenzierte Skalierung ist aber zweifelsohne nur schwer zu realisieren.

Es ist also soweit nachweisbar und nachzuvollziehen, dass die Silbe als instrumentelle Beschreibungsentität im pathologischen Rahmen des Skizzierens des idiografisch gesichteten Stottersyndroms eine durchaus relevante Rolle spielt. Ganz im Gegensatz zu Berg (1992) möchte ich aber der Silbe hier auch den Status einer „natürlichen Stottergröße“ verleihen, nicht jedoch ohne einführend darauf hinzuweisen, dass der Stotterer durchaus in der Lage zu sein scheint, eigene Silbenbaugesetze zu generieren.

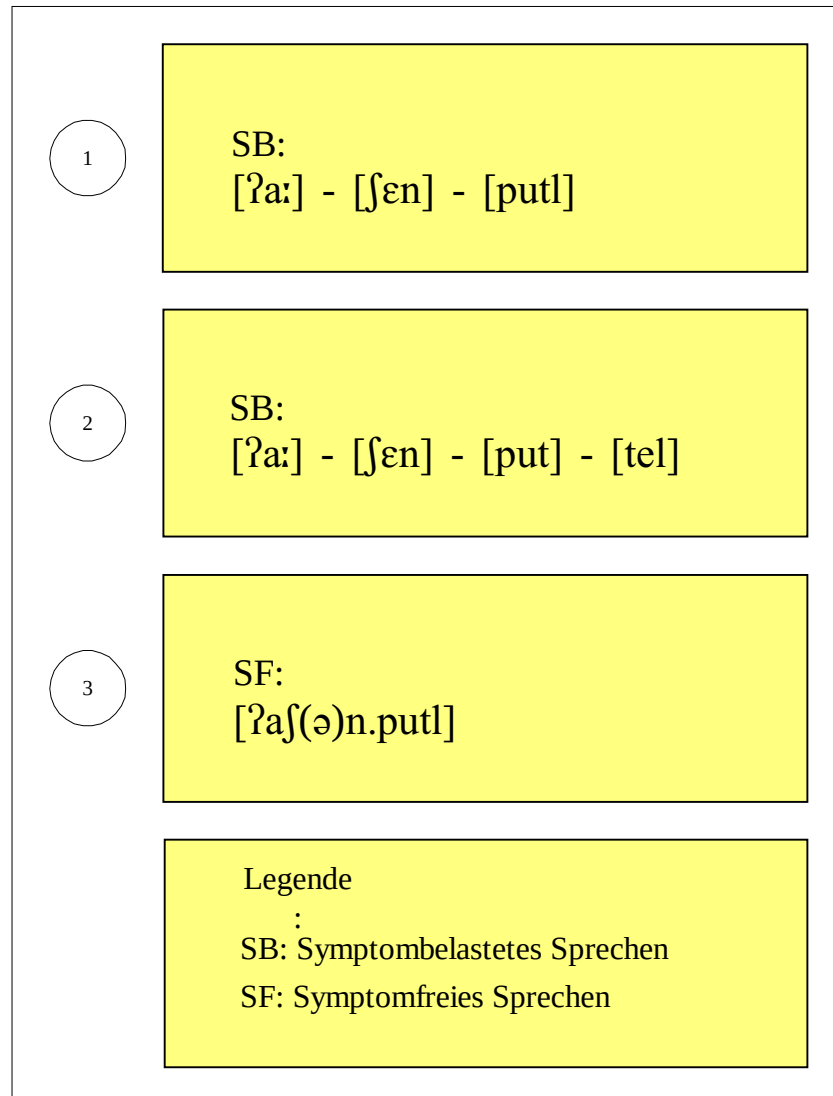
Hierzu möchte ich folgendes Beispiel anführen: Ich ließ meine Probandin Doris das Märchen „Aschenputtel“ frei nacherzählen. Diese Märcheninterpretation, die allein, ohne Beisein anderer erzählt worden ist⁸², wurde auf Kassette aufgenommen. Auffällig dabei war, dass „Aschenputtel“, welches 98 Mal sprachlich erwähnt wurde, 84 Mal dreisilbig als „A⁸³-schen – putl“, also „[ʔa.ʃɛn.putl]“, und nur 14 Mal als „[ʔaʃn.putl]“ artikulatorisch realisiert worden ist. Bei der ersten Syllabifizierungsvariante wurde 32 Mal von diesen 84 Realisierungen im Zuge einer von mir angenommenen Hyperkorrektur „Aschenputtel“ als [ʔa.ʃɛn.put.tel] nach jeweils starken Initialblock beim glottalen Verschluss produziert. Die Vokalphonation wird von der Forschung als besonders symptom anfällig für Stottermanifestation angesehen, und in der logopädischen Praxis wird viel Zeit darauf verwendet, Vokaleinsätze durch ein „weiches Lösen der Blockierung“ zu

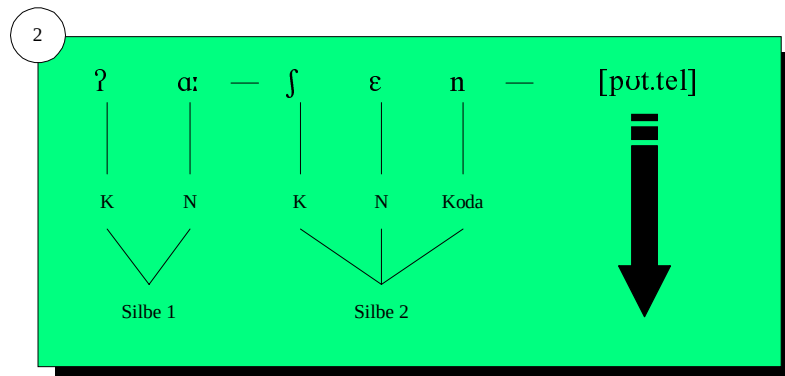
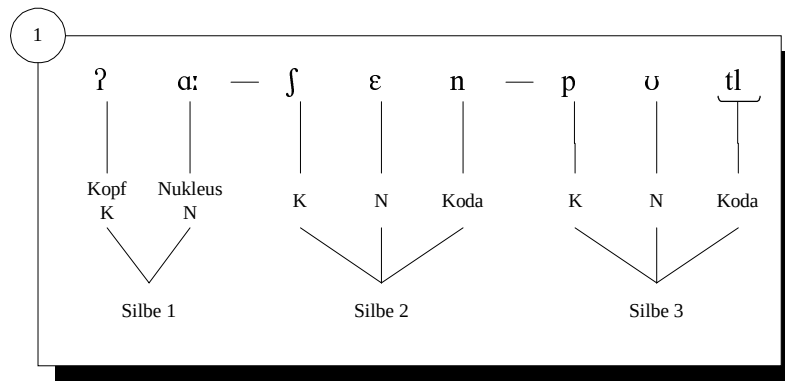
⁸² Ich bin mir durchaus bewusst, dass eine erhebliche Differenzierung zwischen der Stottersymptomatik bei Monologen ohne Zuhörern und Dialogen mit Gesprächspartnern berücksichtigt werden muss. In diesem Kontext kommt es mir aber nicht auf die Schwere des Stotterns an, sondern auf den Umgang des symptombelasteten Sprechers mit der Syllabifizierung von Wortentitäten, ganzen Wörtern und sogar Syntagmen.

⁸³ Dem Initialvokal war dabei ein glottaler Verschluss vorgeschaltet, der deutlich durch ein Knackgeräusch zu vernehmen war.

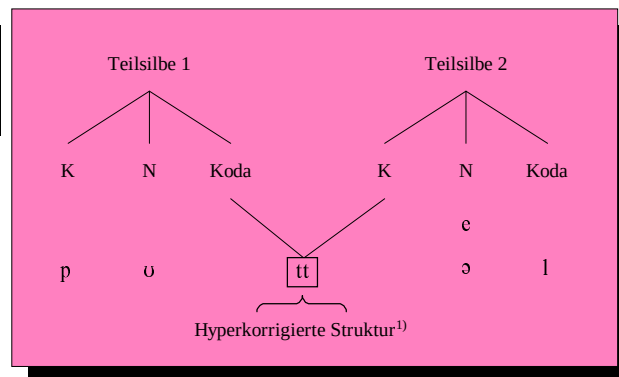
üben. Das „Harte“, das damit dem Vokal gewissermaßen „unterstellt“ wird, ist dem Vokal aber gar nicht zueigen, denn als artikulatorische und damit hier relevante Charakteristik kann die ungehinderte Luftpassage durch das Ansatzrohr angegeben werden: Die für die Artikulation benötigte, pulmonale Luft kann beim Approximanten ohne Hemmnis in Form von Verschlüssen oder Reibungen durch das Ansatzrohr egressiv entweichen. Abstufungen bezüglich des Öffnungsgrades, die binäre phonologische Oppositionen zur Beschreibung von z. B. eines offenen [a:]-Lautes in „Rat“ und eines engeren, geschlossenen [u:]-Lautes in „Ruhm“ erlauben, spielen, so meine ich, auf der Folie des Problemkreises „Stottern und der Ermittlung von stotterrelevanten, phonetischen „Orten“ eine vergleichsweise geringere Rolle. Interessanter ist, so meine ich, das kontrastive Moment des Glottal Stopps, der dem Vokal unmittelbar vorgeschaltet ist und durch totalen Verschluss in Opposition zur Öffnung des Vokals charakterisiert werden kann. Ich möchte das Beispiel „Aschenputtel“ im Folgenden näher analytisch betrachten. Zu diesem Zweck habe ich unten bei allen drei Varianten der silbischen Strukturaufteilung nichthierarchische Silbenmodelle in einer anschaulichen Grafik herauszustellen versucht:

Grafik (7): „Drei Varianten der silbischen Strukturaufteilung am Beispiel ‘Aschenputtel’“:

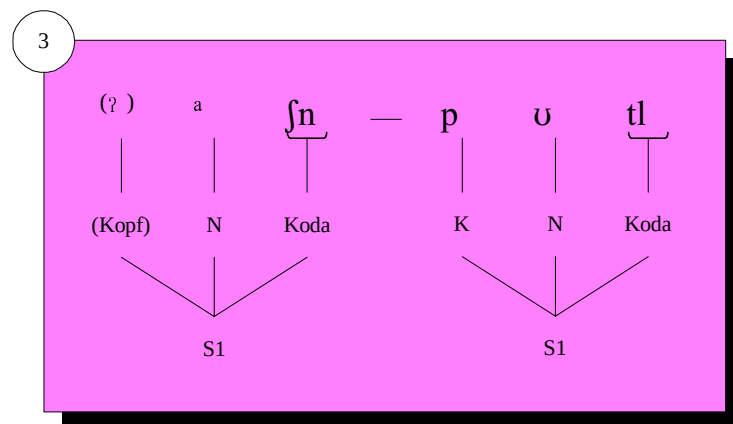




¹⁾ Die Geminierung des Segmentes ist hier realisierte Hyperkorrektur.



Bei der Variante (3) der möglichen Silbenmodelle, die als die reguläre, von symptomfreien Sprechern bevorzugte zu interpretieren ist, setze ich den silbeninitialen, glottalen Verschluss in fakultative Klammern.



Bei der Variante (3) der möglichen, sprachlich realisierbaren Silbenmodelle, die als die reguläre, von symptomfreien Sprechern als bevorzugte zu interpretieren ist, setze ich den silbeninitialen Glottisverschluss als fakultativ an und nominiere damit die erste Silbe als eine bedingt nackte Silbe⁸⁴. In den Varianten (1) und (2) setze ich den glottalen Verschluss als obligatorischen Silbenkopf fest, weil bei den drei Stotterpatienten, die ich beobachtet habe, jeweils vor silbeninitialen Vokal ein Knacklaut deutlich hörbar ist, und meist groteske Grimassierungen der Gesichtsmuskulatur im Rahmen der Sekundärsymptomatik von einem Glottisverschluss herrühren. Unmittelbar vor der phonetischen Realisation des Initialvokals bei „Aschenputtel“ wird von Doris sogar der Mund weit aufgerissen, wie sie mir selbst berichtet hat⁸⁵. In dieser Position wird mit bebenden Lippen, aber stumm und ohne jegliche Phonation verharret, bis der Vokal schließlich produziert werden kann⁸⁶. Der Vokal selbst wird jedoch ohne jegliche tonische symptomatische Belastung artikuliert. Beim klonischen Störungsmuster, das sich bei meinen beobachteten Probanden generell nur selten manifestiert und eigentlich in ihrem und im Stotterverhalten von vielen erwachsenen, symptombelasteten Sprechern keine relevante Rolle mehr spielt, wird der silbeninitiale Vokal zwar wiederholt, aber in einem völlig störungsfreien Artikulationsmodus produziert.

Als „hyperkorrigierte Struktur“ erkenne ich den Ausschnitt einer Struktur an, in der zwei Laute geminiert werden, die eigentlich als ein Laut in einer Silbe artikuliert werden. Die Wirkung dieser Maßnahme ist „overarticulated“ und unnatürlich.

Erkennt man den glottalen Verschluss als konsonantischen Anfangsrand einer Silbe an, legitimiert sich die Hyperkorrektur des Stotterers im Sinne einer Umstrukturierung der Silben.

⁸⁴ Auch beim symptomfreien Sprechen bei vokalischem Silbenanlaut, sei er nun wortinitial oder wortmedial, kann ein glottaler Verschluss, der dem Vokal vorgeschaltet ist, als obligatorisch angenommen werden. In der österreichischen Dialektvariante des Deutschen gilt dies jedoch nicht.

⁸⁵ Bei Doris ist die Selbstwahrnehmung durch jahrelange Therapien seit dem frühen Kindesalter bereits recht gut sensibilisiert. Besonders bei der *Van Riper*-Therapie, die Doris als letzte Therapie angefangen hat, wird besonderer Akzent auf die Sensibilisierung der Selbstwahrnehmung gelegt. Sie kann sehr gut ihre Sekundärsymptomatik selbst wahrnehmen, und vermag sie auch präzise darzustellen. Aufgrund ihrer Tätigkeit als Psychotherapeutin verfügt sie zweifelsohne über gute analytische Fähigkeiten.

⁸⁶ Diese Symptomatik konnte ich auch bei Daniela sehr oft beobachten, nur dass Daniela mit offenem Mund erstarrte. Dann erst folgte der Lippenschluss. Schließlich wurde der Vokal produziert.

Aus der bisyllabischen Wortentität wird eine mit drei Segmenten. Der alternierende Rhythmus, der durch die „CVC“- Struktur gewährleistet wird, bleibt erhalten, obwohl die erste „CV“- Silbe zugegebenermaßen keiner wohlgeformten Silbentität gleichkommt. Dennoch – und das ist das Kriterium, worauf es dem Stotterpatienten in einer linguistischen Analyse seines individuellen Stotterhabitus ankommt – das Stottermoment bzw. der Block ist, wenn er sich in realiter tatsächlich manifestiert, nur auf dem Onset „glottaler Verschluss“ der Initialsilbe der gesamten Wortentität angesiedelt. Der Wortrest, also der Silbennukleus und der Reim der Silbentität kann flüssig und ohne Ausprägung der Stotter symptomatik artikuliert werden. Die restlichen Silbenanfänge zeigen keinerlei Symptomatik. In 85 % der Fälle gelingt die Artikulation von „Aschenputtel“ völlig symptomfrei, in 15 % der Fälle manifestiert sich der Block auf dem Onset der Initialsilbe, und in 100 % der Fälle werden alle Anfangsränder der Folgesilben ohne jegliche Symptomatik produziert, d. h., dass beispielsweise kein Stottermoment beim [p]-Laut von „put-“ oder beim [t]-Laut von „-tel“ bei Doris aufgetreten ist.

Um herauszufinden, weshalb sich die eine Umverteilung der Silbenstruktur betreffende, von Doris vorgenommene Hyperkorrektur so erfolgreich auf eine Verminderung der Stotter symptomatik auswirkt, habe ich die als trisyllabisch repräsentierte Wortentität, also 2/3 von 98 realisierten Repräsentanten, mit der regulären, und vom symptomfreien Sprecher bevorzugten Silbenstruktur der Wortentität, also 1/7 der 98 Repräsentanten, verglichen.

Im zweiten Fall, bei einer Realisation von nur 1/7 der 98 Vorkommnisse, sind folgende Daten als Ergebnisse festzuhalten:

Testergebnisse:

- 1) Auf dem Onset der Initialsilbe manifestierte sich in 98 % (!) der Fälle ein Stotterblock in gravierendem Ausmaße, also in der Form eines längeren⁸⁷, retardierenden, „stimmlosen“ Moments mit massiver Ausprägung der Sekundär-

⁸⁷ Unter einem „längerem“ Block verstehe ich ein retardierendes Moment im Rahmen des Stotter syndroms, ein Stehen bleiben im Sprechfluss, das mehrere Sekunden andauert, mit gravierender Sekundärsymptomatik einher geht und bei dem starkes Pressen und deutliche Kraftanstrengung zur Realisation der Artikulation scheinbar nötig werden.

symptomatik, wie sie für starke Blockierungen charakteristisch ist. Bei Doris betrifft sie jedoch nicht allein die Gesichtsmuskulatur, sondern auch ein Mitschlagen der Hände, auf den Tisch oder auf die Oberschenkel, die meist angestrengt zu Fäusten geballt sind, ist bei allen dem Sprechen beiwohnenden Mitbewegungen involviert⁸⁸.

- 2) In nur vier von 100 Fällen kann der Onset der Initialsilbe symptomfrei artikuliert werden. Dann ist aber der Anfangsrand der jeweiligen Folgesilbe oftmals mit Primärsymptomatik behaftet, und zwar in 47,2 von 100 Fällen.
- 3) Interessant ist auch, so meine ich, die Tatsache, dass, wenn der Block auf dem Onset der ersten Silbe der Wortentität „Aschenputtel“ besonders stark ausgeprägt ist, fällt er auf dem Anfangsrand der Folgesilbe besonders schwach aus und umgekehrt.

Ich kann mir diese Grund- und Folgerelation nur aus energetischen Gesichtspunkten heraus erklären: Ein Block kostet Kraft und Energie. Man vergegenwärtige sich hierzu die „gesunde“ Leistung aller an der Artikulation beteiligten Muskelgruppen⁸⁹, von denen die wenigsten einer modifizierenden Kontrolle des Sprachbenutzers zugänglich sind, und addiere dazu die pathologisch begründeten, zusätzlichen Aufwendungen, unter die beispielsweise das „Herauspressen“ einzelner Laute oder die schon des Öfteren erwähnten, bebenden Lippen fallen.

⁸⁸ Ich kenne Doris mittlerweile seit knapp zwei Jahren und habe mich besonders intensiv mit den Charakteristika ihrer Sprechablaufstörung beschäftigt. Ich meine in dem Aufschlagen der Hände einen *Stimulus* für die Artikulation im Allgemeinen und für die rhythmisierende Gestaltung des Redebeitrags im Besonderen zu erkennen. Vielleicht lenkt sie die groteske Mitbewegung auch von der Primärsymptomatik ab bzw. diene die Sekundärsymptomatik zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Leidensgeschichte einmal dazu, sie von der Manifestation und Selbstwahrnehmung der Blocks abzulenken. Dieses Bewusstsein hat sich möglicherweise verselbstständigt. Die Bedeutung der Handlung erfuhr *in realiter* eine zunehmende Verengung bis hin zur Bedeutungsüberlagerung. Auffällig finde ich, dass, je mehr und je intensiver Doris mit den Händen schlägt, je flüssiger scheint sie sprechen zu können. Im Übrigen kann man solche motorischen Mit- und Ausweichbewegungen, so genannte Synkinesen oder Parakinesen, auch als groteske Bewegungen sehen, die als Folge des Ankämpfens gegen die behinderte Artikulation entstehen.

⁸⁹ Beispielsweise können die Stellknorpel durch Muskelbewegungen zusammengezogen werden, um die Stimmritze zu öffnen bzw. zu schließen, um nur eine beteiligte „Muskelarbeit“, die bei der Artikulation verrichtet werden muss, herauszugreifen.

Je größer und je massiver der Block sich gestaltet und je ausgeprägter die Sekundärsymptomatik ist, die mit demselben einhergeht, desto mehr Energie muss aufgewendet werden. Jedem Sprecher, ist er nun symptombelastet oder nicht, steht aber nur ein gewisses Maß an Energie zur Verfügung, mit der er haushalten muss. Dieses „Poolkraftwerk“⁹⁰ wird gespeist durch infraglottale und supraglottale, sowie solchen, den oralen Trakt betreffende Parameter (vgl. dazu Grafik (9) unten). Letztere bezeichnen alle Artikulationswerkzeuge, die von der Glottis bis zu den Lippen das so genannte Ansatzrohr ausmachen. Ein zusätzlicher Energieaufwand, den der symptombelastete Sprecher in Anspruch nehmen muss, ist der, mit dem er versucht, dem bevorstehenden oder bereits aktualisierten Block entgegen zu wirken, was aber meist eine inverse Skalierung bezüglich des Schweregrads der Sprachauffälligkeit nach sich zieht. Der Stotterer muss schließlich auch oft gegen vegetative und emotionale Reaktionen in Form von Erwartungsängsten vor gewissen Buchstaben, Sprechsituationen oder gar Gesprächspartnern, Furcht und Scham ankämpfen. Auch hat er die Regulation seines Spannungshabitus nicht im Griff.

Ist die Hürde des Blocks genommen, baut sich der Spannungsapparat von selbst wieder ab, d. h., dass der Stotterer keinen modifizierenden Einfluss auf seine Spannungsregulation hat. Die nächsten Silbenanfänge können nun symptomfrei bzw. mit entsprechend leichter Symptomatik genommen werden, bis sich der nächste Spannungsherd wieder aufgebaut hat.

Als „Energie“ bezeichne ich in diesem Zusammenhang die physiologisch-physikalische Leistungsfähigkeit eines symptomfreien und auch symptombelasteten Sprechers Sprachlaute, die physikalisch betrachtet als Schallgebilde zu verifizieren sind, zu produzieren. Bei der Erzeugung von Sprachlauten wirken vier Prozesse zusammen: der Luftstromprozess, die Phonation (z. B. Stimmlosigkeit und Stimmhaftigkeit), der Mund-Nase-Prozess, der zur Unterscheidung zwischen na-

⁹⁰ Diesen Terminus übernehme ich von Busler (1996), wo ein „semantischer `Pool`“ damit umschrieben worden ist, auf den ein Gesprächspartner zurückgreifen kann, um so genannte elliptische Äußerungen bzw. Sequenzen des Gesprächbeitrags seines Gegenübers in ihrer gemeinten Bedeutung *in Toto* zu verstehen. Im obigen Zusammenhang wurde der Terminus auf ein energetisches Kraftreservoir übertragen, auf den der Sprecher während der Artikulation in einem phonetisch-physikalischen Sinne zurückgreifen kann.

salen oder nasalisierten Lauten einerseits und oralen andererseits führt, und schließlich der Zunge-Lippen-Prozess, der die Artikulation im engeren Sinne bestimmt. Dies wiederum geschieht im Hinblick auf die miteinander korrelierenden Faktoren „Artikulationsorgan“ (z. B. „Alveolen“), „Artikulationsstelle“ (z. B. „Apex“) und „Artikulationsweise bzw. –art“ (z. B. „Engebildung“).

Diese Leistungsfähigkeit muss immer wieder neu gespeist werden: zum einen durch die Atmung, bei der bereits der supraglottale Bereich (Lunge(n), Brustmuskulatur, Zwerchfell) und der orale Trakt von der Glottis bis zu den Lippen („Ansatzrohr“) des menschlichen Körpers beteiligt sind. Zum anderen wird die Leistungsfähigkeit durch die immer wieder kehrende Anspannung und Entlastung der beteiligten Muskelgruppen verschiedenster Organe und Sprechwerkzeuge gespeist.

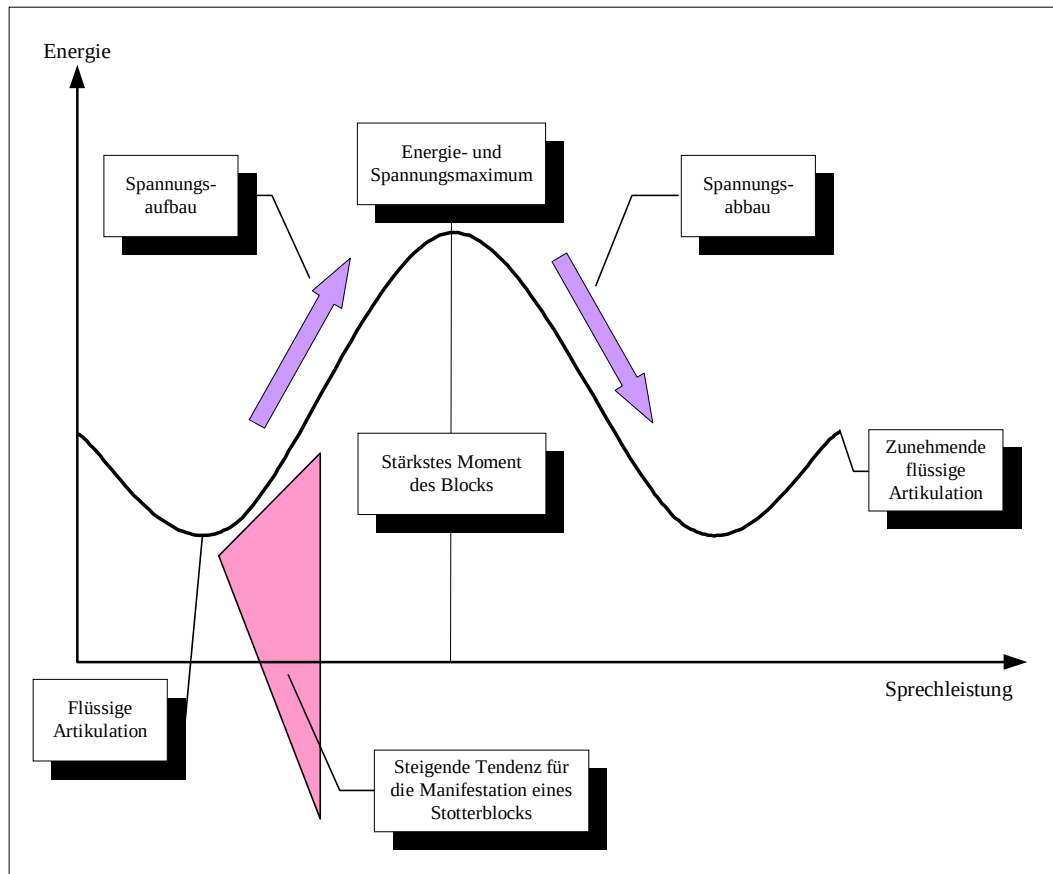
Die einzelnen Laute werden erzeugt, indem Luft aus der Lunge durch den Mund und der Nase (gleichzeitig oder getrennt) ausströmt bzw. hinausgedrückt wird. Dabei werden an bestimmten Stellen Hindernisse für den Luftstrom aufgebaut, also Engstellen geschaffen, die eine klangliche Modifikation dieses Luftstroms erlauben. Durch entsprechende Muskelbewegungen können einzelne Engstellen erweitert und Öffnungen verengt werden. Der Stotterer vermag diese Muskelkontraktionen nicht einfach nur „kommen zu lassen“, sondern übt Druck in Form von Pressen dabei aus, die an seiner physiologisch-physikalischen Leistungsfähigkeit zehrt und seinen Energiehaushalt durcheinander bringt.

Wird beispielsweise zuviel Energie mit dem „Herauspressen“ eines Initialkonsonanten „verpufft“, muss der Stotterer mit der verbleibenden Energie „haushalten“ bis die entsprechenden Muskeln wieder entkrampft und neue Atemluft geschöpft werden kann. Er ist also gar nicht dazu imstande, einen neuen Stotterblock aufzubauen, weil ihm die Energie dazu und zur weiteren, symptomträchtigen und „zu kraftvollen“ Lautproduktion fehlt. So kann man meiner Meinung nach die Erscheinung im Rahmen der Stottersymptomatik erklären, dass manche Stotterer nach einem starken Block oft längere Sequenzen mit völlig symptomfreier Rede oder zumindest mit weniger druckbelasteter Symptomatik produzieren können.

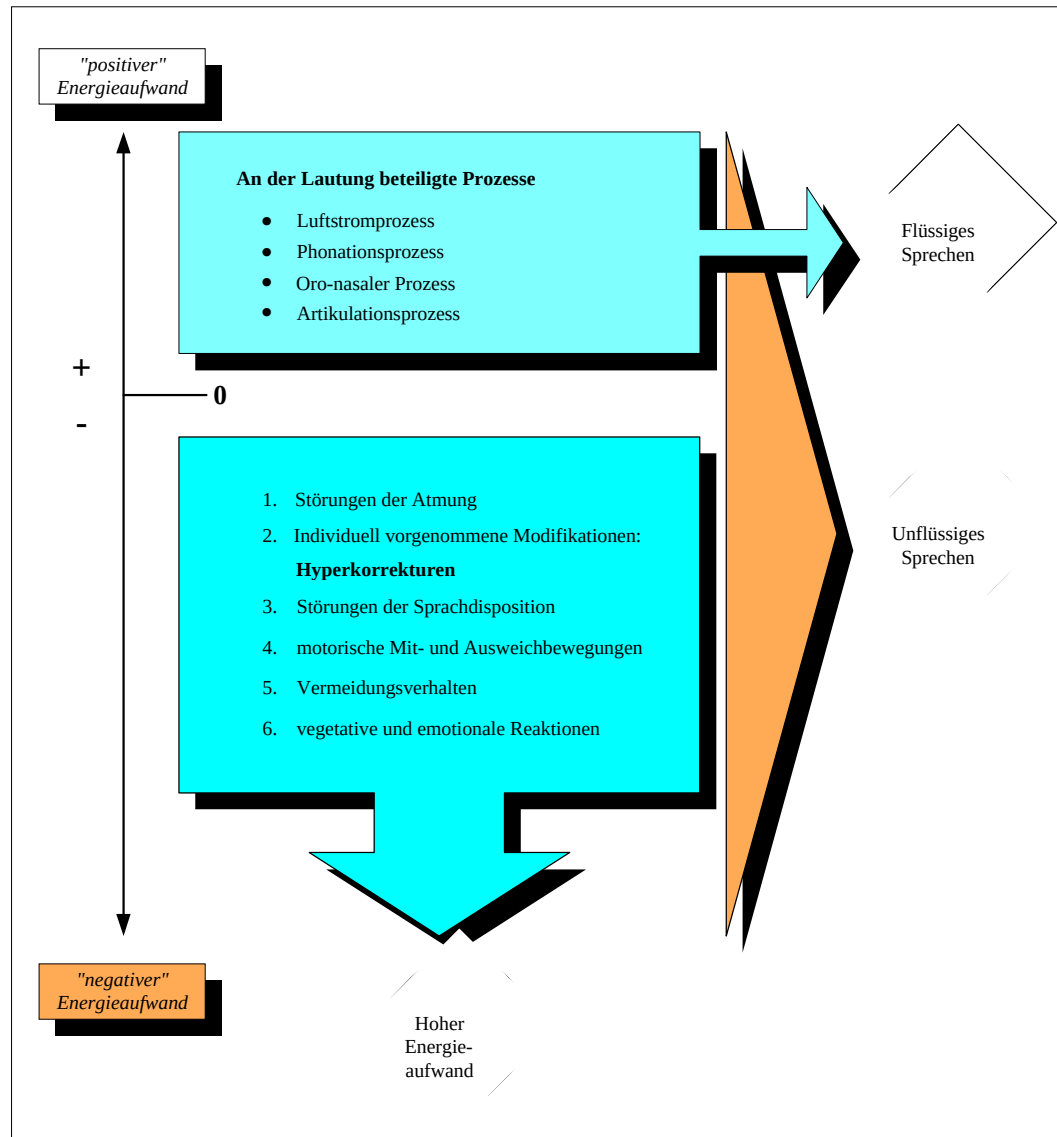
- 4) Die Akzentstruktur ist bei der Realisation der Hyperkorrektur alterniert. Die reguläre Prominenzorganisation sieht die Betonung des Erstgliedes der kompositionalen Wortentität vor. Die Umverteilung des silbischen Materials zieht als prosodische Konsequenz die Manifestation des Hauptakzents auf die Pänultimasilbe nach sich. Ich interpretiere diese Maßnahme auch als ein „Haushalten mit `sprachlicher Energie´“, das durch den Störfaktor des symptombelasteten Sprechens nötig wird und als eine Vermeidungsstrategie interpretiert werden muss. Der Fokus wird nämlich vom „unangenehmsten“, phonetischen Ort, der z. B. durch die Schaltung eines glottalen Verschlusses vor die Vokalphonation etabliert wird, auf einen später folgenden Onset verlagert. Ob die vorgenommene Hyperkorrektur und/ oder Vermeidungsstrategie erfolgreich ist oder nicht, bestimmen andere, angreifende Parameter, die einzeln oder in der Allianz von mehreren linguistischen und/ oder interdisziplinären Parametern auftreten.

Die nun folgende Grafik soll das energetische Potential, mit dem der symptombelastete Sprecher bei der Bewältigung des Störmoments des Redeflusses im Sinne der charakteristischen Stottersymptomatik haushalten muss, veranschaulichen. Grafik (9) möge das von mir konzipierte „Pool´kraftwerk“ darstellen.

Grafik (8): „Energiekurve bei der Artikulation des symptombelasteten Sprechers vor, während und nach der Manifestation eines Stotterblocks“



Grafik (9): „Poolkraftwerk beim symptomfreien bzw. beim symptombelasteten Sprechen“



Legende zu Grafik (9):

Generell werden nur die an der Lautung beteiligten Prozesse, insbesondere die bei der „gesunden Artikulation“ beteiligten Prozesse in der Grafik berücksichtigt. Da beim Stotterersyndrom auch paralinguistische Parameter eine Rolle spielen, wird beim symptombelasteten Sprechen dieser enge Rahmen in der Grafik gesprengt.

Um an die eine oder andere im Folgenden erwähnte Information zu gelangen, habe ich meine Probanden bei der Artikulation beobachtet. Nur wenn ein Symptom bei allen drei Testpersonen auffällig gewesen ist, fand es in der obigen Grafik seine Berücksichtigung.

Zu (1): Hier sind die Verkürzung der Exspirationsphase, Luftverschwendung, schnappendes Einatmen, Abpressen des Atems, Atemvorschieben und Sprechen auf Restluft charakteristisch.

Zu (2): Die Modifikationen, die der Stotterer in Form von Hyperkorrekturen vornimmt, betreffen die phonetisch-phonologische Domäne, wie z. B. bewusst vorgenommene Veränderungen der Prosodie in Sprechdynamik oder Sprachmelodie, Akzentverschiebungen, aber auch die Ebene der Syntax in Form von Satzumstellungen im Sinne einer „Reparatursyntax“. Alle drei Testpersonen haben ihre bevorzugte Neigung demonstriert, Synonyme für Wörter zu suchen und schließlich auch zu verwenden, von denen sie meinen, diese generell oder nur zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht oder nur stark symptombelastet artikulieren zu können. Diese Modifikationsleistung findet auf der semantischen Ebene und/ oder auf der phonematischen Ebene statt.

Zu (3): Die Stotterpatienten, die ich beobachtet habe, neigen tendenziell dazu, „überhasteten Sprechensatz“ zu leisten und keine oder aber zu viele Sprechpausen zu machen.

Zu (4): Synkinesen als Folgen des Ankämpfens gegen die gestörte Artikulation benötigen auch ein großes Energiepotential, auf das der symptomfreie Sprecher nicht zurückgreifen muss.

Zu (5): Vermieden wird der Blickkontakt zum jeweiligen Gegenüber beim Sprechen, d. h. der Gesprächspartner wird während des Redebeitrags des Stotterers im Rahmen des Dialogs nicht angeschaut. Vermieden werden aber auch „gefährliche“ Laute, Wörter und Sprechsituationen.

Zu (6): Die vegetativen und emotionalen Reaktionen schließen ein Erröten oder auch ein übermäßig starkes Transpirieren ein. Eine adäquate Spannungsregulation kann nicht geleistet werden.

Die Silbe bzw. der Silbenonset ist also die essentielle Einheit, die von Unflüssigkeiten betroffen ist. Das bestätigte mir auch ein weiterer Versuch, den ich mit Enrico und Doris durchführte. Lässt man Stotterpatienten einzelne Laute oder Silben in Isolation nacheinander aufsagen, wird man meist mit durchgängig flüssiger

Artikulation konfrontiert. Dass dieser Test mit dem täglichen Gebrauch in sprachlicher Kommunikation bzw. mit der Konfrontation mit natürlicher Sprache und ihrer interaktiven Funktionalität nichts zu tun hat und daher fiktiv ist, ist mir selbstverständlich vollends bewusst, insbesondere deshalb, weil Artikulationsvorgänge keine in Einzelemente isolierbare Ketten von Lauten, sondern kontinuierliche Prozesse ohne natürliche Zäsuren sind. Trotzdem erachte ich diesen Test als wichtig, denn, wenn die Patienten u. a. die Einzellaudreihen ohne Verzögerungen bzw. Stotterblöcke aufsagen können, liegt die Vermutung nahe, dass der eigentliche „Stotterort“, wenn es ihn denn in realiter gibt, der Prozess des Kontinuums, die so genannte Koartikulation bzw. die „Brücke zwischen den Isolationslauten“, darstellt.

Außer ganz zu Redebeginn stellten sich bei Enrico in zehn verschiedenen Einzellaudreihen mit jeweils zehn gleichen Lauten nur jeweils am Beginn der Reihe zweimal fast vernachlässigbare Verzögerungen⁹¹ ein. Also mit einer Vorkommenstendenz von 20 % stellte sich eine „Starterschwernis“ ein bzw. es manifestierte sich ein Primärsymptom der Sprechablaufstörung in Bezug auf das gesamte Sprachmaterial. Mit einer 20 prozentigen Vorkommensbeteiligung ist der Anteil an Starterschwierigkeiten bei der Produktion isolierter Laute bei Enrico offensichtlich recht hoch, im Hinblick auf die gesamte Sprechleistung können die „zwei Hänger“ jedoch getrost als vernachlässigbar klassifiziert werden.

⁹¹ Unter „Verzögerungen“ verstehe ich in diesem Kontext retardierende Momente bzw. „kleine Hänger“, ein Terminus aus Enricos Stottervokabular, die wesentlich kleiner sind als Stotterblocks.

Versuchsansicht (1a): „Einzellautreihen“⁹²

Einzellaut	
[l]	
[t]	
[m]	
etc.	

Ich habe bewusst auf die Tests zur Artikulation isolierter Laute, insbesondere derer von Konsonanten, nicht verzichtet, obwohl sie zweifelsohne im Hinblick auf die freie Rede vernachlässigbar zu sein scheinen, insbesondere deshalb, weil Berg (vgl. ebd. in: Eisenberg/ Ramers/ Vater, 1992: 72 f.) mit der Begründung, dass „(...) Konsonanten nur schlecht einzeln artikuliert werden können, (...) es nahe lie-

gend ist, einen Stützvokal zu Hilfe zu nehmen (...)“ argumentiert. In jedem Fall entstehe dadurch der Eindruck eines „silbischen Stotterns“, „welches aber nicht unbedingt einen silbischen Ursprung hat“ (ebd., 1992: 73). Diese Argumentation führt zu Bergs Ergebnis, dass es sich beim typischen Stottern weniger um die primäre Schwierigkeit handle, Silbengrenzen zu überwinden als vielmehr in der artikulatorischen Realisation des Übergangs vom silbeninitialen Konsonanten zum Vokal. Wie sich Berg dann vokalisches, silbeninitiales Stottern erklären kann, ist mir unverständlich. Außerdem manifestiert sich das Symptom ausschließlich auf der konsonantischen Onsetposition der Silbe. Wenn Berg so argumentiert, sollte er eine genaue Spezifikation der Konsonanten-, Vokal- und „Übergangsposition“ vornehmen, was beispielsweise auf dem Hintergrund der Beschreibung der Silbenschnittopposition geleistet werden kann.

Bei Doris prüfte ich die Hintereinanderschaltung einzelner offener Silben wie „[ma.ma.ma. (...)]“ oder „[li.li.li.(...)]“. Auch hier sollte eine Reihe mit zehn gleichen offenen Silben aufgesagt werden, die auf einem Blatt notiert worden sind, also abgelesen wurden (siehe Versuchsanordnung (1b)). Insgesamt wurden zehn verschiedene Reihen aufgesagt.

⁹² Die hier in stark verkleinerter Form wiedergegebene Liste wurde den Probanden ausgehändigt.

Versuchsanordnung (1b): „Reihen mit offenen Silben“

Offene Silben	
[ma]	
[li]	
[sa]	
[tu]	
[ni]	
[du]	
[zo]	
[ra]	
[be]	
[fi]	

Wieder stellte sich ganz zu Beginn des Sprechereignisses ein Block ein, der ca. vier Sekunden von Doris durchgehalten werden musste. Die Vorkommenstendenz von Starterproblemen erhöht sich hier bereits um über das Doppelte: Auf 100 artikulierte, offene Silben mit konsonantischen Silbenonset, Nukleus und leerem Endrand kommen fünf mit leichten Verzögerungen bei der Artikulation des Konsonanten zu Beginn der Silbenreihe. Tendenziell zeigt also jede 20. Silbenentität leichten Stotterhabitus.

Durch die rasche zeitliche Aufeinander-

folge verschmelzen hier jedoch zweifelsohne die Konstituenten „Kopf“ und „Koda“, die beiden nicht sonoren Schalenentitäten der Silbe, miteinander und treffen in genau einer Segmentstelle wieder zusammen. Es entsteht aus äquivalenten, silbischen Mikroentitäten eine Makroentität der Form „tutututututututututu“, die, obwohl sie zweifelsohne relativ lang ist, relativ wenige Stottermomente aufweist. Innerhalb der einschlägigen Literatur des Loci-Ansatzes wird hingegen vielfach immer wieder behauptet, dass lange Wort- und komplexe Syntagmaeinheiten zu den sprachlichen Orten gehören, die Stottern auslösen können bzw. bei denen die Stottersymptomatik gehäuft auftritt (u. a. bei: Rommel/Häge/ Johannsen/ Schulze, Forschungsbericht 58, 1996: 5). Meinen Erkenntnissen zufolge scheint es dem Stotterer hingegen eher leicht zu fallen, gleiche silbische Entitäten mit „CV“-Strukturmuster in rascher Abfolge hintereinander artikulatorisch zu produzieren. Das lässt sich in zweierlei Hinsichten erklären: Zum einen ist dieses Sprechverhalten symptomatisch dem klonischen Stottern mit der Reduplikation bzw. mehrfachen Wiederholungen einzelner Buchstaben, Laute oder

Silben vergleichbar. Das klonische Stottern stellt nämlich meist den initialen „Einstieg“ im Kindesalter zur chronischen Symptomlastigkeit „Stottern“ mit einem in den meisten Fällen tonischen Erscheinungsbild dar. Vielleicht erkennt der Stotterer in der „CV“-Struktur unbewusst ein sprechsprachliches Organisationsmuster wieder, das ihm während seiner Stottergeschichte schon so manches Mal artikulatorische Erleichterung verschafft hat, und das er sich als Helfer in Form einer artikulatorischen Stützfunktion in seinem Unterbewusstsein engrammiert hat. Nicht umsonst wird beispielsweise innerhalb der Van Riper-Therapie im Zuge der Modifikationsphase, in der der Stotterpatient dazu angehalten wird, sich von alten, stereotypen und angestrengten Sprechverhaltensmustern zu lösen und sie gegen neue, entspannte und „natürlichere“ einzutauschen, eine „Pseudostottern“-Phase⁹³ empfohlen: Hier wird bewusst klonisch gestottert, und zwar nicht nur bei subjektiv als schwierig empfundenen Buchstaben und Anlauten. Meist stellt sich nach den Übungen des „Pseudostotterns“ eine längere Phase des flüssigen Sprechens ein. Zum anderen ist bei den Stotterpatienten der Adaptionseffekt bekannt, der hier womöglich auch greift und Wiederholungen kontinuierlich flüssiger werden lässt.

⁹³ Im Rahmen der *Van Riper*-Therapie wird während der „Desensibilisierung“, der Abbau negativer Emotionen rund um das Stottersyndrom fokussiert, die vor die Modifikationsphase geschaltet ist. Hier wird dann direkt an der Formung und Modifizierung der abnormen Reaktionen des Stotterers auf die Angst oder die Wahrnehmung unterbrochener Sprechflüssigkeit gearbeitet. Das „Pseudostottern“ soll eigentlich der „Selbstoffenbarung“ dienen. Es soll absichtlich möglichst viel und stark auch an Stellen gestottert werden, die eigentlich flüssig, ohne Blockierungen artikuliert werden könnten. *Van Riper* nennt dies das „Stotterbad“, wie es einige seiner Patienten bezeichnet haben. Die Ängste des Stotterers und seine Symptomatiken sind nämlich bisher immer mit Vermeidungsstrategien und Fluchtkognitionen beantwortet und dadurch immer mehr vergrößert und übertrieben worden. Nun wird er mit einer „überflutungsartigen Erfahrung“ konfrontiert, einer Art Sättigungstherapie. Das vermehrte Stottern soll dabei zu einem gewissen Grad einen Teil der bisherigen „Widerlichkeit“ abstoßen, den der Stotterer gegenüber seiner Sprechablaufstörung empfindet. Der Effekt dieses therapeutischen Verfahrens, das weniger tatsächliches „Hängen bleiben“ generiert, beruht auf dem Konzept konditionierter Hemmung. Die Stärke jeder gewohnheitsmäßigen Reaktion scheint momentan abgeschwächt zu sein, sobald sie auftritt. Indem diese Reaktionen konzentriert werden, können sich die entsprechenden Reaktionshemmungen akkumulieren. Die Reaktion wird schließlich neutralisiert.

1.1.3 Das Greifen neuerer, phonematischer Errungenschaften als Parameter für ein Stattfinden der Stottermanifestation und die Schwere der Symptomausprägung

Komplexe Wortentitäten mit Polysyllabizität wie beispielsweise „eigenbrötlicher (Mensch)“ (Enrico, Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“) oder „(vom) italienischen“ (Daniela, Sprachkassette „Telefonat mit Werbeagentur“)⁹⁴ bereiten offensichtlich den beiden Probanden Enrico und Daniela größere, artikulatorische Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer Stottersymptomatik, die sich in starker Manifestation der Primär- und Sekundärsymptomatik und in der Konstituierung „stummer Blocks“ vor der unmittelbaren Lautproduktion äußern. Diese Erkenntnisse teile ich im Einklang mit meinen Fallstudien offenbar mit der einschlägigen Literatur, die „mehr Artikulationsfehler in phonetisch komplexen Wörtern“ den symptombelasteten Sprechern ihren untersuchten Stotterpopulationen attestiert (z. B. Frauke, 1972 u. v. a. m.)

Ich muss mich aber deutlich gegen die vorgenommenen Generalisierungen aussprechen: Zum einen kann ein Zuwachs an komplexerem, sprachlichen Material auch gleichzeitig häufig einen Anstieg des Fehlerpotentials bieten, denn Polysyllabizität impliziert per se gleichzeitig auch einen quantitativen Anstieg der Onset-Positionen. Zum anderen sollte eine genauere Analyse des sprachlichen Materials an zunächst jeweils einer Versuchsperson vorgenommen werden. Erst dann kann ein Ausblick auf mögliche globale Tendenzen bezüglich eines sprachlichen Parameters vorgenommen werden, um einen spezifischen „sprachlichen Ort“ als einen mit tendenziell höherer „Stotterquote“ auszuweisen. Dann muss erst ermittelt werden, ob dieser sprachliche Parameter mit anderen sprachlichen oder paralinguistischen Parametern in Korrelation treten muss oder aus eigener Kraft heraus ein Stattfinden des Moments einer Blockade bzw. die Manifestation der Stottersymptomatik zu provozieren vermag. Es gibt nämlich im Übrigen durchaus phonetisch komplexe, mehrsilbige Wortentitäten, bei denen meine Pro-

⁹⁴ Enrico silbifizierte die Wortentität „eigenbrötlicher“ folgendermaßen: [ʔaj.ge:n.brø:t.ler.riʃer]. Die Einteilung in silbische Segmente wurde von Daniela für das Wort „italienischen“ dergestalt vorgenommen: [it.ta.lje:.niʃn].

banden keinerlei Stottermomente zeigen (z. B. die Wortentität „Blankenburg“⁹⁵, die von meinem Probanden Enrico immer völlig symptomfrei artikuliert wird).

Die Frage, die ich mir diesbezüglich gestellt habe, war, ob es traditionelle oder neuere, phonematisch relevante Regularitäten gibt, die gemeinsam oder einzeln gewichtig werden und ein Auslösen der Stottersymptomatik provozieren, hemmen oder sich neutral verhalten und innerhalb der Anwendungsdomäne „Stottern“ keinerlei Bedeutung haben.

Da die Silbe in meinem Ansatz den Status einer „natürliche(n) Stottergröße“ innehat, wollte ich auch die Gesetze, die sich auf die Struktur und den Bau der Silben aller Sprachen beziehen, auf ihre Gültigkeit im Medium der gestörten Sprache „Stottern“ hin untersuchen. Wie wir später noch sehen werden, führen die symptomlastigen Sprecher, die ich im Rahmen dieser Arbeit beobachtet habe, silbenstrukturverändernde oder -erhaltende Artikulationsprozesse durch, die als Hyperkorrekturen zur Vermeidung oder zur Abschwächung der Primärsymptomatik zu deuten sind. Schon diese Tatsache allein, so meine ich, rechtfertigt die Relevanz der Silbe als „Stottergröße“ und nicht zuletzt als Entität, die Symptomatik des Stotterphänomens zu analysieren, auch weil jeder Stotterpatient seine Redebeiträge in Silben segmentiert. Zum anderen gilt die Tatsache als unumstritten, dass sich das Stottersyndrom im kindlichen Spracherwerb sukzessive auf der Silbenentität in seiner klonischen Ausprägung als Silbenreduplikation bis hin zur chronischen Tonisierung aufbaut. Auch die neueren, therapeutischen Modifikationstechniken wie beispielsweise die von Van Riper beginnen im Rahmen der Modifikationsphase mit der Vorübung des „Zeitlupensprechens“. Hier wird der Redefluss langsam „von Silbe zu Silbe“ aufgebaut, die hier also in realiter als rhythmische Einheiten der zu bildenden Äußerung verstanden werden. Ein weiteres Argument für die Konstituierung der Silbe als „natürliche Stottergröße“ sehe ich in der abschließlichen Manifestierung des Stotterblocks auf dem Silbenonset, dem Anfangsrand der Silbe als kontrastives Element zum Silbenreim innerhalb des hierarchischen Konstituentenmodells.

Die Relevanz des Silbenbegriffes in Bezug auf die Symptomlastigkeit des Stotter-syndroms ist schon im Groben hinsichtlich des Sonoritätsbegriffs als inverse Ska-

⁹⁵ „Blankenburg“ wird an einer späteren Stelle dieses Kapitels noch feinanalytisch beleuchtet werden.

lierung zur konsonantischen Stärke⁹⁶ ersichtlich, denn die Möglichkeit, dass sich ein Stottermoment manifestiert, verkleinert sich mit der Zunahme/ Abnahme der Sonorität/ der konsonantischen Stärke. Im vokalisch besetzten Nukleus der Silbe bildet sich nämlich kein Stottermoment aus⁹⁷. Die Silbe ist im Deutschen⁹⁸ generell durch eine Sonoritätskontur gekennzeichnet, bei der der Reim obligatorisch sonor sein muss, und die weitere, verbleibende Konstituente, die den Onset repräsentiert, als kontrastives Moment zum Reim eben nicht sonor ist⁹⁹.

Außerdem sind Vokale nämlich keine „Stotterloci“, wie ich bereits oben ausführlich ausgeführt habe, bei den Plosiven „p, t, k“, den Tenues, bzw. den Mediä „b, d, g“ sind Stottermomente dagegen recht häufig. Hierzu möchte ich folgenden Textauszug meines Probanden Enrico exemplarisch vorstellen, der meine Beobachtungen diesbezüglich bestätigt („Gesprochener Brief an Christine“, Februar 2000, Kassettenzählwerk 705).

Um die „Lesbarkeit“ des Sprechtextes zu verbessern, habe ich die Sprachprobe zunächst „verschriftet“, dann in „GAP“ repräsentiert. Da bei Enrico (wie übrigens auch bei den beiden anderen Probandinnen) die Segmentierung der Rede in Silbenbausteine so charakteristisch ist, ist auch diese in der GAP-Umschrift notiert mit Punkten, die sich zwischen die Wortentitäten schieben. Die Sprachproben, die ich analysiert habe, zeigten mir nämlich zudem, dass die symptombelasteten Sprecher, die ich beobachtet habe, tendenziell dazu neigen, eigene Silbengrenzen zu konstituieren bzw. zu eliminieren. Außerdem konstituiert die Manifestation einer Silbengrenze auch gleichzeitig einen Anfangsrand der Folgesilbe, die dann potentiell wieder Stotterlocus wird.

⁹⁶ Die Einteilung von menschlichen Sprachlauten nach dem Kriterium der konsonantischen Stärke wurde u. a. von Vennemann (1972), Hooper (1976) und Murray (1982) vorgenommen.

⁹⁷ Im Deutschen können außer einer vokalischen Besetzung auch die Laute /l/ und /r/ in der Nukleus-Position stehen. Diese speziellen Fälle mögen aber in diesem Kontext in meinen Ausführungen ausgespart bleiben. Auch Diphthonge besetzen nur eine V-Position auf der Skelettschicht und bekommen daher auch nur eine Position im Nukleus zugewiesen.

⁹⁸ In anderen Sprachen wie dem marokkanischen Arabischen gibt es diese Beschränkung beispielsweise nicht.

⁹⁹ Einem Konstituentenmodell, das auf dem Kontrast von *Onset* und Reim basiert, liegt ein hierarchisches Strukturmodell der Silbe zugrunde.

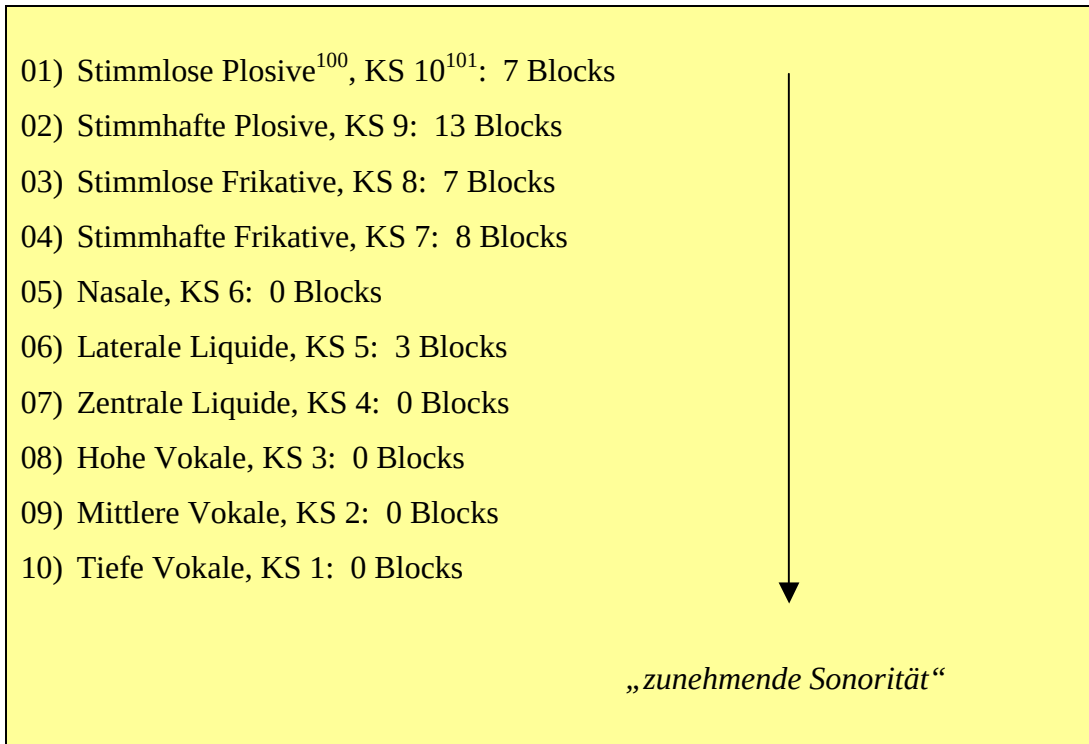
„Gesprochener Brief an Christine 1“:

„Liebe Christine, leider schaffe ich es erst heute, dir diese lang ersehnte Sprachkassette zuzuschicken. Ich weiß, du wartest schon sehr lange darauf und bist wahrscheinlich schon richtig stinkig auf mich, aber glaub mir, ich war wahrlich psychisch nicht in der Stimmung dazu, solch eine Sprachkassette aufzunehmen, weißt du, meine Sprache ist eigentlich recht gut, und ich wollte und ich weiß, dass es falsch ist, diese Sprachstörung irgendwie verdrängen und ja und, aber da ich es dir versprochen hatte, und ich weiß, dass es auch ein sehr gutes Mittel ist, meine Sprachstörung zu verarbeiten, und sie zu akzeptieren und zu tolerieren, ähm, ähm dass ich, dass ich es wahrscheinlich doch ganz gut ist, solch eine Sprachkassette zu machen. Ähm, hm, ich hoffe, du kannst mir verzeihen, und bist nicht allzu böse.“

01 lIEbe chris.Tine, lEider schaffe ich es erst HEU:te,
 02 Dir die:.se langer.SEh:.nte spra:ch.Kassette
 03 zuzuschicken. ich wei:ß, du WArtest schon sehr lange
 04 darauf und (2.0) BIst wahr.schein.LIch schon richtig
 05 stin.kig auf mich, aber (2.0) gLAUb mir, ich ich war
 06 wahrlich (3.0) psYCHisch nicht in der STIMmung
 07 da.zu:, solch eine spra:ch.KA:.SSEtte auf.zunehmen,
 08 weißt du, meine Spra:.che ist ei.gEntlich recht gut,
 09 und (2.0) ich wollte (1.0)und ich wei:ß dass es da:s
 10 falsch ist (.) di:.se SPra:ch.stö:rung ir.gendwie:
 11 verd.drängen und (5.0) ja: (1.0) und (1.0) a:.ber da
 12 ich es DI:r ve:r.spro:.chn hatte und ich WEI:ß, dass
 13 Es fü:r mich auch ein sehr gutes Mittl ist, meine
 14 mei.ne SPRa:ch.stö:rung zu ve:r. arbeitn, und sie
 15 zu: ak.ze:p.TIE:ren und zu: tolerie.ren ähm ähm dass
 16 ich (.) dass ich e:s wahr.schei:nlich doch (2.0)
 17 ganz gut ist, solch eine SPRa:ch.kassette zu: machen
 18 Ähm ÄHM ich hoffe, DU: kannst mir ver.ZEIhen, und
 19 bist nicht all.ZU: BÖ:s.

Die 38 gezählten Blocks, die sich in diesem Auszug manifestiert haben, sind wie folgt dem „konsonantischen Stärkeklassen-System“ zuzuordnen, das klimatisch in Richtung „zunehmende Sonorität“ gegliedert ist:

Grafik (10): „Testergebnisse, dokumentiert in einer grafischen Repräsentation“



Das Ergebnis des Tests ist, wie ich meine, eindeutig: Die Häufigkeit der Stotterblocks bewegt sich vorwiegend im Bereich der „hohen“ konsonantischen Stärkeklassen (KS) und zeigt Werte zwischen (7) und (10) auf. Es ist dieses der Bereich der Obstruenten, bei denen bei der Artikulation die durch das Ansatzrohr gestoßene Luft ein Hemmnis sagittal überwinden muss. Bei den Sonoranten lässt die Häufigkeit der Symptomausprägung deutlich nach. Bei den Vokalen zeigte

¹⁰⁰ Hierzu wird auch der „Glottal Stopp“, der die zweite Silbe von „verarbeiten“ vor dem vokalischem Silbenanlaut anführt und auch mit einem Block behaftet ist, gezählt. Eine mögliche phonetische Realisationsvariante von „verarbeiten“ könnte „[fɛ:r.ʔar.wajtn]“ sein. Die Prefixsilbe ist hier prolongiert. Die Thematik der „Vokalmodifikation auf dem Silbenonset“ vertiefe ich im Rahmen dieser Abhandlung im gleichnamigen Kapitel.

¹⁰¹ Ich habe hier dem jeweiligen Artikulationsmodus eine konsonantische Stärkeklassenangabe in Zahlen zugeordnet.

sich schließlich kein Block im Sinne der charakteristischen Symptommanifestation, was aber zudem mit dem Vorschalten des glottalen Verschlusses vor die V-Position zu erklären ist. Das Ergebnis dieses Versuches soll aber mitnichten dahingehend interpretiert werden, dass bei Nasalen oder lateralen Liquiden, wenn sie den Onset besetzen, laut dieses Ansatzes kaum gestottert wird. Das Ergebnis des Tests soll eigentlich nur die Dichotomie zwischen „Sonorität“ und „Nicht-Sonorität“ als Extremwerte einer Messskala und ihren tendenziellen Einfluss auf die Manifestation oder aber das Fehlen der Symptomlastigkeit im Medium der Sprechsprache der beobachteten Probanden dokumentieren. Diese Beobachtung mündet in der Konstitution des folgenden Leitsatzes, den ich hier festhalten möchte und der für meine Probanden als verbindlich gilt:

Mit wachsendem Sonoritätswert lässt die Manifestation der Symptomlastigkeit tendenziell nach, wenn keine anderen phonematischen bzw. anderen linguistischen Parameter diese Tendenz hemmen oder unterstützen.

Was aber passiert, wenn zwei oder gar drei C-Positionen den Onset der Silbe bilden? In diesem Falle sprechen einige Autoren in der Linguistik von Extrasilbizität¹⁰². Wie reagiert die Symptomanfälligkeit Enricos beispielsweise auf ein monosyllabisches Wort wie „Schlaf“ und auf „schlafen“, das bisyllabisch strukturiert ist? Beiden Wortentitäten liegen jeweils zwei C-Positionen prävokalisch zugrunde. Wie reagiert sie auf drei prävokalische Positionen, die den Onset der Silbe als

¹⁰² Das Phänomen der Extrasilbizität wird u. a. bei Wiese (1988 und 1991) behandelt. Er geht dabei von der deutschen wohlgeformten Silbe aus, die maximal zwei C-Positionen prävokalisch, also dem Nukleus der Silbe vorausgehend, und maximal zwei Positionen postvokalisch, also nach dem Nukleus, enthält. Alles, was an phonetisch relevantem Material darüber hinausgeht, wird als unassoziiert und damit „extrasilbisch“ betrachtet. Affrikaten werden bei Wiese mit einer einzigen C-Position assoziiert. Bei den finalen Konsonantenkombinationen wird das Prinzip des Sonoritätsabfalls innerhalb der Silbe entsprechend der Sonoritätshierarchie völlig ignoriert, was sonst bei Wiese untypisch ist. Das Sonoritätsprinzip ist ein wichtiges Element seiner Argumentation und dient der Beschreibung des Silbenaufbaus und ist für die Silbifizierung vonnöten. In Wiese (1991) wird die Position der Extrasilbizitätsauffassung von 1988 revidiert und neu bewertet. Die Extrasilbizitätsthese greift nun bevorzugt im Silbenauslaut. Weniger repräsentativ sind die Ergebnisse für den Silbenanlaut.

„extrasilbisch“ ausweisen, bei Wörtern wie „Straße“ oder „Sprosse“? Postvokale Extrasilbizität, also nach dem Nukleus der Silbe als „extrametrisch“ ausgewiesene Positionen, die dann den Silbenendrand betreffen, fällt offenbar beim Stotterphänomen nicht ins Gewicht, weil nur der Silbenanfangsrand als symptom-anfällig deklariert werden kann.

Bei Wörtern wie „(du) glaubst“, „(du) lehnst“ oder „lächelnd“ traten nicht mehr oder weniger Stotterblocks auf als bei „(ich) glaub(e)“ bzw. „(ich) lehne“, wobei ersteres meist nur mit mehr oder minder starken Blocks artikuliert werden konnte. Vermutlich eben deshalb, weil dem Plosiv ein Liquid und damit eine zweite C-Position folgt. Der Auslaut, der von Hause aus nicht potentieller Ort und Träger des Stotterblocks ist, scheint deshalb auch keinen Einfluss auf die Gesamtstruktur der Makroentität „Wort“ zu haben, wobei ich mir durchaus hätte vorstellen können, dass die Morphologie der Koda die silbische Gesamtstruktur des Wortes bzw. auch insbesondere den Silbenonset, den potentiellen Träger des Stotterblocks, und damit auch das Stotterverhalten in irgendeiner Art beeinflussen könnte. Dieser Gedanke scheint insbesondere auf der Folie der Aussage der einschlägigen Literatur betrachtet gerechtfertigt, die von komplexeren Wortentitäten spricht, die im Besonderen von der Manifestation der Symptomatik des Stottersyndroms betroffen sein sollen. Demnach scheint die Polysyllabizität eher eine ernstzunehmende, phonologische Bedingung für ein Stattfinden der Stottersymptomatik zu sein, vielleicht aber nur, weil sich so mehr silbenstrukturelle Onset-Positionen eröffnen und damit mehr potentielle „Stotterorte“.

Im nun dargestellten Versuch sollten einige Sätze mit „Schlaf“, „schlafen“, „Straße“, „Sprosse“ und „Stiefel“, also mit Wortentitäten mit mehreren, initialen C-Positionen, laut vorgelesen werden.

Versuchsanordnung (2): Vorlesen einiger Sätze mit „Schlaf“, „schlafen“, „Straße“, „Sprosse“ und „Stiefel“

Die folgenden Sätze sollten laut und möglichst schnell hintereinander vorgelesen werden. Die Liste wurde zehn Mal vorgelesen¹⁰³.

- (1) Udo liebt tiefen und langen Schlaf¹⁰⁴.
- (2) Friedrich liebt es zu schlafen.
- (3) Die Straße war ziemlich vereist, und viele Leute flogen hin.
- (4) Auf der Sprosse der Leiter saß der grüne Frosch.
- (5) Heuer gibt es tolle Stiefel.

Zu Beginn des Vorlesens erscheinen die als extrasilbisch ausgewiesenen Wörter sichtlich schwerer zu artikulieren zu sein als die mit einer oder zwei C-Positionen am Wortanfang. Später nivellieren sich die Ergebnisse. Bei zehnmalem Artikulieren von „Schlaf“ beispielsweise wird sieben Mal gestottert bzw. manifestierte sich ein retardierendes Artikulationsmoment in Form eines stummen oder eines stimmhaften Stotterblocks. Später konnte das Wort drei Mal hintereinander flüssig artikuliert werden, was zweifelsohne mit dem Adaptionseffekt zu tun hat. Die weiteren Ergebnisse sind in der unten stehenden Tabelle festgehalten:

¹⁰³ Zusätzlich wurden Wörter in die Sätze eingebaut, die zwei C-Positionen vor dem Silbennukleus aufweisen.

¹⁰⁴ Zur Beschreibung der Dissimilation im komplexen Segment kann die Spezifikation der beteiligten Segmente durch die Artikulatoren „Lippen, Zungenspitze, Zungenkörper“ unterschieden werden. Im konkreten Fall differenziert man zwischen /s/ und /ʃ/ dadurch, dass der zweite der beiden Laute das Merkmal [+hoch] erhält.

Tabelle (6): „Auflistung der Stotterblocks, die sich beim Vorlesen der Beispielsätze manifestieren“

Wortentitäten	Manifestation eines Stotterblocks	Flüssige Artikulation
Schlaf	7	3
schlafen	3	7
Straße	6	4
Sprosse	9	1
Stiefel	2	8

Zu klären wäre hier aber zweifelsohne die Tatsache, dass „Schlaf“ ein so hohes Stottervorkommen aufweist, „schlafen“ im Vergleich dazu ein verhältnismäßig geringes, gerade auf der Folie einer darstellenden Anwendung, die silbisches Material nach dem Nukleus als nicht mehr relevant für die Anwendungsdomäne „Symptomatische Manifestation“ dokumentiert. Dieses Phänomen scheint offenbar damit zusammenzuhängen, ob die Wortentität mono-, bi- oder polysyllabisch strukturiert ist. Relevant könnte auch sein, ob die Silbenentität offen oder geschlossen ist und ob die Nukleusposition einen prolongierten oder kurzen Vokal als phonetisches Material mit der distinktiven Merkmalsstruktur [+/- lang/ kurz] repräsentiert. Vergessen wir in diesem Zusammenhang nicht den Umstand, dass alle Untersuchungsgegenstände wie die prosodischen Parameter „Akzent, Silbenquantität, -schwere, etc.“ immer nur aus einem Toto herausgefilterte, potentielle,

linguistische Bedingungen¹⁰⁵ für die Stottermanifestation bzw. Variablen für die Stärke der Ausbildung von charakteristischer Stottersymptomatik darstellen.

Mit Sicherheit kommt es bei Analysen wie der obigen mit der Kernfrage „Warum weist ‚Schlaf‘ ein höheres Stottervorkommen auf als ‚schlafen‘?“ auch darauf an, wie der entsprechende Proband die zu analysierende Wortentität phonetisch realisiert. Doris las die Wortentitäten beispielsweise folgendermaßen vor: [ʃlaːf] und [ʃlaːfən]. Eigentlich sollte die zweite Silbe in „schlafen“ (als phonetische Realisation der ganzen Wortentität ist „[ʃlaːfn]“, allenfalls jedoch „[ʃlaːfən]“ als regelhaft zu akzeptieren) eine reduzierte sein. Doris erhebt sie aber durch die Prolongation zur potentiell prominenten Vollsilbe. Im monosyllabischen Wort „Schlaf“ scheint sich die gesamte prosodische Energie auf die eine akzenttragende Silbe zu konzentrieren. Innerhalb der bisyllabischen Struktur „schlafen“ ersetzt Doris die reduzierte Schwa-Silbe durch eine Vollsilbe, indem ein Allophon von Schwa, ein prolongierter [ɐː]-Laut geschaltet wird. Damit wird auch die Prominenzstruktur von einer auf zwei Nukleus-Positionen verteilt. Der ersten Nukleus-Position wird also die „Monopolstellung“ genommen, auf der sich der gesamte Druck des Atemstroms, der infraglottal aufgestaut wird, die Prominenz des Tonverlaufs und alle sonstigen korrelierenden, quantitativen Kontureigenschaften akkumulieren¹⁰⁶. Der „Stress-Clash“, der nun in „schlafen“ aufgebaut wird, vermag möglicherweise von den einzelnen Onset-Positionen, die sich nun in ihrer Anzahl erhöht haben, abzulenken, weil der Fokus des symptombelasteten Sprechers nun auf den sonoren Kernen der beiden Silben liegt. Solche Erklärungen sind aber zweifelsohne nur spekulativ. Vielleicht wirken auch noch andere phonematische Parameter, die die Symptomlastigkeit in „schlafen“ im Vergleich zu „Schlaf“ herabsenken. Fest steht nur, dass jeder einzelne Parameter sich als Regulativ für ein Mehr an Symptomatik entpuppen kann oder nur dafür Sorge tragen kann, dass die „Allianz aller anderen Parameter“ überhaupt erst stark genug ist, Stottermanifestation zuzulassen. In diesem Kontext kann ein solches Zu-

¹⁰⁵ Zu den linguistischen Bedingungen müssen in weiteren Schritten auch andere Disziplinen auf ihre Relevanz im konkreten Fall der Sprechflusshemmung innerhalb der sprechsprachlichen, symptombelasteten Anwendungsdomäne geprüft werden. Eine solche interdisziplinäre Analyse würde aber den Rahmen dieser Abhandlung sprengen.

¹⁰⁶ Generell arretiert der Akzent bevorzugt auf einer schweren Silbe, der einen Reim hat, der mehr als ein Element aufweist.

sammenspiel einzelner phonematischer Parameter, die dann auch „interdisziplinär“ in die linguistischen Domänen der Syntax, Semantik und Pragmatik übergreifen und von hier aus z. B. in die Psycholinguistik und andere Untersuchungsdomänen hineinreichen, nur jeweils an einzelnen Wortentitäten, Syntagmaanteilen oder an einzelnen Redesequenzen von den drei Probanden dargestellt werden. Aber das Prinzip, das hier meiner Meinung nach greift, ist ein folgendes:

Polysyllabizität, insbesondere Bisyllabizität ist hinsichtlich einer Vermeidung von Stottersymptomatik im Vergleich zur Monosyllabizität bevorzugt.

Ich möchte meine These mit dem folgenden Versuch verifizieren:

Die folgenden vier Sätze sind die des Versuchs „Vorlesen einiger Sätze mit `Schlaf`, `schlafen`, `Straße`, `Sprosse` und `Stiefel`“, nur sind die präpositional-nominalen Adjektive und in einem Fall der dem Nomen vorangestellte Gradpartikel ausgespart worden. Diese Sätze und die Sätze mit attributivem Beiwerk sollten von Doris nacheinander vorgelesen werden. Diese Übung wurde mehrere Male wiederholt:

Versuchsanordnung (3): Vorlesen einiger Sätze ohne attributives Beiwerk

- (1) „Udo liebt Schlaf.“ vs. „Udo liebt tiefen und langen Schlaf.“
- (2) „Die Straße war vereist, und Leute flogen hin.“ vs. „Die Straße war ziemlich vereist, und viele Leute flogen hin.“
- (3) „Auf der Sprosse der Leiter saß der Frosch.“ vs. „Auf der Sprosse der Leiter saß der grüne Frosch.“
- (4) „Heuer gibt es Stiefel.“ vs. „Heuer gibt es tolle Stiefel.“

Ergebnisse dieses Versuches:

Im ersten Beispiel manifestiert sich eine starke Blockierung auf dem Onset von „Schlaf“, bei der Vergleichsvariante arretiert das Moment der Sprechflusshemmung auch auf dem Onset des monosyllabischen Wortes „Schlaf“, aber in wesentlich abgemilderter Form. Die Symptomlastigkeit verteilt sich dafür auf zwei phonetische Orte, zum einen auf den Anfangsrand von „tiefen“ und zum anderen auf den von „Schlaf“, aber in beiden Positionen weniger stark und vor allem ohne der Ausbildung der für die Probandin Doris typischen sekundärsymptomatischen Mitbewegung, dem Schlagen auf die Oberschenkel mit den Fäusten unmittelbar während der Etablierung des Störmoments. Die ersten Vokalpositionen in den beiden Adjektiven sind dabei prolongiert und akzentuiert. Die Akzentstruktur, die sich bei Präsenz der Adjektive in Korrelation mit dem Nomen ergibt, ist eine rhythmische, mit konstant und uniform alternierender Prominenzorganisation.

Im zweiten Beispiel sind der Gradpartikel und das Adjektiv besonders prominent, und wieder organisiert sich eine Prominenzstruktur, die durch den permanenten Wechsel von als „strong“ und „weak“ ausgewiesenen Positionen charakterisiert

werden kann. Die Blockierungsmomente im Sinne der typischen Stottersymptomatik sind weniger stark ausgeprägt als im Syntagma ohne Attribute.

Im dritten Beispiel „(der) grüne Frosch“ ist keine Blockierung auf dem Nomen zu identifizieren, aber das präpositionale Adjektiv zeigt auf dem Onset der Erstsilbe ein deutliches, retardierendes Moment ohne hörbare Symptomatik in Form eines stummen Blocks. Wieder wird man einer alternierenden, rhythmischen Struktur gewahr. Die weiteren Ergebnisse im vierten Beispiel sind paritätisch.

Wie sind die obigen Ergebnisse, die der Probandin Doris ein „gesundes, rhythmisches Bewusstsein“ bezüglich einer Realisation der Polarität von Hoch und Tief im rhythmischen Spannungsbogen diagnostizieren, mit den Erkenntnissen beispielsweise in Wingate (1976/ 1982) in einen Zusammenhang zu bringen, der allen Stotterpatienten eine rhythmische Befähigung aberkennt? Die Probandin zeigt auf jeden Fall, dass sie im Stande ist, eine bestimmte rhythmische Struktur in eine andere einzutauschen, also einen Rhythmuswechsel vorzunehmen (vs. Jäncke, 1993, der dem Stotterpatienten generell eine rhythmische Inkompetenz unterstellt). Betonte Silben sind prinzipiell rhythmusbildende und zeitchronisierende Elemente des Sprechflusses. Wie wir aber im weiteren Verlauf der Arbeit noch sehen werden, gehen die symptombelasteten Sprecher, die ich beobachtet habe, in Form von hyperkorrigierenden, phonematisch-prosodischen Leistungen sogar dazu über, Vokalkerne, die kurze Quantität¹⁰⁷ aufweisen, zu dehnen bzw. zu prolongieren. Gibt es die bekannte Monotonie des Stottersyndroms nicht wirklich? Ich meine, man muss den Begriff des Rhythmus auf der Folie des Studiums der Stotterproblematik erweitern, wie ich es in Kapitel 1.1.4, in dem die Akzentzuweisung im Fokus des Interesses steht, gerne tun möchte.

Richten wir nun unser Augenmerk wieder auf die Versuchsreihe mit den Adjektiven und dem Gradpartikel, also mit dem attributiven Beiwerk, das dem jeweiligen Nomen vorangestellt ist.

¹⁰⁷ In diesem Kontext soll die Differenzierung der unterschiedlichen Terminologien, die Parameter zur Vokalopposition, also „ungespannt“, „sanft geschnitten“, „mit kurzer Quantität“ oder wie immer man sie gerne bezeichnen möchte, eine geringe Rolle spielen.

Im Beispiel (1) sind die beiden Adjektive „tiefen“ und „langen“ mit prolongierten, akzentuierten Vokalen auf der Erstsilbe versehen. Diese beiden Adjektive sind bewusst von mir gewählt worden, denn auch das folgende Nomen „Schlaf“, „Udo“ und das Verb „liebt“ weisen „sanften Schnitt“ auf. Die Akzentstruktur des Satzes, die sich dadurch ergibt, ist damit eine folgende: swsswwsws. Mit diesem Beispiel sollte auch der Adaptionseffekt, den die Akzentstruktur bedingt durch die Prolongationen der Vokale hier möglicherweise auslösen kann, geprüft werden. Wenn eine Verlängerung der ersten Vokalposition ohne die Etablierung von Stotter-symptomatik „gelingt“, könnte sich dieses Sprechmuster auch auf die folgenden Vokalpositionen erfolgreich übertragen. Die Konzentration auf die konsonantisch besetzten Onset-Positionen würde möglicherweise durch die auch quantitativ prominente Stellung der Langvokale neutralisiert werden. Zudem würde es dann zu einer Rhythmisierung des gesprochenen Syntagmas kommen, die sich möglicherweise positiv auf das Stotterverhalten auslösen könnte. Die bekannte Monotonie des Stottersyndroms¹⁰⁸ wäre dann möglicherweise nicht mehr existent.

„Stiefel“ wurde beispielsweise verhältnismäßig oft symptomfrei von meiner Testperson Doris artikuliert. Sie produziert die Wortentität dabei „regelmäßig“, nämlich [ʃti:fl]. Auffällig ist, dass Doris ein kurzes, kaum merkliches, retardierendes Moment zwischen die Laute [ʃ] und [t] schiebt. Die Tatsache, dass [t] in „*tiefel“ aspiriert wäre, wenn es die Wortentität denn gäbe, erklärt möglicherweise die Wahl der Hyperkorrektur, die von Doris hier angewendet wird. In der regelhaften Produktion von „Stiefel“ ist der [t]-Laut nicht aspiriert. Die Artikulationspause „lizensiert“ gewissermaßen die Aspiration, und zusammen mit dem Parameter des prolongierten Vokals in der Nukleus-Position des nunmehr monosyllabischen Wortes scheint die Artikulation leichter vonstatten gehen zu können. Die „phonologische Regel“ im Medium der symptombelasteten Sprechsprache, die hier erfolgreich angewendet wird, wenn man das einfache „Herausbringen“ von sprachlichem Material als positives Ergebnis sehen möchte¹⁰⁹, ist demnach folgende:

¹⁰⁸ Die Monotonie des Stottersyndroms wird ausführlich in Kapitel 1.1.4 dieser Abhandlung dargestellt werden.

¹⁰⁹ Wir dürfen nie vergessen, dass es sich beim symptombelasteten Sprecher auch um das „pure Herausbringen“ der Laut- und Silbenverbindungen dreht. Der „schlimmste Block“ ist ein stummer, bei dem das kommunikative Gegenüber allenfalls ein Drücken und/ oder Pressgeräusche auditiv wahrnehmen kann. Visuell wahrzunehmen sind die Pressversuche, die sich in der Sekundärsymp-

[ʃti:fl] -> [ʃ.ti:fl]->[ʃ.^hti:fl]

In der Umgangslautung ist die Aspiration nur unmittelbar vor betontem Vokal stark¹¹⁰. Dann folgt auf die Artikulation des Konsonanten ein relativ großes Quantum an frei ausströmender Atemluft. Bei dem Vorschalten eines [h]-Lautes, der als Stimmritzenlaut in der Glottis gebildet, aber durch das Einnehmen einer mittleren Position der Stimmbänder, in einer Stellung zwischen „ganz offen“ und „ganz geschlossen“, produziert wird, entsteht genau wie beim Flüstern nur ein leichter Reibungsmechanismus. Auch beim Flüstern zeigten meine Probanden im Übrigen wenig bis gar keine Stottersymptomatik, je nach dem, ob leise oder laut geflüstert werden sollte. Bei besonders lautem Flüstern kann die Luft nämlich nur mit sehr großem Druck durch eine nun mehr kleine Öffnung zwischen den Stellknorpeln passieren, der durch den Stimmbänderschluss entstanden ist. Beim Flüstern nehmen die Stimmbänder eine mittlere Stellung zwischen „ganz offen“ und „ganz geschlossen“ ein, sodass eine leichte Reibung entsteht. Je lauter das Flüstern werden soll, desto stärker werden die Stimmbänder zusammengebracht, und die Reibung intensiviert sich. Ganz im Gegensatz dazu verhalten sich die glottalen Verschlusslaute, die gebildet werden, wenn der Luftstrom im Larynx auf geschlossene Stimmbänder stößt, blockiert wird, und die Stimmbänder dann explosionsartig durch den subglottalen Druck geöffnet werden. Auf der Folie des pathologischen Kontextes, appliziert auf die Anwendungsdomäne des Stottersyndroms, könnte man daher eine Skala mit den Endpunkten „offene und geschlossene Stimmbänder“ konstruieren und prüfen, ob die Messdaten der Manifestation und der Stärke der Stottersymptomatik mit den Polen korreliert, die die Messskala generiert.

tomatik wie beispielsweise den zusammengezogenen, gespitzten Lippen, krampfhaften Augenschließen etc. äußern.

¹¹⁰ Im *Duden* (⁴1984) wird der Aspirationsmodus in der Hoch-, Umgangs- und der gemäßigten Hochlautung differenziert.

Kommen wir nun auf die Wortentitäten „eigenbrötlicher (Mensch)“ und „(vom) italienischen“ zurück, die bei den Probanden Enrico und Daniela große symptomatische Artikulationsschwierigkeiten hervorrufen. Diese Wortentitäten kamen erstmals zum einen in Enricos Rede während einer therapeutischen Sitzung vor und zum anderen während des Telefonats, das Daniela mit der Werbeagentur geführt hat. Hier waren sie mir aufgrund der starken Symptommanifestation bei den Patienten aufgefallen. Deshalb sind sie von mir in anderen Kontexten immer wieder zum Einsatz gebracht worden, um herauszufinden, ob die Wortentitäten häufiger und eben in diesem starken Ausmaß symptomlastig seien¹¹¹. Da Stottern ein Störphänomen in der Realisation der kontinuierlichen Silbenverbindungen ist, liegt es nahe, die Stärke der Verknüpfung, das „Syntheseglied“, das zwischen den Silben liegt, näher zu beleuchten. Daher wollte ich die Relevanz des Silbenkontaktgesetzes, das eben diesen „intersilbischen Mechanismus“ regelt, auf die pathologische Anwendungsdomäne des Stotterns applizieren. Eine plausible These hierzu würde dann lauten:

Die Manifestation der Symptomausprägung zeigt sich tendenziell stärker/ öfter an den Positionen, die einen weniger stark bevorzugten Silbenkontakt aufweisen.

Generell besagt das Vennemann'sche Silbenkontaktgesetz, dass „(e)in Silbenkontakt $A^{\$}B$ (...) um so stärker bevorzugt (ist), je größer die Differenz in der konsonantischen Stärke zwischen B und A ist, (und) je größer $KS(B)$ minus $KS(A)$ ¹¹² ist“, bzw. dass ein Silbenkontakt desto besser¹¹³ ist, je größer die Stärkedifferenz zwischen dem zweiten und dem ersten Sprachlaut ist.“

¹¹¹ Erinnern wir uns: Als die beiden Parameter für die Quantifizierbarkeit der Stottersymptomatik gelten in dieser Abhandlung die Auftretenshäufigkeit und Stärke der Symptomatik bei einem beobachteten Stotterpatienten.

¹¹² Die Abkürzung „KS“ steht für „konsonantische Stärke“.

¹¹³ „Besser“ meint in diesem Kontext und generell in allen Vennemann'schen Silbenstrukturpräferenzgesetzen: weiter verbreitet und/ oder häufiger Istwert und Resultat eines phonologisch motivierten Wandels.

Segmentieren wir die komplexe Wortentität „eigenbrötlerischer“ zunächst in die von Enrico realisierten Silbenentitäten und analysieren wir die silbischen Teilstücke hinsichtlich ihrer internen Struktur, und wie die einzelnen Glieder miteinander verbunden sind.

Die folgende Tabelle möge die Segmentierung von „eigenbrötlerischer“ darstellen:

Tabelle (7): „Syllabifizierung von `eigenbrötlerischer´“

Silbenentitäten	Offene bzw. geschlossene Silbe	Arithmetischer Silbenkontaktwert
ei- [<i>ʔai-</i>]	offene Silbe	[<i>/ai/-g/</i>] hat den Wert 7.
gen- [<i>-gɛ:n-</i>]	geschlossene Silbe	[<i>/n/-b/</i>] hat den Wert 3.
bröt- [<i>-brø:t-</i>]	geschlossene Silbe	[<i>/t/-l/</i>] hat den Wert –5.
ler- [<i>-lɛr-</i>]	geschlossene Silbe	[<i>/r/-ʔi/</i>] hat den Wert –6.
rischer [<i>-rɪʃɛr</i>]	geschlossene Silbe	Der durch die Hyperkorrektur gewonnene, neue Silbenkontakt hat den Wert 0.

Die Silbenkontakte zwischen [t] - [l] und [r] und dem vor dem Vokal [i] geschalteten glottalen Verschluss“ sind schlecht, d. h. es herrscht eine schwache Bindungsfähigkeit zwischen den Einzelsilben. Eine Blockierung, die von Enrico realisiert wird, liegt auf dem Silbenonset von [-ler], also auf dem Anfangsrand der Silbe, die keinen Konnex zum Endrand der Vorsilbe eingehen kann. Eine Hyperkorrektur, die die Silbenstruktur modifiziert, wie aus der obigen Tabelle er-

sichtlich wird, ist in der nächsten Silbe zu eruieren. Auch hier liegt zunächst ein „schlechter Silbenkontakt“ vor. Item die sprachliche Vermeidungsstrategie, den glottalen Verschluss vor der Vokalphonation auszusparen, sehe ich in diesem Fall als relevant an. Der Onset wird einfach mit dem Offset verbunden und damit wird auch eine potentiell störanfällige, phonetische Position neutralisiert.

Hier greift also das Silbenkontaktgesetz: Es kann die schwachen Bindeglieder zwischen den Einzelsilben lokalisieren und damit die Positionen der Anfangsränder der Silben sichtbar machen, die für symptomatische Manifestation anfällig sind.

Interessant ist hierbei auch die Tatsache, dass fast ausschließlich geschlossene Silben die Wortentität „eigenbrötlicher“ formen, d. h., dass die Einzelsilben nicht auf die vokalische Position enden, sondern auf die konsonantische. Diese stößt mit der Produktion der Folgesilbe auf eine weitere, mit einem Konsonanten besetzte Position, nämlich auf die Onset-Position der Folgesilbe. In den geschlossenen Silbenentitäten fällt die Vokalartikulation generell mit der Implosion des Folgekonsonanten zusammen, was in die Argumentation der Silbenschnittsprachen mündet, nach der die Vokalkürze durch Koartikulation mit dem Folgekonsonanten erzeugt wird. Zudem werden Konsonanten nach Kurzvokal, der in der geschlossenen Silbe vorliegt, stärker artikuliert, was auch die Beanspruchung der Muskelaktivität erhöht, wie schon Sievers (1901: 71) zeigte. Die Expiration des Vokals mündet schon in den konsonantischen Bereich, der durch den Anschluss des Onsets der Folgesilbe expandiert wird.

Untersuchen wir diesbezüglich und hinsichtlich des Silbenkontaktgesetzes noch „(vom) italienischen“, das der Probandin Daniela artikulatorische Schwierigkeiten im Sinne der Stottersymptomatik bereitet hat. Die nun folgende Tabelle möge die von Daniela vorgenommene Segmentierung darstellen:

Tabelle (8): „Syllabifizierung von `italienischen`“

Silbenentität	Offene/ geschlossene Silbe	Arithmetischer Wert des Silbenkontaktes
1) it- [<i>?it-</i>]	geschlossene Silbe	0
2) -tal- [<i>-tal-</i>]	geschlossene Silbe	2
3) -je- [<i>-jɛ:-</i>]	offene Silbe	4
4) -nischn [<i>-nɪfn</i>]	geschlossene Silbe	-

Der Silbenkontakt-Wert, der den Übergang von Segment (1) zu Segment (2) arithmetisch dokumentiert, ergibt sich durch die vorgenommene Assimilationsmaßnahme in Form einer Geminatio**n** bzw. durch die doppelte Schaltung des [t]-Lautes. Er wäre sonst höher, was einer intensiveren Konnexion gleichkäme. Die Manifestation der Stottersymptomatik ist in dieser Position aber besonders stark, was für ein Greifen des Silbenkontaktgesetzes, aber gegen die Effizienz der durchgeführten Hyperkorrektur spricht. Die Angleichungstendenz muss sicherlich auch in Vorausschau auf die folgende Nahtstelle „Silbe (a) – Silbenübergang – Silbe (b)“ hinarbeiten. Daher werden nur jeweils einander angegliche Werte lizenziert: z. B. von (0) auf (2), anstatt von (7) auf (2). Der dritte Wert ist relativ hoch, die Silbe ist offen, und auch die Stottermanifestation ist im Vergleich zu den vorigen Silbennähten eine relativ geringe. Auch in diesem Beispiel scheint die Relevanz des Silbenkontaktgesetzes für die pathologische Anwendungsdomäne „Stottern“ und ihres Arbeitsgebietes der analytischen, eindimensionalen Identifikation bestimmter, phonematischer Stotterorte gesichert.

Ein Wort, das in Enricos Redebeiträgen äußerst häufig vorkommt und das trotz seiner Komplexität, schließlich handelt es sich um ein polysyllabisches, zweigliedriges Kompositum, immer flüssig gesprochen wird, ist „Blankenburg“, die Heimatstadt meines Probanden. Dies ist ein Grund für mich, das Wort aus dem Kontext herauszufiltern und es in Feinanalyse näher zu betrachten:

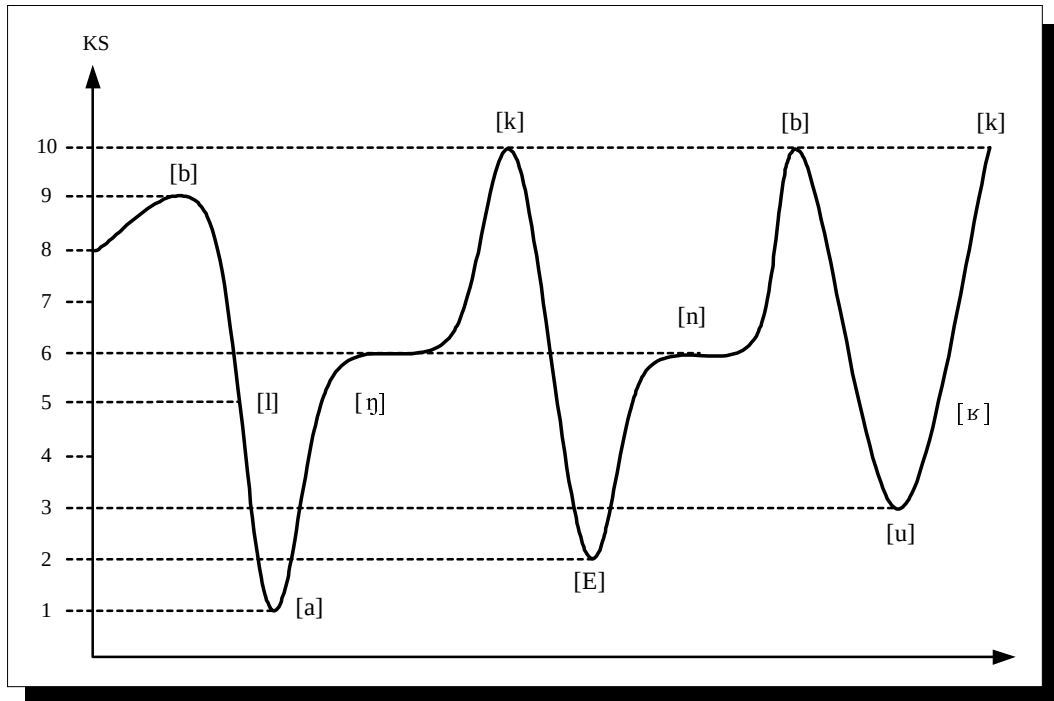
Versuchsanordnung (4): „Feinanalyse von `Blankenburg‘“

(1) Analyse der Silbenbeschaffenheit

Die konsonantische Stärkeeinteilung der Einzelsprachlaute der beiden Entitäten „blanken-“ und „-burg“ ist hier in das folgende Koordinatensystem eingetragen worden. Enrico gliedert nämlich „Blankenburg“ artikulatorisch immer in eben diese beiden Entitäten, wobei erstere mit dem Hauptakzent versehen wird, die zweite vergleichsweise nur sekundär prominent ist.

Beide Entitäten sind geschlossene Silben. Ihre Onset-Positionen sind mit stimmlosen/ stimmhaften Plosiven besetzt, die einen hohen konsonantischen Stärkewert aufweisen und sich daher eigentlich als potentielle Stotterorte ausweisen.

Grafik (11): „Eintragung der konsonantischen Stärkeklassen der Einzelsprachlaute in `Blankenburg´ in ein Koordinatensystem“



Legende zu Abb. (11):

Jedem Einzellaute wurde ein KS-Wert zugewiesen:

[b] (9), [l] (5), [a] (1), [n] bzw. [ŋ] (6),

[k] (10), [ɐ] (ca. 2), [n] (6),

[b] (9), [u] (3),

Der Wert eines Allophons von [r] beträgt (ca. 4). Der verhärtete Auslaut von [g] ist [k] und ist mit dem höchsten KS-Wert (10) versehen worden.

Es ergeben sich so genannte Trogsilben, wobei insbesondere die „-burg“-Silbe eine klassische „Trogsilbe“ darstellt, bei der dann alle so genannten „Wohlgeformtheitsregeln“ im Rahmen der Vennemann'schen Silbenstrukturpräferenzgesetze greifen:

- a) Kopfgesetz: „Der `ideale' Silbenkopf hat nur einen Sprachlaut. Der Silbenonset hat einen hohen konsonantischen Stärkewert, und seine konsonantische Stärke fällt scharf auf den folgenden Nukleus ab.“
- b) Nukleusgesetz: „Der `ideale' Nukleus hat eine geringe konsonantische Stärke, hier beträgt sie KS (3).“
- c) Silbenkontaktgesetz: Hier sind es drei Silben, die einen Kontakt miteinander eingehen. Da Enricos artikulatorische Gliederung aber eine binäre ist, spielen nur folgende Entitäten eine Rolle, nämlich: [blaŋken] oder [-kən] und [buak] oder [buɤk]¹¹⁴. Hier sorgt ein relativ guter Silbenkontakt für eine gelungene artikulatorische Bindung zwischen den „Hauptsilben“. Der Silbenkontakt zwischen der ersten Silbenentität und der zweiten, der einen potentiellen „Lokus“ für Störanfälligkeit darstellt, hat einen arithmetischen Wert von (3) und bietet daher guten Silbenkontakt. Zwischen „Blan-“ und „-ken“ herrscht aber mit einem Wert von (-4) ein eher schlechter Silbenkontakt, deshalb segmentiert Enrico die Makroentität „Blankenburg“ auch in die Mikroentitäten „blanken-“ und „-burg“ und nicht in die drei möglichen Segmente.

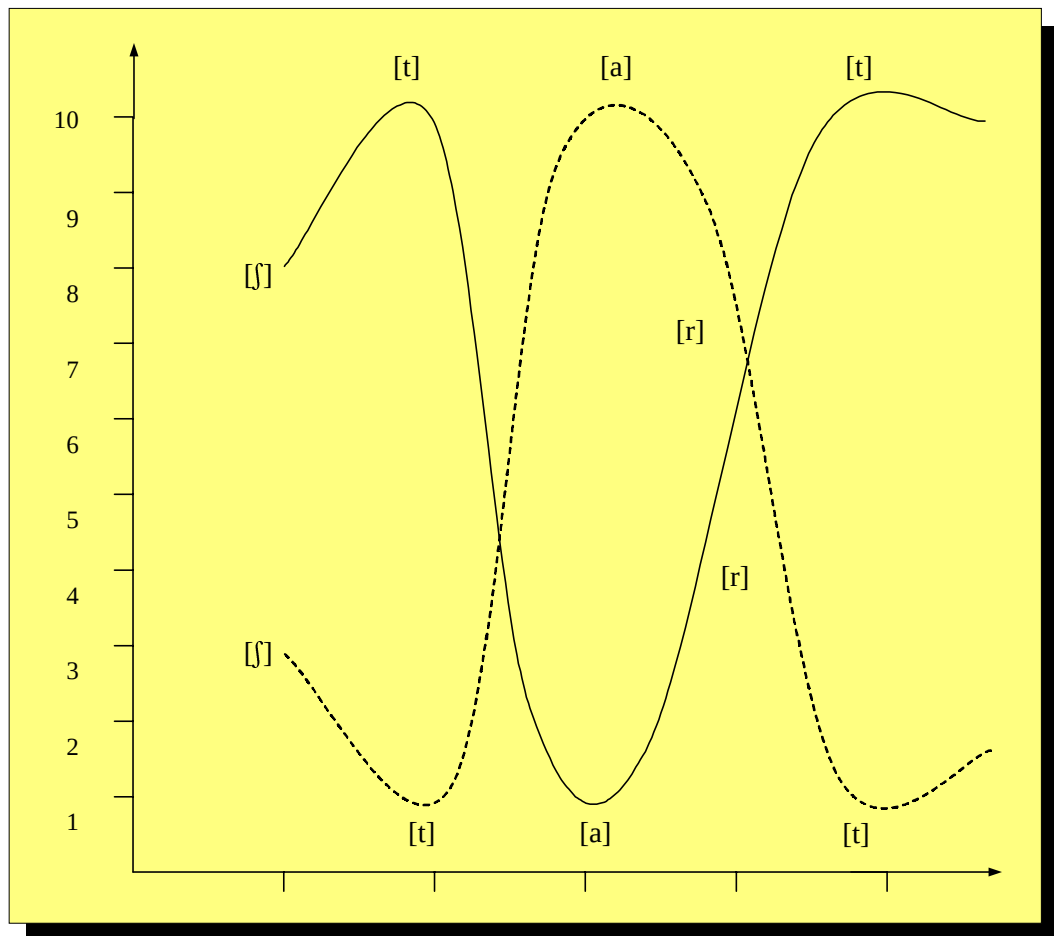
Die beiden „Hauptsilben“ sind zudem geschlossene Silben. Der Nukleus ist also eingebettet in zwei Konsonantenverbindungen mit relativ hoher konsonantischer Stärke. Der Vokal mit einem hohen Sonoritätswert bildet die Talsohle im Sonoritätsgefälle der Konsonanten.

¹¹⁴ Mit Hilfe der Subtraktion $(KS(B) - KS(A))$ lässt sich die Differenz zwischen den beiden Stärkeklassen ermitteln. Je größer dieser Wert ist, desto stärker ist der Silbenkontakt zwischen A und B ($A \neq B$). $KS(b=9) - KS(n=6) = KS(3)$, was einem guten Silbenkontakt entspricht.

Wie aber reagiert die Symptomlastigkeit, wenn die Sonoritätskurve starken Schwankungen unterliegt, wenn die Sonoritätskurve nicht streng monoton zu- oder abnimmt vor und nach dem Nukleus? Bei dem Wort „Start“ ist der erste Konsonant, der die erste Position des Silbenonsets innehat, nämlich sonorer als der zweite, was impliziert, dass die KS-Kurve bzw. S-Kurve¹¹⁵ nicht streng monoton vom Onset zum Nukleus hin abnimmt bzw. zunimmt, sondern ihr Maximum bzw. Minimum erst mit dem zweiten Konsonanten erreicht, wie Grafik (12) anschaulich dokumentiert:

¹¹⁵ Die „S-Kurve“ bezeichnet die Kurve der Sonorität vs. der „KS-Kurve“, die die Werte der konsonantischen Stärke-Klassen darstellt.

Grafik (12): „Sonorität bei `Start`“



—— [KS]-Kurve

----- [S]-Kurve

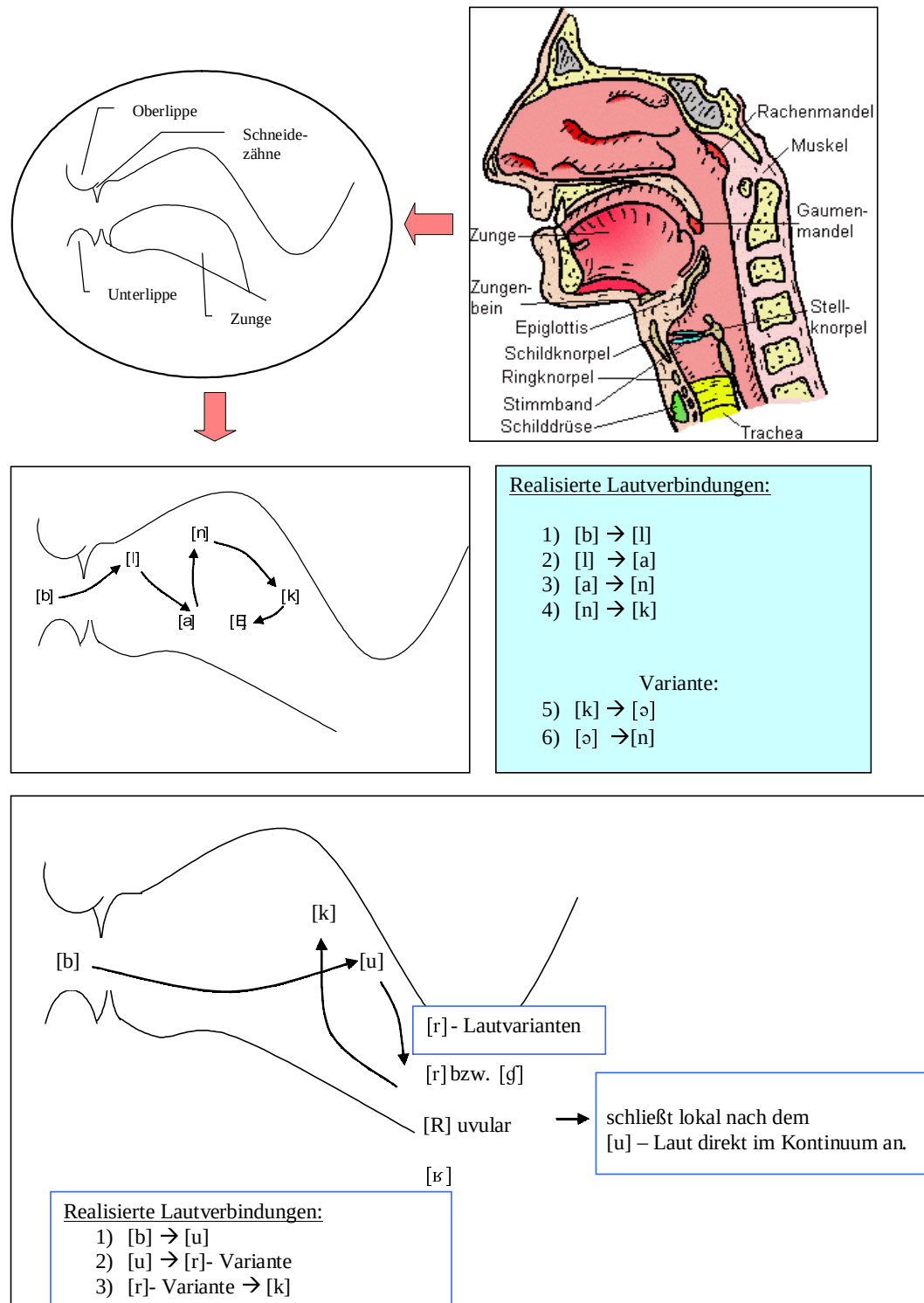
[KS] - Kurve in inverser Skalierung der
Sonoritätskurve

Bei „Start“ zeigen alle drei Probanden relativ häufige und starke Stottersymptomatik, was möglicherweise u. a. mit der Tatsache zusammenhängt, dass die konsonantische Stärke in ihrer Monotonie vor dem Vokal abgebremst wird und bei dem zweiten Konsonanten einen neuen Höchstwert erhält. Für die Stotterpatienten, die ich beobachtet habe, scheint generell die Einförmigkeit zwischen Werten, die einer Monotonie bei den Stärkeklassen entspricht, und die Kontinuität bezüglich eines Abschreitens der einzelnen Artikulationsorte potentielle Irritationen in ihrer Vorkommenswahrscheinlichkeit und -häufigkeit zu vermindern. Trotzdem glaube ich, dass der [ʃt]-Laut als nicht segmentierbare Entität hinsichtlich der Stotterproblematik betrachtet werden muss. Der erste Laut auf der Onset-Position ist der, der für eine mögliche symptomatische Manifestation der entscheidende, relevante ist, und zweifelsohne auch die Anzahl der C-Positionen, die den Anfangsrand der Silbe repräsentieren. Hier muss eine artikulatorische Modifizierung des komplexen Anfangsrandes der Silbe im Rahmen der therapeutischen Zielsetzung angestrebt werden, um den gehemmten Sprechfluss wieder in Gang zu bringen: z. B. Segmentierung der komplexen Onset-Position in Einzellaute.

(2) Analyse der phonetischen Lautstruktur von „Blankenburg“

Bei der Analyse der Lautstruktur, die in Silben als Strukturentitäten segmentiert ist, lässt sich ein kontinuierlicher Rückgang von „ganz [vorne]“ mit Bilabialität nach „ganz [hinten]“ mit Velarität hinsichtlich der Lokalisierung der Einzellaute innerhalb des Mundraumes erkennen. Hier ist kein „Hin- und Herspringen“ hinsichtlich eines Anpeilens der Artikulationsorte in der Mundhöhle zwischen den Einzellauten während ihrer Bildung nötig, das möglicherweise eher tendenzielle Irritationen im Sinne der Stottersymptomatik hervorrufen könnte. Die folgende Grafik (13) möge die Bildung der Einzelsprachlaute an ihren jeweiligen Artikulationsorten adäquat abbilden.

Grafik (13): „Die Bildung der Einzelsprachlaute an ihren jeweiligen Artikulationsorten“



Ich möchte nun noch einige Anmerkungen zu Grafik (13) liefern:

Im vorliegenden Fall wären theoretisch drei Möglichkeiten der „r“-Phonation möglich: [r], [ʀ] oder [ʁ]. Die uvulare Variante wäre grundsätzlich die „am einfachsten“ artikulierbare für den symptombelasteten Sprecher, weil sie im Kontinuum der Artikulationsorte unmittelbar nach dem [u] als einem in der Mundhöhle hinten gebildeten Vokal lokal direkt anschließt. Wie wir im Weiteren noch sehen werden, stellen nämlich die Laute, die im Kontinuum zu anderen, im Kontext benachbarten, lokal anschließend gebildet werden, tendenziell weniger Angriffspunkte für die Stottersymptomatik dar¹¹⁶. Sie dürfen aber auch keine Artikulationsorte gemeinsam besetzen oder eine „zu enge Nachbarschaft“ miteinander eingehen, wie ich später noch eingehend erläutern werde

Resümee des Kapitels:

Zum Abschluss meiner Ausführungen dieses Kapitels möchte ich die gewonnenen Erkenntnisse in einem kurzen Resümee zusammenfassend formulieren:

1. Generell ist zu beachten, dass das Greifen eines einzelnen phonematischen oder prosodischen Parameters, der Stottersymptomatik in ihrer Ausprägung, was die Manifestation und/ oder Färbung angeht, potentiell auslösend oder hemmend beeinflussen kann, von der Allianz der anderen relevanten Parameter abhängt. Ein phonetischer Ort ist generell auch von seiner Umgebung determiniert und von einem breit gefächerten Gesetzeskatalog, der bestimmend auf diesen Locus eingreift.
2. Mehrere phonematische Gesetze, wie das Silbenkontaktgesetz, das Kopfgesetz, das Nukleusgesetz etc. sind auch für die Anwendungsdomäne „Stottern“ relevant. Die einzelnen Silbenentitäten, bei denen Stottersymptomatik auftritt,

¹¹⁶ Vgl. hierzu Kapitel 1.2.3 dieser Abhandlung mit dem Titel „Die Assimilationstendenzen der phonetischen Artikulationsorte“.

können nach linguistischen Gesichtspunkten als Teildisziplin in einer interdisziplinären Vielfalt untersucht und analysiert werden.

3. Die phonetische Untersuchung nach den unterschiedlichen Gesichtspunkten der distinktiven Merkmalsstruktur kann auch auf der Folie der pathologischen Anwendungsdomäne hilfreich sein, um die idiografische, phonematische Analyse des Patienten zu charakterisieren.
4. Für den Stotterpatienten können mithilfe der eruierten Daten, linguistische Konzepte, die in der idiografischen Stottertherapie im Bereich Phonematik greifen, erarbeitet werden.

1.1.4 Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit

Die Thematik „Der Akzent als regulatives Moment der Stottersymptomatik“ gewinnt schon allein auf der Folie des Wissens um Daten an Bedeutung, nach denen „Monotonie“ als inverse Skalierung zum melodischen Akzent als (prosodisches) Teilsymptom des Stotterns in der einschlägigen Literatur angeführt wird (vgl. dazu u. a. Wirth, ⁴1994: 166). Ich selbst habe ein Skandieren, also eine Trennung einzelner Silben durch längere/ kürzere Pausen als Störmoment des rhythmischen Akzents, bei allen meinen Probanden diagnostizieren können¹¹⁷. Auch die einschlägige Forschung stellt das Stottersyndrom in das Licht eines prosodischen Störbildes (vgl. u. a. Wingate, 1969, 1976, 1982), bei dem die Patienten Schwierigkeiten haben, betonte Sprachelemente zu realisieren. Meine Versuchsreihe im vorherigen Kapitel diagnostizierte meiner Probandin Doris aber ganz im Gegensatz dazu eine durchaus anzuerkennende prosodische Kompetenz. Trotzdem besteht zweifelsohne eine rhythmische Performanzstörung, denn, wenn der Redefluss gehemmt ist, zeichnen Zäsuren das isochrone, rhythmische Kontinuum aus,

¹¹⁷ Unter „melodischen Akzent“ verstehe ich die Prominenzstruktur, die sich aus den Tonunterschieden durch veränderte Muskelspannung im Kehlkopfbereich ergibt. Hier verändert sich die Stimmhöhe innerhalb einzelner, phonetischer Entitäten. Auf der Makroebene entsteht dann die Sprechmelodie. Beim Stottersyndrom wird der melodische Akzent eingeengt. Beim „rhythmischen Akzent“ handelt es sich demgegenüber um eine Veränderung der Tonlänge, d. h. um einen alternierenden Wechsel von langen und kurzen Silben und Pausenstrukturen zwischen den einzelnen phonetischen Entitäten.

die nicht nur unterbrechenden, „stockenden“ Charakter haben, sondern beispielsweise auch eine „wachsende, aufblähende“ Merkmalsstruktur aufweisen können. So ist es möglich, dass sich prolongierte Vokalkerne an Positionen etablieren, in denen keine Langvokale vorgesehen sind, um nur einen dieser „Brüche im prosodischen Kontinuum“ zu nennen. Die Performanzstörung, die das rhythmische Bewusstsein des symptombelasteten Sprechers prägt, ist meiner Meinung nach im Bild eines Hiatus von Impuls und Gegenimpuls adäquat zu beschreiben, wobei das impulsive Moment das rhythmische Bestreben versinnbildlicht, die inverse Skalierung liegt in der katatonen Starre des Stotterblocks, der zurücknehmenden, auflösenden Charakter hat und den Impuls, der rhythmische Eignung und Sensitivität aufweist, schon im Entstehen durch reflexhafte Gegenwehr abzuwürgen vermag.

Außerdem spricht die Tatsache, dass Metronom- oder Taktsprechen als Behandlungsmethode des Stotterersyndroms bekannt ist, das isochrones Sprechen nach dem Takt des Metronoms schon seit dem ausklingendem 19. Jahrhundert vorsieht und das sich bis in die Gegenwart als erfolgreiche Methode zumindest situativ gehalten hat, schon für die Wichtigkeit dieses Kapitels.

Die erste entscheidende Differenzierung, die hier meiner Meinung nach eine Rolle spielt, ist die zwischen „Kompetenz“ und „Performanz“, wie sie schon in den bisherigen Ausführungen des Öfteren vollzogen worden ist. Die zweite ist die Klärung der Begrifflichkeiten, die rund um den Terminus „Rhythmus“ im Medium der symptomfreien und symptombelasteten Sprechsprache kreisen: Zum Einen ist „Rhythmus“ durch die Polarität von „hohen“ und „tiefen Momenten“ bzw. durch den alternierenden Wechsel von „starken“ und „schwachen Positionen“ im sprechsprachlichen Komplex gekennzeichnet¹¹⁸. Insbesondere im Medium der symptombelasteten Sprache schwingt die Rhythmuskategorie aber auch zwischen den beiden kontrastiven Polen „Anspannung“ und „Entspannung“ hin und her. Zum einen ist der phonematisch-prosodische Spannungsbogen gemeint, der sich

¹¹⁸ Der Wechsel zwischen hervorgehobenen und nicht hervorgehobenen Elementen hat eine zentrale Funktion für die menschliche Informationsverarbeitung und –speicherung: Er erleichtert die Wahrnehmung, indem die Aufmerksamkeit des dekodierenden Sprachbenutzers auf den prominenten Teil lenkt. Der nicht prominente Teil erlaubt dem Sprachbenutzer, die aufgenommene Information zu prozessieren. Auch das Speichern der Information wird vereinfacht, indem unstrukturierte Informationsmechanismen hierarchisch organisiert werden. Sprache gehorcht mit ihrer rhythmischen Organisation also nur allgemeinen Prinzipien menschlicher Kognition.

zwischen „Auftakt - Akzent - Ausklang“ aufspannt, zum anderen die Spannungsregulation, die dem Stotterpatienten zumeist nicht ohne weiteres gelingen mag. Er ist nämlich vor, während und nach den typischen Blockaden im Redefluss sichtlich angespannt und muskulär verspannt. Eines der mannigfaltigen Störungsbilder des Stottersyndroms ist nämlich, dass Körperspannung und Muskeltonus, die einen isochronen Wechsel zwischen hypo- und hypertonen Spannungsmomenten im gesunden Fall vorsehen, nach einer chronischen, langen Krankheitsgeschichte nicht mehr angemessen rhythmisch arbeiten können¹¹⁹. Aber die Stotterpatienten, die ich im Laufe meiner Studien beobachtet habe, sind durchaus in der Lage, betonte Silben als rhythmusbildende und zeitchronisierende Elemente des Sprechflusses mit Zäsurmomenten zu etablieren. Der überspannte Muskeltonus, der vielfach in toto der Sprechhemmung entspricht, kann ein ernstzunehmendes Hindernis für eine erfolgreiche Heilung des Stottersyndroms sein, wenn es sie denn im chronifizierten Fall beim Erwachsenenstottern überhaupt gibt.

Zunächst möchte ich im Folgenden kurz auf einige sprachtheoretische, prosodische Charakteristika zu sprechen kommen, die die symptomfreie, wie die symptombelastete Artikulation in gleichem Maße betreffen. Im Anschluss daran werde ich die sprachtheoretischen Erkenntnisse auf die Anwendungsdomäne „Stottern“ applizieren.

Die Akzentuierung einer Silbe verleiht ihr eine Prominenzrelation gegenüber einer anderen, unbetonten im Hinblick auf eine Prominenz in Druckverhältnissen, Tonverläufen und/ oder sonstigen Kontureigenschaften.

Bei der Untersuchung von Akzentsystemen spielen daher quantitative Aussagen, wie Angaben über die Anzahl der Reimelemente bzw. das Silbengewicht oder die Anzahl der Moren, eine entscheidende Rolle. Nach traditioneller phonologischer Auffassung differenziert man zwischen schweren und leichten, zwei- oder polymorigen und einmorigen Silben, wobei erstere akzentanziehend wirken. In der

¹¹⁹ Hierin liegt auch u. a. die Bedingung für ein ganzheitliches Therapiekonzept, die sprachliche, psychische und körperliche Begleitsymptome in die Therapie mit einbringt.

Terminologie der Quantität besitzen schwere Silben eine Koda, leichte hingegen nicht¹²⁰.

„Die erste Artikulation der Sprache gliedert Zeichen aus: bei der gesprochenen Sprache als Figuren im Kontinuum der Äußerung. Eine Ausgliederung setzt einen Kontrast voraus: Bei völliger Gleichheit (Homogenität) ist eine Gliederung willkürlich (...). Eine nicht-willkürliche Ausgliederung beruht auf einem Kontrast (Kontrasten) im Signal: der Abfolge von Verschiedenem, dessen Differenz das Signal gliedert. Diese Abfolge gibt dem Signal eine Kontur (...)“ (Maas, 1994: 9). Dieser Konturgliederung entspricht schließlich der Akzent. Der Akzent ist im Vennemann'schen Sinne nicht wie im SPE-Modell¹²¹ eine Eigenschaft von Tönen, sondern von Silben. Diese Vorstellung mündet schließlich in die Darstellung der Silbenschnittopposition, auf die ich bereits im vorigen Kapitel zu sprechen kam (vgl. Vennemann, 1991: 218 ff.).

Generell braucht die Sprechmotorik nur ganz geringe Kräfte, um die Sprechorgane in Spannung zu halten und deren Lage zu verändern. Betrachtet man einen Stotterpatienten im konkreten Moment der Sprechflusshemmung während der Manifestation einer Blockade, kann man visuell die große Kraftaufwendung eruieren, die er während der symptombelasteten Lautproduktion aufbringt, obwohl die Sprechmotorik als feinmotorischer Prozess darauf ausgerichtet ist, die Einstellungen der Sprechorgane mit hoher Präzision und genauer Koordinierung nach dem Prinzip des geringsten Kraftaufwandes zu erreichen. Theoretisiert man im Sinne des zur Verfügung stehenden und des zur Lautproduktion in realiter benötigten und tatsächlich verwendeten Kräftepotentials weiter, könnte man sagen, dass jede Kolision der tatsächlich erforderlichen Kraft mit jedem Mehr an Kraftaufwand, das der Stotterpatient „ungerechtfertigt“ einsetzt, tendenziell eine Blockade provozieren muss. Bei der Artikulation einer prominenten Silbe sind, wie wir bereits gesehen haben, die Druckverhältnisse im Vergleich zu einer nicht-prominenten

¹²⁰ Natürlich existieren auch Fälle, in denen die umgekehrte Kausalität gilt, d. h. in Sprachen, in denen der Akzent nicht nur aufgrund des Silbengewichts platziert wird, sondern wo umgekehrt Silben durch das Vorhandensein eines Akzents schwer werden (oder durch das Nichtvorhandensein leicht!).

¹²¹ Das SPE-Modell beruht auf die Ausführungen von Chomsky und Halle (1968) in: „*The sound pattern of English*“.

Silbe erhöht. In meiner theoretischen Vorstellung müsste sich die akzentuierte Entität dann bezüglich des Nutzens eines erhöhten artikulatorischen Kraft- und Druckverbrauchs auf einem quantitativen Level bewegen, das zusammen mit dem „künstlichen“ Kraft- und Druckaufwand¹²² des Stotterers, ein „quantitatives Zuviel“ bzw. ein „quantitatives Übermaß“ ergibt, das sich in der Manifestation eines Blocks äußert. Dieser theoretische Ansatz, der noch einem Gedankenmanifest entspricht, bedarf jedoch zweifelsohne einer empirischen Verifizierung durch entsprechende Datenauswertung. Fest steht jedoch, dass die Ausgliederung aus der prosodischen Homogenität einer Nutzbarmachung komplexer, physiologischer Mechanismen bedarf, denen schon der symptomfreie Sprachbenutzer während der (sub-) glottalen Produktion der prosodischen Kontur ausgesetzt ist. Determiniert werden diese somatischen Abläufe durch eine Maximierung der „rhythmischen Bewegungen der Bauch- und Rückenmuskulatur, die den Atemstrom regulieren, durch den Druck des Atemstroms, der infraglottal aufgestaut wird (...) (und) (...) durch die Periodizität der Glottisvibration, die den Atemstrom passieren lässt (...).“ (Maas, 1994: 9) Der symptombelastete Sprecher kann mit dem oben beschriebenen, „quantitativen Übermaß“ durch eine Intensivierung der Muskelaktivitäten bei der Artikulation, durch Steigerung der Intensität oder der Lautstärke und durch Veränderung der Tonhöhe ausgelöst, eben nicht haushalten. Es kommt zu einem „lähmenden“ Störmoment, das die motorische Muskel- und Sprechorgan-tätigkeit mit einem Male aufhebt und/ oder eine spastische Muskelstarre aller oder nur einzelner Teile der am Sprechakt beteiligten Muskeln und Muskelgruppen etabliert.

Interessant ist, so meine ich, zweifelsohne auch die Tatsache, dass der Teil des phonologischen Materials, der für die Konstituierung des Akzents relevant ist, nur vom Inhalt des Reims¹²³ ausgemacht wird. Die phonetische Position, auf der sich der Stotterblock ausschließlich arretieren kann, der Onset der Silbe, ist jedoch nicht verantwortlich für die Akzentvergabe der Silbe. Der Silbenkern als intersilbisches Moment der größten Schallstärke und als erster Bestandteil des Reims wird meist von Vokalen gebildet, die, wie wir bereits gesehen haben, keine „Stot-

¹²² Mit dem Druckanstieg wird die pulmonale Luft durch das Ansatzrohr gepresst.

¹²³ Diese Konzeption setzt eine metrische Strukturierung der Silbe in die zwei Konstituenten „Anfangsrand“ und „Reim“ voraus.

terorte“ darstellen. Wie lassen sich also die Theorie vom „quantitativen Übermaß“ der Druckverhältnisse und ihrer Kollision mit der „künstlich initiierten Kraft“ des Stotterblocks mit der Theorie einer Etablierung potentieller „Stotterorte“ bündeln? Zum einen ist der Akzent keine segmentale Eigenschaft von Vokalen, sondern die relative Prominenz zwischen einzelnen Silbenentitäten. Die Relevanz der silben-internen Struktur darf also erst in einer „deep structure“ beleuchtet werden.

1.1.4.1 Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit, dargestellt an Komposita

In der einschlägigen Literatur wie bei Fiedler/ Standop (²1986:11) heißt es, dass die Symptomanfälligkeit bzw. –schwere unter verschiedenen Bedingungen variieren würden. Die Konsistenzanalyse¹²⁴ ergab die „regelhaft beobachtbare Abhängigkeit von linguistischen Merkmalen von Verbaläußerungen“ (ebd., ²1986: 12), wie z. B.: „Es wird eher am Satzanfang gestottert als am Satzende, (...) und lange Worte sind eher betroffen als kurze (...)“.

Sicherlich lässt sich diese Behauptung ohne weiteres durch entsprechende Untersuchungen verifizieren, jedoch meine ich, dass erst einmal die Begrifflichkeiten „Satzanfang“, „Satzende“, „lange und kurze Wörter“ definiert und semantisch abgesteckt werden sollten.

Da bei Einsilblern meist nur ein Silbenonset und eine Vollsilbe und demnach nur ein prominenter Kopf vorhanden sind, kann sich logischerweise nur maximal ein Stotterblock ausbilden. Bei zwei- und mehrsilbigen Wörtern mit zwei und mehr Vollsilben erhöht sich zweifelsohne die Möglichkeit, dass sich Stotterblocks manifestieren, was aber nicht mit der Wortlänge, sondern nur mit der Zunahme der Anzahl der Onset-Positionen zusammenhängt.

¹²⁴ Fiedler/ Standop (²1986) unterscheiden diesbezüglich zwischen Konsistenzeffekten und Adaptionseffekten. Erstere stellen die tendenzielle Charakterisierung des Stotterers dar, bei mehrmaligem Lesen ein und denselben Textes auffallend häufig an denselben Stellen zu stottern. Adaptionseffekte sind hingegen die tendenziellen Ergebnisse, die zeigen, dass bei mehrmaligem Lesen eine Abnahme der Symptomauffälligkeiten erkennbar ist. Als möglicher Grund hierfür wird die Bewertung des auszusprechenden Wortes von Seiten des Sprechers genannt und sein Vermögen, eine bestimmte Erwartungshaltung bezüglich dieses Wortes zu entwickeln.

Im Folgenden möchte ich mich mit einigen Beispielen von so genannten „langen Wörtern“ intensiver beschäftigen¹²⁵: den Komposita. Generell identifiziere ich aber im Einklang mit Wingate (1969: 12) die Silbe als die essentielle Einheit, die von Unflüssigkeiten betroffen ist. Beim Stottern handelt es sich meiner Meinung nach und laut Wingate nicht um die Schwierigkeit, isolierte Laute oder Silben artikulatorisch zu produzieren, sondern darum, Lautübergänge, Silbenübergänge und Betonungen zu bewältigen. Wingate (1969: 12) interpretiert Stottern deshalb als „phonetic transition defect“.

Ich möchte im folgenden Kapitel meine Aufmerksamkeit den Komposita widmen, zum einen, weil mein Proband Enrico sehr viele kompositionale Bildungen in seiner freien Rede verwendet, und weil die Prominenzverhältnisse in zusammengesetzten Wortentitäten im Gegensatz zum Simplexakzent von der lexikalischen Ebene weg und hin in Richtung „syntagmatische Makroentität“ nachgezeichnet und konstruktiv untersucht werden können. Die Akzentpositionen bei kompositionalen Gebilden werden nämlich nur zum Teil von der Morphologie ihrer Einzel-elemente determiniert. Zum anderen bieten die Komposita einfach mehr Silbenmaterial und damit mehr Silbenonsets als Orte der Manifestation von Stottersymptomatik, ohne durch die Satzintonation beeinflusst zu werden, die Prominenzalternation im Syntagma bewerkstelligen kann.

Im zusammengesetzten Wort bleiben meist entweder die Wortakzente der einzelnen Glieder erhalten, oder aber sie ordnen sich einem einzigen von diesen unter. So konstituieren sich im Allgemeinen der Kompositionsakzent und die prominenteste Silbe. Die Prominenzabstufungen der weiteren Silben sind Ergebnisse der Bewahrung der Vokalqualitäten und –quantitäten in den subordinierten Wortakzentsilben und bedürfen deshalb keiner besonderen Markierung. Der Kompositionsakzent als abstrakte phonologische Größe steuert die phonetische Realisierung von Dauer, Tonhöhe und Prominenz, also den Suprasegmentalia.

Die Grundregel für die Akzentzuweisung für Komposita, die für die symptomfreie Sprache gilt, besagt, dass der Hauptakzent innerhalb des ersten Bestandteils des Kompositums liegt und zwar auf derselben Silbe, die den Hauptakzent beim freien

¹²⁵ Als „lange Wörter“ können selbstverständlich mehr als dreisilbige Wortbildungen, Derivationen mit Affix-, Infix- und Suffixmorphemen, Zusammenrückungen wie „Rührmichnichtan“ bzw. „Taugenichts“ und Komposita angesehen werden.

Vorkommen des ersten Bestandteils trägt (vgl. Eisenberg, 1991 in: Ramers/ Wiese, 1991: 39). Diese Regel findet zweifelsohne auch Ausnahmeerscheinungen wie bei Steigerungsbildungen (z. B. „stèinréich“) oder bei Kopulativkomposita (z. B. „schwàrzwéiss“), bei denen der Hauptakzent auf dem Zweitglied, der Nebenakzent auf dem Erstglied liegt. Die generelle Tendenz, den Hauptakzent gegen Wortende hin zu platzieren, gilt im Vennemann'schen Sinne nur für Simplizia, also im nicht-abgeleiteten und unflektierten Wort (ebd., 1991 a: 12), und fällt mit dem Vollzug der Komposition von Nomen, Verb und Adjektiv mit jeweils äquivalenten oder voneinander verschiedenartigen Gliedern weg. Generell gilt als regulär, dass sich der Stamm-Anfangsakzent möglichst weit links innerhalb der Mikroentität „Simplex“, nämlich auf der Pänultimasilbe, manifestiert. Der Syntagmaakzent hingegen ist möglichst weit rechts innerhalb der entsprechenden Makroentität angesiedelt¹²⁶.

Es war mir wichtig festzustellen, ob die bereits erwähnten Hyperkorrekturen, also die phonetisch-phonologischen Maßnahmen, die der symptombelastete Sprecher vornimmt, um mit seinem sprechsprachlichen Defizit in der direkten symptomgefährdeten Sprechsituation besser umgehen zu können, auch kompositionale morphologische Gebilde mit ihren besonderen, strukturinternen Eigenschaften betreffen können. Wie oben bereits erwähnt, meint die einschlägige Literatur dazu, dass sich mit zunehmender Länge eines Wortes oder eines Syntagmas sich auch die Möglichkeit der Häufung von Störfaktoren bezüglich der Stottersymptomatik vervielfältigt. Ich betrachte diese These zum einen ganz pragmatisch und behaupte, dass ein Zuwachs an sprechsprachlichem Material natürlich auch mit potentiellen zusätzlichen Stotterblocks bzw. Reduplikationen einzelner Silben einhergehen kann, ganz nach dem Motto „Wo mehr Material da ist, können auch mehr Störfaktoren auftreten“. Dies liegt aber nicht an dem zusätzlichen kognitiven oder artikulatorisch-phonetischen Aufwand, der bei Kompositionen oder längeren Syntagmen möglicherweise aufgebracht werden muss, sondern an der alternierenden Akzentverteilung, denn, wie wir wissen, ist die Prominenz eines Wortes in Isolation nicht immer mit dem Akzent in einer Äußerung identisch. Im Rahmen der

¹²⁶ Der Wortakzent bei Simplizia ist prinzipiell frei, phonologisch-prosodische Akzentregeln schränken seinen Bewegungsbereich aber ein. Bei den Komposita ist der Wortakzent „weniger frei“, weil er auch teilweise durch die Morphologie determiniert ist.

metrischen Phonologie kennt man sogar eine Rhythmusregel, die gewährleistet, dass eine Umindizierung der als „strong“ und „weak“ ausgewiesenen Positionen des „Metrical trees“ regulär ausgeführt werden kann. Die Reindizierung verhindert nämlich, dass zwei als stark, also als prominent ausgewiesene Positionen aufeinanderstoßen, d. h. dass ein „Stress clashing“ entsteht. Bei Hayes alternieren demnach die Akzentverhältnisse bei dem von der Akzentkollision betroffenen Beispiel „*fourteen (wóman)“ zu „fóurteen wóman“, einer Sequenz, bei der alternierender Rhythmus vorliegt (vgl. ebd., 1984: 59). Wir haben auch in den Ausführungen im vorigen Kapitel gesehen, dass die kontextuelle, sprachliche Umgebung die Akzentverteilung des einzelnen Wortes determiniert, eine Umindizierung der Prominenzstruktur provoziert, und dass diese Erkenntnis sich auch im Medium der symptombelasteten Sprache niederschlägt.

Es gilt im Folgenden, die Akzentverteilung bei kompositionalen Gebilden in der symptombelasteten Rede zu betrachten und zu verifizieren, ob die zum Stotterbild meiner Probanden gehörenden bewusst oder unbewusst applizierten Hyperkorrekturen auch die Prominenzverhältnisse alternieren lassen. Die Frage, die sich uns stellen wird, ist die, ob die Akzentzuweisung ein Regulativ für Störfaktoren im Redefluss bzw. Provokateur für die charakteristische Symptomlastigkeit ist.

Bei der auditiven Analysearbeit der Sprachkassetten, die die symptombelasteten Probanden freundlicherweise für mich aufgenommen haben, war mir nämlich aufgefallen, dass aufgrund der Blöcke, des stummen Pressens oder der oftmals retardierenden Momente in Form von „Redestopps“ Komposita bei der Dekodierung vonseiten des Zuhörers oftmals gar nicht mehr als solche identifizierbar waren.

Bildet der symptombelastete Sprecher prominente oder reduzierte Silben an Orten in der kompositionalen, morphologischen Konstruktion aus, die eigentlich so gar nicht vorgesehen sind und nach anderen Quantitäten verlangen? Wenn dies zutrifft, wie und warum wird eine solche Umverteilung der Akzentuierung vorgenommen?

Generell fiel mir bei Enricos freier Rede auf, dass viele Komposita in oftmals langen Syntagmen verwendet werden. Einige davon überraschenderweise auch in

häufiger Verwendung immer wieder symptomfrei¹²⁷. Bei den Komposita, die stotter-symptomatischen Habitus zeigten, habe ich ihre Struktur und ihre Akzentverteilung in Korrelation mit dem Stottermoment untersucht. Hierbei war es mir ein besonderes Anliegen, die einzelnen Wörter nicht vollends aus ihrer sprachlichen Umgebung herauszulösen, sondern ihre Einbindung in den unmittelbaren phonetischen Kontext zu berücksichtigen.

Im Folgenden möchte ich Beispiele für Kompositaverwendungen, die mir bei Enricos Sprechsequenzen aufgefallen sind, vorstellen und interstrukturell analysieren:

- 1) „(...) kleine Schwéine (2.0) óerchen aus dieser tollen Konditorei (...)“
(Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“, 03.05.1999, Kassetten-Zählwerk 123)

Kontextuelle Einbettung: Enrico und seine Sprachtherapeutin unterhalten sich über die Sprechablaufstörung Enricos. Thematisiert werden insbesondere einige „schwierige“ Sprechsituationen, an die sich Enrico erinnern kann.

Probleme mit dem Kassettenrekorder.

<tasten werden gedrückt, multiple geräusche>

```

01   E:  so so: funk.tio.niert das auf JE:.dn fall jA: ge.nau:
02       und zwa:r (2.0) ich ha:.be jetzt gest.ern ein SEH:r
03       schreck.li.ches SPRA:ch.er.leb.nis gehabt (.) ich
04       sollte fü:r mei:.ne kollegin ent.we:der lår.chn oder so
->05     ne klei.ne SCHwei.ne.ÖH:.rchen von die.ser KON.ditoREI:
06       da: am markt ho:.len.

```

In phonetischer Umschrift transformiert repräsentiert sich das für die Analyse relevantes Phänomen folgendermaßen: [ne.'klai:.ne.ʃvaine.'æ:rxen.fɔn...].

¹²⁷ Bei meinem Probanden Enrico war es beispielsweise der zusammengesetzte Eigenname „Blankenburg“, Heimatstadt meines Probanden im Harz. Dieses Beispiel ist von mir im vorherigen Kapitel mit dem Titel „Das Greifen neuerer phonematischer Errungenschaften als Parameter für ein Stattfinden der Stottermanifestation und für die Schwere der Symptomausprägung“ untersucht worden.

Bei diesem klassischen Determinativkompositum liegt der Hauptakzent in der Regel auf dem Determinans, der Nebentakzent auf dem Determinatum. Enrico hingegen akzentuiert das Kompositum nicht gemäß dieser sich abzeichnenden Linkslastigkeit bezüglich der Prominenzverhältnisse. Das Determinans kann dabei rasch, völlig mühelos und symptomfrei artikuliert werden, während das kategoriebestimmende Element auf der Initialsilbe deutliche Artikulationssymptomatik zeigt. Zum einen geht der eigentlichen Artikulationsfähigkeit des Determinatums ein langer, stummer Block voraus, der zweifelsohne mit deutlicher Sekundärsymptomatik verbunden ist¹²⁸, zum anderen wird „Schweine“ so schnell ausgesprochen, dass die Manifestation eines Prominenzprofils durch eine Akzentuierung von vorne herein nicht möglich ist.

Meine These lautet nun, dass, wenn Enrico das Determinans regelhaft akzentuiert hätte, hätte sich der Stotterblock möglicherweise nach vorne verlagert. Um diese These zu verifizieren, möchte ich aber im Folgenden noch die weiteren Komposita, deren Struktur und ihre Korrelation zum Stotterverhalten analysieren. Fest steht jedoch zweifelsohne, dass Enrico die Prominenzverhältnisse innerhalb des Wortes verschiebt. Über die möglichen Gründe dafür kann allenfalls spekuliert werden: Der Silbenanfang von „Schweine“ wird phonetisch von einer Akkumulation zweier Frikative gebildet. Wie schon oben erwähnt, ist die Artikulationsweise „Engebildung“ ebenso wie die „Verschlussbildung“ ein potentiell, Stottern provozierendes, phonetisches Moment¹²⁹, das vom symptombelasteten Sprecher am liebsten vollkommen vermieden bzw. möglichst schnell ausgesprochen werden will.

¹²⁸ Die Sekundärsymptomatik kann in entsprechenden Videoaufnahmen verifiziert und in verschiedenen Therapieansätzen in genauer Analyse von Seiten des Patienten und des Therapeuten gemeinsam bearbeitet werden.

¹²⁹ An dieser Stelle soll keinesfalls festgehalten werden, dass ein bestimmter phonetischer Ort alleiniger Auslöser, bestimmt aber Begünstiger einzelner Stottermomente sein kann. Diese sprachlichen Orte werden dann vom symptombelasteten Sprecher gerne vermieden bzw. ausgespart.

- 2) „(...) vorgestern noch mal ne (-) Spráchkàssette mit diesem Jungen besprochen (...).“ (Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“, 03.05.1999, Kassetten-Zählwerk 289)

Kontext: Therapeutisches Gespräch über Situationen mit starker Stottersymptomatik in der Woche vor der therapeutischen Sitzung. Emotionen und Empfindungen werden dabei thematisiert.

01 T: wann hast du denn als besonders SCHLImm empfunden?
 02 E: na: ja: ähm da: hab ich vo:r.gestern noch mal ne
 ->03 SPra:ch.kasset.te mit die:.sem Jungen bespro:.chen,
 04 der war so: nett(.) de:r hat gleich ge: (2.0) SSA:gt
 05 dass ich mir kei:.ne sorgen machen muss...

Phonetische Umschrift des zu analysierenden Phänomens mit kontextueller Einbettung: *[ne.'spra:ç,kazet.tə.mit.di:.sem.juŋgən.bəʃpro:çən]*

Auch hier liegt ein klassisches Determinativkompositum vor, bei dem Enrico aber regelhaft das Determinans mit dem Hauptakzent versieht, das Determinatum mit dem Nebenakzent. Die Symptomlastigkeit zeigt sich eindeutig auf dem ersten Kompositionselement. Dies lässt sich, so meine ich, nicht allein durch den „schwierigen“, phonetischen Ort, der vom Onset des ersten Kompositionselements gebildet wird, erklären. Natürlich bedeutet der phonetische Zusammenschluss eines stimmlosen Frikativs mit einem ebenso stimmlosen Plosiv zu einer affrikataähnlichen Verbindung zweifelsohne ein Mehr an phonetisch-energetischen Aufwand. Auch der Umstand, dass drei Konsonanten nacheinander, ohne Vokaleinschub artikuliert werden müssen, trägt sicherlich dazu bei, dass sich der Block auf der Initialsilbe des Kompositums zeigt. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf Wiese (1991), der eine deutsche Silbe dann als wohlgeformt ansieht, wenn sie maximal zwei Positionen prävokalisch, also vor dem Silbennuk-

leus, und maximal zwei Positionen postvokalisch, also dem Nukleus folgend, enthält. Alles, was in irgendeiner Form darüber hinaus kommt, wird bei Wiese als „unassoziert“ und „extrasilbisch“ betrachtet¹³⁰. „Wohlgeformtheit“ kann meiner Meinung nach in unserem Kontext und generell bei phonematischen Untersuchungen im Medium der gesprochenen Sprache auch mit „artikulationserleichternd“ aus phonetisch-energetischer Sicht substituiert werden.

Dennoch ist auch augenscheinlich, dass die regelhafte Realisierung der Prominenzen in diesem Wort, nämlich die primäre Akzentuierung des Determinans, gekoppelt mit dem Stottermoment auftritt. Der Nukleus in „Sprach-“, der mit dem Sprachlaut [a] besetzt ist, ist dabei nicht nur prominent, sondern auch sehr stark prolongiert, und das nicht nur im Sinne eines quantitativ langen „A“, sondern im Sinne eines stimmhaften, retardierenden Moments¹³¹. Der Onset der Initialsilbe des zweiten Wortbestandteils zeigt kein Stottermoment, obwohl der Plosiv [k] auch als Symptom provozierendes Moment innerhalb der Allianz symptomauslösender- und/ oder verstärkender Parameter gedeutet werden kann. Die zweite und dritte Silbe des Determinatums zeigen keinerlei Auffälligkeiten, zumal die dritte Silbe ohnehin eine reduzierte ist, und sich die Blöcke, wie oben schon mehrfach erwähnt, scheinbar bevorzugt auf die ersten beiden Silben manifestieren können; respektive die symptomtragenden Blöcke manifestieren sich immer vorzugsweise gegen den Wortanfang hin, wo sie meist auf den ersten zwei Onset-Positionen arretieren. Bevor das Kompositum in seiner Gesamtheit artikuliert werden kann, etabliert sich ein stummer Block, der dann in den stimmhaften Block des Anfangsrandes der Initialsilbe übergeht.

3) „(...) ich kann nicht nur immer schwärzwéiss denken ähm, (...)“
(Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“, 03.05.1999, Kassetten-Zählwerk 312)

¹³⁰ Affrikata, die aus zwei Segmenten bestehen, haben diesbezüglich einen ambivalenten Status: Sie können sowohl mit einer einzigen C-Position (Konsonanten-Position) als auch mit zwei C-Positionen assoziiert werden.

¹³¹ „**Stimmhaftes**, retardierendes Moment“ meint in diesem Kontext das antithetische Moment zum „**stummen** Block“, der ohne vernehmbaren Ton, aber eben durch einen Block im Sinne des „Stottervokabulars“ zu interpretieren ist.

Kontextuelle Einbettung: Therapeutisches Gespräch, das Enrico mit seiner Sprachtherapeutin führt. Es geht um die Gefühle und Gedanken, die sich bei der Manifestation eines Stotterblocks etablieren. Enrico ist dabei selbstverständlich innerlich bewegt und betroffen.

```

01   T:  ist es denn SO:, dass du nich RAusgehst und dich oft
02       zu:.hau:se verschanzt?
03   E:  ne: (2.0) al.so: (.) ne: (.) a: ber wenn so: vie.le
04       leu.te da: sind (2.0). ich bin eher ein
-> 05   GE:.sell(.)schAft<<p>s (2.0)MUffel, a:ber ich RE:d
06       auch gern <<cresc> TROtz>.dE:m (2.5) ich kann nicht
-> 07   `immer <<f> SCHWA:>rz.WEI:ß den.ken ähm((...))

```

Die Translitterierung in IPA-Notation von (07) lautet:

[nixt.ʔimɐ.ʃva:ɾts.ʔvai:z.dɐŋ.kɐn].

„Gesellschaftsmuffel“, also [ge:zel.ʃafts.mufl], ist im Übrigen ein sehr interessantes Beispiel, das das Greifen des Silbenkontaktgesetzes, das ich bereits thematisiert habe, beim Stotterphänomen sehr deutlich ist:

Das morphologische Fugenelement „s“, das die Simplizia „Gesellschaft“ und „Muffel“ zusammenfügt, schafft auf phonologischer Ebene einen besseren Silbenkontakt zwischen den einzelnen phonetischen Entitäten. Der Stärkewert zwischen dem Sprachlaut [t] und dem Folgelaut [m] würde ohne die Fuge (-4) betragen, mit „s“ ist der arithmetische Silbenkontaktwert immerhin nur noch (-2). Enrico realisiert den Silbenkontakt aber sehr leise und kaum merklich. Vielleicht manifestieren sich aus diesem Grunde zunächst eine „unvorgesehene“

Sprechpause und dann schließlich noch eine starke Blockierung auf dem Anfangsrand der „-muffel“-Entität. Die durch die Existenz des morphologischen Fugenelements geschaffene Silbenkontaktverbesserung bleibt im Artikulationsbemühen Enricos unberücksichtigt. Auch die einzelnen Artikulationsorte der Laute m/ und /s/ sind eng benachbart und blockieren sich möglicherweise im Sinne einer zu starken Koartikulation. Auffällig ist auch die Tatsache, dass Enrico den Nukleus des zweiten Elements des Kompositums sehr stark akzentuiert. Vielleicht ist diese Hyperkorrektur als Kompensationsverhalten zu interpretieren, das von dem „schwierigen phonematischen Ort“, den der Silbenkontakt und der Anfangsrand des Zweitelements gemeinsam aufspannen, herrührt.

Zweifelsohne kann aus dieser Beobachtung auch ein therapeutisches Konzept aus linguistischer Sicht eruiert werden: Die Silbenkontakte müssen bearbeitet werden. Sie müssen stark artikulierte, phonematische Orte bilden, die gewissermaßen Vorarbeit für den folgenden Silbenonset leisten. Das zielt u. a. auf die Maßnahme ab, weniger Silbengrenzen zu realisieren und die einzelnen Silbenentitäten stärker phonologisch aneinander zu binden, um die Onsets in der auslaufenden Artikulation mit den Offsets zu etablieren.

Bei „schwarzweiß“ handelt es sich um ein Kopulativkompositum, das regelhaft den Hauptakzent auf dem Zweitglied, den Nebenakzent auf dem Erstglied trägt. Der Onset des Erstgliedes zeigt dabei keinerlei Symptomatik, obwohl der phonetische Ort, der palatale, stimmlose Frikativ [ʃ] in Verbindung mit dem stimmhaften Frikativ [v], einen großen phonetisch-energetischen Aufwand für den symptombelasteten Sprecher darstellt.

Auch hier findet also keine Hyperkorrektur im Hinblick auf die Akzentuierung von Seiten Enricos statt. Vielleicht hat der symptombelastete Sprecher auch instinktiv für sich selbst ein kognitives Programm aufgebaut, das die primäre Prominenz der Komposita mit dem Stottern in Korrelation stellt, das vermieden werden möchte. Solange sich die regelhafte Akzentuierung auf dem Zweitglied

des Wortbildungsproduktes etabliert, wird keine selbstständige Umverteilung der Prominenzen in Form einer Hyperkorrektur vorgenommen, ist aber gleich das Erstglied regelhaft prominent, wird umstrukturiert, wie das beim Determinativkompositum „Schweineöhrchen“ ersichtlich wurde. Schauen wir uns deshalb weitere Determinativkomposita an, die im folgenden Textauszug herausgefiltert werden können:

- 3) „(...) ließ mich meine kómishe(-)¹³² Spràch (1 sec.) stóerung noch mal aus einem anderen Blíckwíinkel betrachten (...).“ (Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“, 03.05.1999, Kassetten-Zählwerk 426)

Kontextuelle Einbettung: Gespräch mit der Therapeutin über die Sprechablaufstörung.

```
-> 01   E:   da:s LIE:ß mich mei:.ne .hh KO:.mische<<acc>
-> 02           =SPRA:ch> (---)STÖ:.Rung noch mal au:s ei:.nem
-> 03           AN.deren <<acc> blick.>WINKl betrach.ten. so:
      04           ähm <<len> habs ich noch> nie: ge.sehen.
```

In phonetischer Umschrift repräsentiert erscheinen die obigen Beispiele folgendermaßen:

[mai:.ne.ko:.mɪʃəsprɑ:ç.'ʃtø:.rʊŋk] und [au:z.ai:.nəm.an.deren.ˌblik.'vɪŋkl]

Bei beiden Determinativkomposita in ein und demselben Syntagma sind Hyperkorrekturen, die eine Umstrukturierung der Akzentverteilung vorsehen, erkennbar. Beide Male verschiebt der Sprecher den Primärakzent, der eigentlich linkslastig ist, nach rechts auf das Determinatum. Wieder werden die beiden Erstelemente

¹³² Die Notation (-) soll darstellen, dass Enrico hier das Adjektiv mit dem nachfolgenden Nomen verschmelzen lässt ohne den Einschub einer „natürlichen“ Sprechpause zuzulassen.

recht schnell, beinahe hastig artikuliert, bei „Sprachstörung“ interveniert sogar ein stummer Block die morphologische Wortverbindung. Auch Van Riper berichtet bereits über die selbst gewählte und schließlich adaptierte Strategie der Stotterer, dass aus Angst vor Kontrollverlust über die eigene Sprache bzw. dass als Maßnahme, diesem Kontrollverlust Einhalt zu gewähren, beispielsweise ein Lesen ohne „Punkt und Komma“ oder ein sehr schnelles Lesen ohne Pause dem eigentlichen Sprechverhalten vorgezogen wird (vgl. Videokassette „Stottern vereinfachen. Modifikationstechniken nach Charles Van Riper“).

Die stimmhafte Symptomatik manifestiert sich jeweils wieder auf dem Onset der Initialsilbe des Zweitelements, obwohl die Silbenanfangsränder der Erstglieder in phonetisch-energetischer Hinsicht wiederum aufwendiger sind als die der Zweitglieder.

Ich möchte aus dieser Beobachtung sicherlich nicht eine Allgemeinverbindlichkeit bzw. Regelmäßigkeit für alle symptombelasteten Sprecher statuieren, die besagt, dass bei Komposita das Zweitglied den Hauptakzent zugewiesen bekommt, unabhängig davon, ob dies wiederum bezüglich der regulären Prominenzverteilung so vorgesehen ist oder nicht. Aber bei Enrico zeigt die Auszählung aller Kompositaverbindungen, die aus zwei gleichwertigen Gliedern¹³³ bestehen, auf der Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“ eine 10:1-Entsprechung bezüglich dieser Tendenz, was diese These zumindest tendenziell stützt.

Interessant finde ich auch die Tatsache, dass Enrico das Adjektiv „komisch“ als spezifizierendes Attribut vor das Nomen setzt, und zwar sowohl in semantischer, als auch in phonetisch-phonologischer Hinsicht. Erstere möchte ich in diesem Kontext nicht berücksichtigen, obwohl augenscheinlich ist, dass eben dieses „Komisch“ in Verbindung mit „Sprachstörung“ zu Enricos ausgefeiltem Wortschatz nicht passt¹³⁴ und anzunehmen ist, dass es sich hierbei um ein Vermei-

¹³³ Das Zweitglied ist dabei immer morphologisch gesehen Kategorie bestimmend und aus diesem Grund aus phonetisch-phonologischer Sicht meist prominent repräsentiert, das Erstelement kann die Funktion des Spezifikators für das Zweitglied einnehmen.

¹³⁴ Das Einfügen von Adjektiven vor zumeist betonten Substantiven, die eigentlich dem Sinn nach gar nicht passen und für Enricos Ausdrucksstärke untypisch ist, ist bei genauer Analyse seiner Sprechtexte charakteristisch, z. B. „diese **tollen** Buchstaben“. Ich interpretiere diese Hyperkorrektur als semantisch-phonematisch relevant. In Bezug auf die semantische Domäne entspricht der Einschub eines Adjektivs, das in paradigmatischer Beziehung zu einem anderen steht, dessen An-

dungsfüllwort handelt. Ansonsten gelingt es Enrico mit dem Setzen des akzentuierten Adjektivs, dass mit der phonetischen Synthese zum Folgenomen ein alternierender Rhythmus wiederhergestellt wird, den er mit der Verschiebung der wortinternen Prominenzverhältnisse ohne „komisch“ eigentlich außer Kraft gesetzt hätte. Der Wechsel zwischen prominenten und nicht prominenten Elementen spielt eine zentrale Rolle in der menschlichen Informationsverarbeitung und –speicherung. Er erleichtert die Wahrnehmung, indem er die Aufmerksamkeit des dekodierenden Sprachbenutzers auf die ersteren lenkt und ihm während der letzteren Zeit gibt, die aufgenommene Information zu prozessieren. Zudem erleichtert er die Speicherung, indem er sonst unstrukturierte Informationsmengen hierarchisch organisiert. Die symptomfreie wie die symptomlastige Sprache in gleichem Ausmaß gehorcht also, wenn sie rhythmisch strukturiert ist, lediglich allgemeinen Prinzipien menschlicher Kognition.

Nun wird aber gerade den symptombelasteten Sprechern von der einschlägigen Literatur eben wegen ihres Unvermögens „fluency“ zu sein, die Unfähigkeit unterstellt, metrisches Sprachgefühl aufbauen zu können. „(Deren) Sprechflüssigkeit wird wesentlich durch die (oft recht hastige) Sprechgeschwindigkeit, besonders durch die Pausen und Verzögerungen (...) bestimmt.“ (vgl. Fiedler/Standop, ²1986: 136), was ein rhythmisches Verständnis von gesprochener Sprache nicht gerade begünstigt. Enrico stellt aber ganz offensichtlich in diesem Beispiel rhythmische Sprachproduktion wieder her, lenkt die Aufmerksamkeit des Zuhörers auf „komisch“, das er betont und (vielleicht gerade deshalb) auch nur mit Initialblock artikulieren kann, um den Akzent auf „Sprach-“ zu reduzieren und auf „-störung“ zu verlagern zu können. Instinktiv weiß er um die reguläre Betonung des Determinativkompositums, scheut aber möglicherweise die CCC-Verbindung des Determinans „Sprach-“, die für ihn eine wirkliche Artikulations-schwierigkeit darstellt. Wie man sieht, kann man über die Beweggründe des symptombelasteten Sprechers allenfalls mutmaßen, wichtig ist jedoch, so meine

fangsbuchstabe oder initialer Silbenonset vermieden werden soll. Phonematisch relevant erscheint die Hyperkorrektur, weil bestimmte phonetische Orte durch ihre Manifestation vermieden werden können. Der speziell satzphonologische Aspekt innerhalb der phonematischen Domäne wird aus dem Beispiel „diese tollen Buchstaben“, so meine ich, direkt ersichtlich: Eingefügt wird das Adjektiv vor dem Substantiv, das auf seinem Erstglied betont ist. Mit dem Setzen des Adjektivs mit prominentem Silbenkopf auf der ersten Silbe und dem reduzierten auf der zweiten Silbe, alterniert auch die Prominenzstruktur des Folgenomens.

ich, dass bei allen Auslegungen, die man sich bereithält, die dichotomische Differenzierung zwischen dem sprachtheoretischen Begriffspaar „Kompetenz“ und „Performanz“ immer im Blickwinkel behält. Außerdem soll feststehen, dass kein sprachliches Unvermögen die sprechsprachlichen Fehlleistungen der Stotterpatienten motiviert. Die Befragung aller Probanden ergab zumindest, dass jeder gewisse Ängste vor einzelnen Buchstaben oder Buchstabenverbindungen hat und sich im Laufe seiner „Stottergeschichte“, die ein sensibles Bewusstsein aus erfahrenen Frustrationen manifestiert hat, Vermeidungsstrategien bzw. Methoden potentieller Artikulationshilfen bzw. –erleichterungen systematisch aufgebaut hat¹³⁵.

¹³⁵ Enrico gibt beispielsweise wie auch die anderen beiden Probandinnen vor, dass er bevorstehende Blocks schon im Voraus erkennt, bevor sie überhaupt realisiert worden sind. Er behauptet, er wisse genau, wann und bei welchen Buchstaben er „hängen bleiben“ werde und reagiere auf dieses Wissen immer wieder mit entsprechenden Vermeidungsstrategien.

Aber schauen wir uns weitere Komposita in der freien Rede Enricos feinanalytisch an, um weitere phonetisch-phonologische Gesetzmäßigkeiten bzw. Tendenzen bezüglich der Akzentverteilung herausarbeiten zu können:

- 4) „(...) also, ja, mein Stottern fing so ab dem vierten Lebensjahr so ungefähr an, und zu der Zeit war ich noch im Kindergarten, und ich (...).“ (Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch“, 10.04.1999, Kassetten-Zählwerk 008)

Kontextuelle Einbettung: Im Zuge des therapeutischen Gesprächs erzählt Enrico rückblickend über den Beginn seiner Sprechablaufstörung. Er verbindet hier die Informationen, die er von seiner Mutter diesbezüglich erhalten hat, mit den Erinnerungen, die er noch selbst hat.

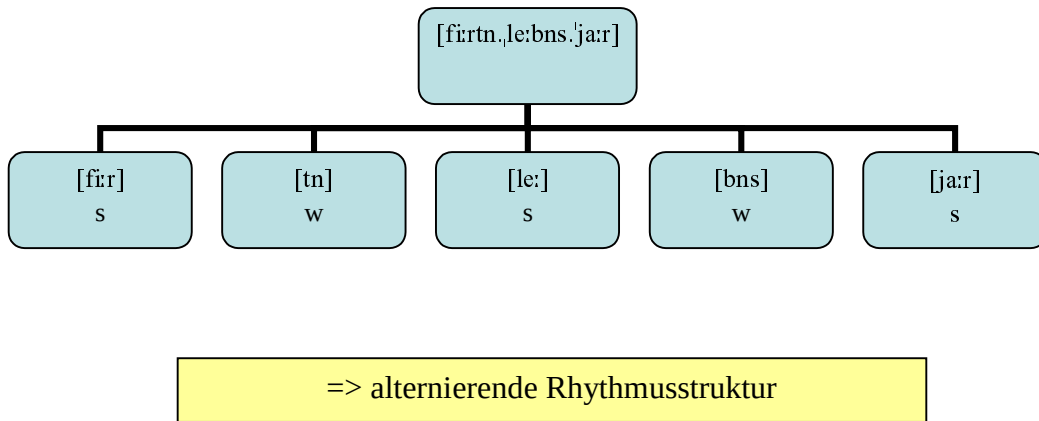
```

01   T:   an WA:s kannst Du dich DENN noch er.INnern?
02   E:   ja: hm <<räuspert>> hm al.so: <<len> ja:>
->03      mein STOttern fing so: ab de:m vie:r.ten le:bens.jahr
04      so un.gefähr an (.) und zu: DE:r ZEI:t wa:r ich noch
->05      im kinder.GARTen und ich ((...))

```

Phonetische Transkription: [ʔap.dɛ:m.fir.tn.leːbns.'ja:r] und [im.ˌkindər.'gartn.untʔɪx] oder [...kindɐ.'gartn...]. Der Schwa-Laut wird hier realisiert, aber die Artikulationsvariante bewegt sich zwischen [ər] und [ɐ], was nicht eindeutig auditiv zu entscheiden ist.

Weisen wir der Sequenz „vierten Lebensjahr“ zunächst einmal „strong“ und „weak positions“ zu, um die rhythmische Struktur festlegen zu können¹³⁶:



Auch in diesem Beispiel fällt wieder die Einhaltung des alternierenden Rhythmus durch akzentuelle Umindizierung auf. Gestottert wird nur auf dem Onset der Initialsilbe von „vierten“ und bei „-jahr“. Der stumme Block hat sich wiederum vor dem Determinatum etabliert und dauert ca. zwei Sekunden an. Der „hörbare Block“ bei „-jahr“ ist hingegen nicht sehr ausgeprägt, was sicherlich auf die einfache, phonetische Struktur der C-Entität zurückzuführen ist.

Wieder manifestiert sich der Stotterblock also auf dem Onset der Silbe, auf deren Nukleus sich eine „strong position“ zeigt.

¹³⁶ Der alternierende Wechsel von „strong and weak positions“ möge hier die rhythmische Hyperkorrektur Enricos veranschaulichen.

1.1.4.2 Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit, dargestellt an Präfixverben

Die Affigierung kennt im Allgemeinen akzentneutrale, also Akzent abstoßende, bzw. akzenttragende, nicht frei vorkommende, Reihen bildende Wortbildungs- und Wortformbildungselemente, die je nach ihrer Stellung zum Wortstamm, der durch sie erweitert wird, in Infixe, Suffixe und Präfixe unterteilt werden. Letzteren gilt im Folgenden mein Interesse, weil sie am Wortanfang stehen, also dort, wo der Stotterblock laut einschlägiger Literatur fast ausschließlich angesiedelt sein soll. Außerdem bilden die Präfixe einzelne Silben, auf deren Onset-Position sich die Symptomlastigkeit sich generell manifestieren kann. Generell gilt der derivative Wortbildungsvorgang als ein Wortbildungsprozess, der ohne wesentliche Auswirkung auf die Akzentuierung operiert¹³⁷.

Die meisten Präfixe im Deutschen sind akzentneutral, die Nominalpräfixe „un-“, „miss-“, „ur-“ etc. sind hingegen sehr wohl prominent¹³⁸. Im Folgenden sollten die Fragen abgeklärt werden, wie die Prominenzverhältnisse nun in symptombelasteter Rede bei Präfigierung aussehen, ob und wie individuelle Hyperkorrekturen bezüglich des Akzentuierungsverhaltens vorgenommen werden, und an welchen Orten sich die Stotterblocks im Sinne der charakteristischen Ausprägung äußern.

Testdurchführung:

Zur Untersuchung habe ich meinen beiden Probanden Enrico und Doris eine Liste der nun folgenden Präfixverben aufgeschrieben, die sie zunächst laut ablesen und

¹³⁷ Natürlich gibt es auch hier wieder Ausnahmen, wie z. B. das Substantivsuffix „-ei“ ([⁻¹raɪ]) in „Bäckerei“, das zweifelsohne prominent ist. Dieses Akzentuierungsverhalten kann man auf das Silbengewicht zurückführen. So ist das Suffix „-ei“ beispielsweise eine schwere Silbe. So argumentiert z. B. auch *Giegerich* (1985) ganz im Gegensatz zu *Eisenberg* (1991), der die Akzentuierung des Suffixes „-ei“ aus dem Flexionsverhalten ableitet. Die Suffixe, die den Hauptakzent auf sich ziehen, verbinden sich mit silbischen Flexiven (z. B. in „Musikanten“) oder sie sind selbst zweisilbig (z. B. in „Blondine“), so dass entweder im Plural oder sogar in allen Formen des Paradigmas das kanonische Muster entsteht.

Bei Kompositionen werden dann andere, potentiell greifende Regeln der Akzentzuweisung gewissermaßen „überschrieben“ und damit außer Kraft gesetzt: Vgl. beispielsweise die unterschiedliche Prominenzstruktur in „Bäckereigehilfe“ und in „Feinbäckerei“.

¹³⁸ Daher könnte man vielleicht zu Recht dazu übergehen, diese Präfixe als Initialentitäten von Komposita anstatt als Derivative zu erachten.

schließlich je vier Verben hintereinander frei vorsprechen sollten. Diese Übung und deren Wiederholung wurden ein halbes Jahr lang im Abstand von jeweils einem halben Monat teils am Telefon, teils aber auch innerhalb einer Face-to-face-Interaktion regelmäßig durchgeführt.

Liste der Präfixverben:

ver- án- stalten ¹³⁹	[ˈfɛr.ˈʔaːnʃtaltən] (E)
án- hören	[ˈaːn.høːrən], (D)
ge- schrieben	[gɛ.ˈʃriːbən] (E)
ver- áb- redet	[ˈfɛr.ˈʔapɾeːdet] (E)
ver- tráuen	[ˈfɛr.ˈtrau̯.en] (D)
míss- ver- stehen ¹⁴⁰	[ˈmɪs.ˈfɛrʃtɛhən], (E)
vór- lesen	[ˈfɔːr.lɛːsn], (E)
vór- legen	[ˈfɔːr.lɛːgn] (D)
ver- láufen	[ˈfɛr.ˈlau̯.fɪn] (D)
nách- springen	[ˈnaːx.ʃprɪŋən] (E)
vór- merken	[ˈfɔːr.mɛrken] (E)
án- merken	[ˈaːn.mɛrken] (E)
vér- gehen	[ˈfɛr.gɛːn] (D)
ver- géhen ¹⁴¹	[ˈfɛr.gɛːhən] (E)
be- gründen	[beː.ˈgryndn] (E)
ver- fällen	[ˈfɛr.ˈfáln] oder [ˈfɛr.ˈfalən] (E)
ver- schließen	[ˈfɛr.ˈʃliːzn], (E)
dár- stellen	[ˈdaːr.ʃtɛlən] (E)
nách- gehen	[ˈnaːx.gɛːhən], (E)
er- gében	[ˈʔɛr.gɛːbɛn] (D)
ge- hängen	[gɛ.ˈhɦanɡən] oder [gɛːhɦanɡən] (D)
nách- lesen	[ˈnaːx.ˈlɛːsn], (D)

¹³⁹ „Veranstalten“ hat ein Präfix „ver-“ und ein eingeschobenes Infix „-an“, Entitäten, die beide dem Wortstamm vorgeschaltet sind und auch als *doppelte Präfigierung* interpretiert werden können. Die den einzelnen Präfixverben zugeordneten phonetischen Umschriften sind mögliche artikulatorische Realisierungen. Zweifelsohne gibt es andere, weitaus „elegantere“ Varianten. Die aufgeführten Realisationen sind die jeweils von einem Probanden erzielten Aussprachevarianten. Der Name des jeweiligen Probanden steht dabei abgekürzt in Klammern hinter der phonetischen Umschrift.

¹⁴⁰ Hier sind ein akzenttragendes und ein akzentneutrales Präfix hintereinander geschaltet.

¹⁴¹ „Vergehen“ hat je nach der Akzentuierungsstruktur des präfigierten Verbs zwei Lesbarkeits- bzw. Verstehensebenen. Zum einen ist „vérgen“ in einem Syntagma wie in „Ich vérgen mich nach dir.“ gemeint. Die zweite Verstehensebene kristallisiert sich zum anderen in „Der Schmerz, den du jetzt verspürst, vergét auch bald wieder.“ heraus.

In ihrer Serialisierung habe ich die Präfixverben so aufgereiht, dass Präfixverben mit prominentem bzw. akzentneutralem Präfix in unregelmäßigen Wechsel auftreten, damit keine unbewussten rhythmischen Wissensstrukturen abgerufen werden können und die individuell vorgenommene oder regelhaft angepasste Akzentverteilung beeinflussen können. Die Probanden wurden dabei dazu angehalten, möglichst keine allzu langen Pausen zwischen den einzelnen Worten einzulegen.

Testergebnisse:

1) „veranstalten - anhören – geschrieben – verabredet“:

Enrico prolongiert die Nuklei aller Präfixe und weist ihnen den Akzent zu. Bei „veranstalten“ und „verabreden“ werden die Infixe vollständig mit den jeweiligen Wortstämmen assimiliert, die ihrerseits unbetont bleiben. Die Stotterblocks manifestieren sich nur auf den Onsets der Präfixsilben, außer bei „geschrieben“. Hier wird dem phonetisch komplexen Anfangsrand der Initialsilbe des Wortstammes ein stummer Block vorangesetzt. Die Präfixsilbe „ge-“ ist offen und wird besonders auffällig prolongiert.

Beim freien Aufsagen der Viererreihe werden die Blocks schwächer. Dieser Eindruck verstärkt sich insbesondere gegen Ende der Testreihe nach etwa fünf Monaten.

Doris akzentuiert auch alle Präfixsilben und zeigt bei deren Onsets Stotter-symptomatik. Beim Vorlesen betont sie aber auch die Initialsilben der Wortstämme, bei deren Anfangsrändern ihre Artikulationssymptomatik ebenfalls schwer zum Tragen kommt. Die Viererreihe kann ohne Blocks auf den Onsets der Erstsilben der Wortstämme aufgesagt werden. „Geschrieben“ nimmt auch bei Doris einen Sonderstatus ein: Das Präfix wird akzentuiert, der Silbennukleus stark prolongiert, der Onset zeigt Stotter-symptomatik, aber der Anfangsrand der Wortstamm-Erstsilbe wird symptomfrei artikuliert.

1. „vertrauen - missverstehen – vorlesen – vorlegen“

Hier werden wiederum alle Präfixsilben bei beiden Probanden akzentuiert artikuliert, davon also drei völlig regelhaft. Das zweite Präfix in „missverstehen“ wird von Enrico in derselben Weise betont wie das erste, der Nukleus stark prolongiert. Doris hingegen spricht die Vollsilbe des zweiten Präfixes reduziert aus, was eher einer regelhaften Betonung gleichkommt. Die Stotterblocks manifestieren sich bei beiden Probanden auf den Onsets der Präfixsilben. Bei Enrico stellt sich bei „missverstehen“ auch auf dem Anfangsrand der zweiten Präfixsilbe ein Stottermoment ein. Doris hat vor den Onsets der Wortstämme stumme Blocks, also retardierende Momente. Bei „missverstehen“, einem Verb mit drei Vollsilben und einer Reduktionssilbe¹⁴², zeigt Doris zusätzlich beim [ʃt]-Laut, der den Wortstamm phonetisch einleitet, noch Symptomatik. Generell kann man konstatieren, dass sie also große Probleme hat, das Wort in irgendeiner Weise zu artikulieren.

2. „verlaufen – nachspringen – vormerken – anmerken“

Auch hier sind alle Präfixsilben prominent, außer bei „verlaufen“ entspricht dieses Akzentuierungsverhalten einem regelhaften. Alle Verben sind dreisilbig und verfügen über zwei Vollsilben und einer Reduktionssilbe am Wortende, die in keiner Form von der Stottersymptomatik betroffen sind. Wieder konstituieren sich alle Stotterblocks bzw. die retardierenden Momente in Form von stummen Blocks am Wortanfang.

3. „vérgen – vergéhen – begründen – verfallen“

Das phonetische Minimalpaar „vérgen vs. vergéhen“ mit seiner semantischen Differenzierung wird von den beiden Probanden bezüglich der Akzentuierung verschiedenartig angegangen: Enrico realisiert die phonetische

¹⁴² „Missverstehen“ gilt demnach zweifelsohne im Rahmen der einschlägigen Literatur als so genanntes „langes Wort“.

Abtönung der beiden Verben durch Reduktion bzw. Gewichten der Wortstammsilben.

Doris hingegen zeigt sich gewillt, die Alternation des prominenten bzw. reduzierten Nukleus des Präfix „ver-“ im regelhaften Sinn in ihr Akzentuierungsrepertoire zu integrieren, scheitert aber kläglich, indem sich starke Blockierungen im Sinne der charakteristischen Stottersymptomatik manifestieren.

Enrico neutralisiert bei „vérgen“ die Finalsilbe des Wortstammes zur Reduktionssilbe im regelhaften Sinne, bei „vergén“ werden die Präfixsilbe und die Vollsilbe des Wortstammes fast adäquat akzentuiert, die Reduktionssilbe wird zur Vollsilbe erhoben. Mit der Anwendung und Realisation seiner Hyperkorrektur erreicht er ein geradezu symptomfreies Artikulieren beider Verben im Sinne der Stottercharakteristika. Zumindest kann der neutrale Zuhörer keinerlei artikulatorisches Fehlverhalten der Primär- und Sekundärsymptomatik auditiv und visuell wahrnehmen. Seine Maßnahmen, die Betonungsverhältnisse umzustrukturieren, erschweren aber zweifelsohne das Verständigungspotential von Seiten des Zuhörers. Trotzdem ist wieder auffällig, dass, wenn das Präfix akzenttragend ist, sich das Stottermoment bzw. der Block auf dem Onset der Präfixsilbe zeigt, verhält sich das Präfix akzentneutral und wird dieses Prominenzverhalten nicht durch eine entsprechende Hyperkorrektur nivelliert, zeigt sich der Block auf dem Anfangsrand der Initialsilbe des Wortstammes, wie bei Doris. Sie bemüht sich um eine regelhafte Akzentuierung, hat aber den ersten Block bei „vérgen“ gleich am Wortbeginn, der sehr stark ausgeprägt ist. Der Anfangsrand des Wortstamms kann symptomfrei artikuliert werden, der Nukleus der Finalsilbe ist dabei reduziert. Bei „vergén“ ist der Block beim [g]-Laut merklich, aber nicht so ausgeprägt wie der auf dem Onset der prominenten Präfixsilbe bei „vérgen“, was möglicherweise auf den energetisch-artikulatorischen Aspekt der Stotterkomplexität zurückzuführen ist. Der starke Block am Beginn der Viererreihe hat einen hohen Energieaufwand zur artikulatorischen Ausbildung des ersten Konsonanten für sich beansprucht, der nun mit dem Energiemaximum des prominenten

Nukleus kollidiert. Bei der Realisation der weiteren, anstehenden Laute ist der muskuläre Druck, der sich u. a. im Pressen des ersten Konsonanten „v“, dem [f]-Laut, ausgebildet hat, so ausgeprägt, dass keine weiteren physiologischen Kraft-, Druck- und Pressprozesse mehr entwickelt werden können. Es fehlt einfach an Energie. Deshalb fällt auch meist am Sprechmodus mancher Stotterpatienten auf, dass sie oftmals nur am Satz- oder Sequenzanfang sehr ausgeprägte Symptomatik in Form eines beispielsweise sehr langen, stummen oder auditiv vernehmbaren Blocks zeigen, danach folgt überraschenderweise flüssige, fast symptomfreie Rede, zumindest aber sicherlich ein Artikulationsmodus ohne merkbare Druck- oder Pressverhalten.

4. „verschließen – darstellen – nachgehen – ergeben“

In dieser Vierergruppe sind die beiden Verben mit prominenten Präfixen gewissermaßen „eingerahmt“ von denen mit unbetonter Vorsilbe, was das Akzentuierungsverhalten von Enrico vermeintlich zu beeinflussen scheint. Er betont das an erster Stelle und das zuletzt geschaltete Präfixverb genauso wie in „darstellen“ und „nachgehen“, nämlich auf der ersten Verbsilbe, wobei die initiale Vollsilbe des Wortstamms eine äquivalente Prominenz zugewiesen bekommt. Alle Nuklei werden prolongiert, die Blocks sind immer auf dem Onset der Initialsilbe des Wortstamms merklich. Sie sind jedoch nicht gravierend und ihnen geht ein ganz kurzes, retardierendes und „innehaltendes“ Moment voraus. Der Gesamteindruck, den man beim intensiven Zuhören der Sequenz gewinnt, ist ein geradezu flüssiger, aber, und das rührt zweifelsohne von der den Akzent betreffenden Hyperkorrektur her, ein abgehackter¹⁴³.

Doris bemüht sich wiederum um eine regelhafte Betonung der Verben in dieser Vierergruppe: Sie hat Blocks auf dem Onset des Verbstamms bei „verschließen“ und „ergeben“, die aber nicht sehr ausgeprägt sind.

¹⁴³ Dieses „abgehackte Sprechen“ erinnert oftmals an eine „Computerstimme“.

5. „gehangen – nachlesen“

Bei den beiden letzten Verben betont Enrico wiederum die beiden initialen Präfixe, legt aber einen äquivalent repräsentierten Akzent auch auf die Nuklei der Wortstämme, die „Reduced syllables“ werden regelhaft neutralisiert gemäß ihrer vokalischen Qualität. Der eine Block, der sich hier manifestiert, ist nur auf dem Anfangsrand des ersten Verbs zu lokalisieren.

Doris stottert beim [h]-Laut in „gehangen“, den sie auf der zweiten Verbsilbe betont. Hier äußert sich die Symptomlastigkeit im Sinne eines klonischen Blocks mit Reduplikation des Konsonanten „h“. Bei „nachlesen“ manifestiert sich hingegen kein Block bei regelhafter Akzentuierung, sicherlich deshalb, weil der Block in „gehangen“ sehr intensiv ausgeprägt gewesen ist.

1.1.4.3 Einordnung und Interpretation der Testergebnisse bezüglich der Korrelation zwischen Akzent und Symptommanifestation

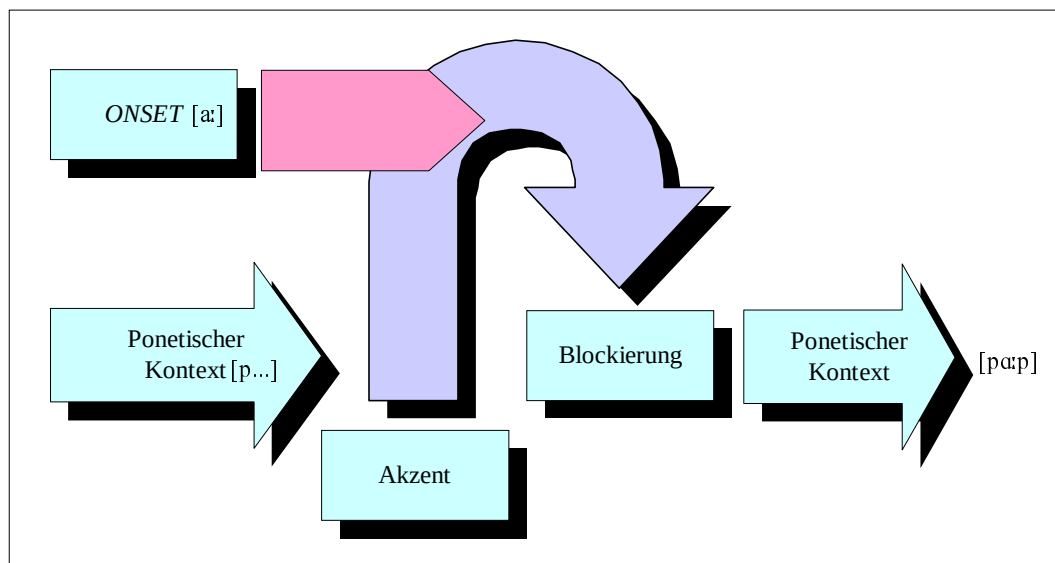
Interessant ist die Beobachtung, so meine ich, dass fast jede Vierergruppe ein anderes Umgehen mit den Betonungsverhältnissen von Seiten der Probanden aufweist, und dass die sprachlichen Umgebungen die Akzentzuweisung jedes einzelnen Verbs offensichtlich beeinflussen. Die vorgenommenen Modifikationsleistungen der bestehenden Akzentstrukturen sprechen für die Aufnahme des Akzents als Parameter innerhalb der Allianz von weiteren phonematischen Parametern, die als Regulative für ein Stattfinden und für die Stärkeskala der Symptommanifestation verantwortlich sind.

Mit den Testergebnissen aus diesem Kapitel „Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit“ möchte ich meine bisherigen Beobachtungen erweitern:

Die Blockierungen, stummen Blocks und andere Störmomente im Sinne der primären und sekundären Symptomatik manifestieren sich bevorzugt rund um die Onset-Positionen der Silben, deren Silbenkern akzenttragend ist und als Moment der größten Schallstärke das akustische Maximum bildet bzw. auf den Onset-Positionen nach dem prominenten Nukleus der Vorgängersilbe.

Kurz: Um die Manifestation des Stottermoments rotiert auch tendenziell häufig der Akzent.

Diese Beobachtung möge in dem nun folgenden Schema dargestellt werden: z. B. in [pa:p...]



Grundsätzlich gilt bei diesen regelartig anmutenden, tendenziellen Darstellungen, dass andere phonematisch relevante Parameter oder Parameter aus anderen Disziplinen diesen einen Parameter in seiner Etablierung und seinem Wirkungsspektrum wieder außer Kraft setzen können. Gerade im Medium der symptombelasteten Sprache des Stottersyndroms ist die Fülle der intervenierenden Faktoren eine breite. Bei meinen Probanden war diese „Gesetzmäßigkeit“ wohl eine erkennbare, was aber keinesfalls heißen soll, dass sie für jeden anderen Stotterpatient auch applizierbar ist. Auf jeden Fall bewerte ich eine progressive Rhythmisierung der Sprechformen und eine Anerkennung der betonten Sprechweise als neu konzipiertes Sprechmuster im therapeutischen Rahmen als wertvoll: Zum einen als analytisches Instrument, das den Patienten testet, ob ein „prosodisches Störfeld“, das den Akzent, die Intonation, rhythmische Abweichungen vom regelhaften, „gesunden“ Fall und/ oder eigeninitiierte Modifikationen von Quantitäten betreffen kann, im Komplex des Syndromcharakters involviert ist. Zum anderen als methodische Heilbehandlung im Rahmen der Sprechübungstherapie als ein Konzept in der komplexen, multilateralen Stottertherapie. Zumindest als erste Methodik am Beginn des Therapiezyklusses kann damit das gehemmte, blockierte Sprechmuster in Fluss gebracht werden. Meiner Meinung nach braucht der Patient nämlich die Kenntnis und ein Bewusstsein darüber, dass auch er flüssig sprechen kann. Bei Diagnose eines „prosodischen Störfeldes“ muss die Therapie darauf ausgelegt sein, sowohl sprachliche, als auch physiologische Koordination von „spannungsschaffenden“ und „spannungslösenden“ Momenten herzustellen.

1.2 Segmentale Domäne: „Kennzeichen der Modifikationsleistungen“

*„Wer unvollkommene Muster nachahmt,
beschädigt sich selbst.“
(Goethe)*

Im Folgenden sollen phonematisch motivierte, herausragende Merkmale und Merkmalsbündel der eigeninitiierten Modifikation der Symptombelastung durch den Stotterpatienten dargestellt und analysiert werden.

Im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen die phonematischen Modifikationsleistungen, die der stotternde Patient im konkreten Moment der Sprechflusshemmung, also vor oder während des sich manifestierenden „Blocks“, selbst initiiert, um den Block entweder vollständig zu vermeiden oder aber sich aus dem Block „herauszuhelfen“, wenn er schon aufgetreten ist. Vorwiegend handelt es sich jedoch um ersteren Fall.

Im Folgenden wende ich mich dem kleinsten, lautlichen Element, dem isolierten Segment, im Besonderen zu, das durch Herauslösung aus seiner unmittelbaren kontextuellen Umgebung des suprasegmentalen Sprachkontinuums generiert worden ist. Im Hinblick auf den besonderen linguistischen Anspruch, den die Anwendungsdomäne „Stottern“ analytisch abverlangt, wird es untersucht und schließlich wieder in das Suprasegment und in den Gesamtredebeitrag eingebunden. Hier steht also der Locus, der bestimmte sprachliche Ort, der Stottern potentiell gehäuft auftreten lässt bzw. der die Symptomlastigkeit in ihrem Ausmaße tendenziell verstärkt oder vermindert, im Brennpunkt des Interesses. Es ist aber gleichzeitig auch der Ort, an dem die Modifikationen des Stotterpatienten ihre Anwendung finden. Welche Parameter gestalten diesen Locus, korrelieren sie miteinander, oder ist ein Parameter dominant und stark genug, das Stotterereignis des einzelnen symptombelasteten Sprechers stattfinden zu lassen und seine jeweilige Stotterstärke zu bestimmen und zu determinieren? Kann in das Moment der Symptombelastung aufgrund der Modifikationsleistung durch den stotternden Sprecher so eingegriffen werden, dass eine Symptombelastung kaum oder gar nicht mehr für den Gesprächs- bzw. Interaktionspartner merklich ist? Diese und andere Fragen werden uns hier beschäftigen. In Kapitel 4 wird dann ein Abriss, der kurz die Modifika-

tionsleistungen des symptombelasteten Sprechers im konkreten Moment der Sprechflusshemmung bewertet, dargelegt werden.

Zu überprüfen gilt es aber generell, ob es überhaupt einen solchen sprachlichen Ort beim einzelnen symptombelasteten Sprecher gibt¹⁴⁴. Entscheidend ist in diesem Ansatz, dass er jeweils nur im Medium der symptomlastigen, gesprochenen Sprache eines einzelnen Sprechers untersucht wird und dass keine Rückschlüsse auf eine ganze „Stotterpopulation“, also einer Gemeinschaft von Sprechern mit Stottersymptomatik, geschlossen werden. Legitim ist es allenfalls, spekulative Vergleiche zu anderen symptombelasteten Sprechern anzustellen, deren Redebeiträge zu eben dem gleichen Untersuchungsgegenstand analysiert worden sind. Alle weiteren Verallgemeinerungen würden der idiografischen Sicht des Stotterphänomens jedoch keinerlei Rechnung tragen und sind deshalb innerhalb dieses Ansatzes unzulässig.

Auch die Frage, ob eine bestimmte sprachliche Disposition in der Form eines Lautes mit der Auftretenswahrscheinlichkeit, Häufigkeit und/ oder mit der Schwere des Stottersymptoms korreliert und die dann entweder vor oder während der Manifestation des konkreten Störmoments im Sprechfluss modifiziert wird, wird hier eine Rolle spielen.

Im Folgenden sollen einige phonologisch bzw. phonetisch motivierte Erscheinungen der kleinsten linguistischen Einheiten bei der nicht-flüssigen Artikulation der drei Probanden Enrico, Daniela und Doris dargestellt und als Modifikationen auf der Folie der Interpretation als Hyperkorrektur ausgewiesen werden. Die idiografisch orientierte Sicht bleibt dabei gewahrt, weil immer nur das sprachliche System **eines Sprechers** betrachtet und analysiert wird. Viele Merk-

¹⁴⁴ In der einschlägigen Forschung ist der „Loci-Ansatz“ bekannt. Die *Ulmer-Gruppe* mit *Rommel/ Johannsen und Schulze* lieferte mit ihrem Forschungsbericht (Nr. 58, 1996) mit dem Titel „Der sprachliche Faktor beim Stottern im Kindesalter“ beispielsweise Daten zum Verlauf des kindlichen Stotters, die mittels Spontansprachproben erfasst wurden. Es wurden 94 stotternde Kinder untersucht und mit den Ergebnissen aus den Untersuchungen prototypische Charakteristika einer Stotterpopulation generiert, was meiner Meinung nach der idiografischen Sicht der Stotterproblematik kaum Rechnung tragen kann. Ein sprachlicher, „stotterrelevanter“ Faktor sollte hier in einem sehr großzügigem, sehr repräsentativen Rahmen ermittelt werden, jedoch der exakten Analyse des einzelnen symptombelasteten Sprechers wurde meiner Meinung nach keinerlei Beachtung geschenkt. Das sollte meiner Meinung nach aber doch der generelle Anspruch einer idiografischen Betrachtung des Stotterphänomens sein.

malsbündel mit komplexen Werten und Koreferenzen herausragender einzelner sind dabei zu einer ganzen systemimmanenten Merkmalsstruktur zusammengefasst, die einem komplexen Beschreibungssystem für die symptomauffällige bzw. pathologische Bildungsweise von Sprachlautkompositionen nahe kommen, die auf artikulatorischen Eigenschaften bzw. Produktionsmechanismen basieren. Es ist mir dabei immer ein besonderes Anliegen, stets nach möglichen Beweggründen des einzelnen symptombelasteten Sprechers zu suchen, die ein oder andere Modifikation in seinem momentanen Sprachsystem vorzunehmen. Hier müssen zwei wesentliche Gesichtspunkte voneinander differenziert werden: Dieses sind zum einen die **Störungen**, die einfach „passieren“¹⁴⁵, die der Stotterer „über sich ergehen lässt“, denen er „ausgeliefert“¹⁴⁶ ist, zum anderen sind es aber auch jene **Modifikationen**, die der Stotterer bewusst einsetzt, um eben nicht ausgeliefert zu sein – jene, die bei eigeninitiiertem Selbstkontrolle über die Artikulation¹⁴⁷, die dann aktiv mitgestaltet wird, „passiert werden lassen“¹⁴⁸. Eine andere Möglichkeit wäre, dass sich der Stotterpatient die eine oder andere Modifikation gemerkt hat, die er in einer gleichen oder ähnlichen Sprechsituation während seiner Stottergeschichte einmal erfolgreich eingesetzt hat. Nun kann er unbewusst oder willentlich und vorsätzlich die „bewährte“ Modifikation in einer gegenwärtigen, möglicherweise symptombelasteten Sprechsituation neu anwenden.

Wie wir weiters sehen werden, gibt es zweifelsohne auch in der symptomfreien Rede die ein oder andere gleichgeschaltete Motivation, einzelne linguistische Einheiten oder komplexe Makroentitäten bei der Artikulation zu modifizieren, aber gerade bei der gestotterten Sprache steht die Triebfeder der Motivation im konkreten Moment der Sprechflusshemmung im Fokus des Interesses. Das übergeordnete

¹⁴⁵ Ich meine hier ein „Passieren“ im Sinne eines passiven „Es geschieht“. Den Terminus „passieren“ von lat. „*passus*“, der Schritt, habe ich in diesem Zusammenhang deshalb gewählt, um die Dichotomie des bewussten Bewegens und des unbewussten Bewegtwerdens, die das Stottern umgeben, metaphorisch herauszuarbeiten.

¹⁴⁶ Hier möchte ich sehr gerne an das Bild einer Marionette erinnern, die durch unsichtbare Fäden bewegt, ohne Eigeninitiative fremdgesteuert aktiviert wird und zwar in einer Art und Weise, wie sie es selbst gar nicht will.

¹⁴⁷ Es gilt hier, die oben gemeinten Modifikationen von den therapeutisch angeratenen Sprechhilfen, wie „weicher Sprechansatz“ etc. zu unterscheiden.

¹⁴⁸ In diesem Kontext soll es nicht von Bedeutung sein, ob ein solches aktives Eingreifen des symptombelasteten Sprechers in seine sprechsprachliche Produktion im Sinne eines regulativen Moments von Erfolg gekrönt sein wird oder nicht.

te Motiv des symptombelasteten Sprechers spannt meist einen breit gefächerten Fragenkatalog mit folgenden Leitgedanken wie „Wie bringe ich es am flüssigsten, unauffälligsten und schnellsten heraus?“, „Wie kann ich mich verständlich machen?“ und „Wie kann ich meine Sprechablaufstörung am besten kaschieren?“ Was aber ist er auf phonematischer Ebene bereit zu tun, diesen Gedanken möglichst erfolgreich zu realisieren? Diese Frage stand für mich hier im Vordergrund des Interesses. Es würde zweifelsohne den Rahmen dieser Abhandlung sprengen, wenn man verifizieren würde, ob das Moment des Umschaltens vom automatisierten Sprechen auf eine aktiv mitgestaltete Selbstkontrolle zur Vermeidung der Symptomatik und zur Unterstützung des „Flüssigmachens“ direkt lokalisiert werden kann bzw. ob die Modifikationen immer bewusst ablaufen oder schon automatisiert bzw. kognitiv engrammiert sind.

Zum ersten Mal aufgefallen sind mir die im folgenden dargestellten Modifikationstechniken, die als Hyperkorrekturen interpretiere, bei dem kleinen, siebenjährigen Voja, den ich in dessen Therapie bei Baumgartner kennen gelernt habe. Seine Kaschierungstechniken, die seine Stottersymptomatik vor seinen Zuhörern¹⁴⁹ verbergen und vermeiden sollten, zeugten, meiner Ansicht nach, von großem Ideenreichtum: Als er beispielsweise aufgefordert wurde, ein Lied vorzusingen, sang er anstatt „(...) froh, froh, froh (...)“, „(...) floh, floh, floh (...)“. Warum er, wie er später vorgab, wissentlich den [l]-Laut gegen den [r]-Laut eintauschte, kann linguistisch auf der Folie intern motivierter, phonematischer Anpassungsleistungen untersucht werden¹⁵⁰. Zunächst nur soviel, in diesem Kontext: Der „Tausch der Laute“ bewirkt z. B. eine intensivere taktil-kinästhetische Wahrnehmungskontrolle der Laute bei der Artikulation. Der apikale, also mit der Zungenspitze direkt angesteuerte [l]-Laut ist direkt „erfühlbar“. Diese Eigenschaft bietet der uvulare [r]-Laut beispielsweise nicht. Voja wurde auch bei den Sprechübungen gebeten, bei den Buchstaben, die er gemäß seines „alten

¹⁴⁹ Seine Zuhörer waren Herr Prof. Dr. *Stefan Baumgartner*, sein Sprachheilpädagoge, zwei Studentinnen der Psychologie der Universität München und ich als Hospitantin, die den therapeutischen Sitzungen des kleinen Vojas beiwohnen durfte.

¹⁵⁰ Da ich auf dieses konkrete Beispiel nicht mehr näher eingehen will, möchte ich hier die von dem kleinen Voja initiierte Anpassungsleistung kurz umreißen, um keine offenen Fragen im Raum stehen zu lassen. Generell zähle ich aber den kleinen Voja nicht zu der Gruppe meiner Probanden und möchte daher auch sonst keine analytischen Angaben bezüglich seiner Sprechsequenzen leisten. Das kleine Korpus, den ich mit dem kleinen Voja erstellen konnte, umfasst nämlich nur die Zeit von circa zwei Monaten in wöchentlichen Sitzungen von je ein bis zwei Stunden.

Sprechmusters“ auf der Folie seiner Symptombelastung „hinauspressen“ möchte, „fellweich“ zu artikulieren. Um dieses „fellweiche Sprechen“ realisieren zu können, musste der kleine Junge dieses Gefühl des „neuen Sprechmusters“ erst für sich entdecken, indem er mit der rechten Hand über ein mit Fell bezogenes Brett während der Artikulationsphase streichen musste. Ein anderer Parameter, der für die Lautvertauschung verantwortlich sein könnte, könnte die phonetische, qualitative Beschaffenheit des Lautes sein: Der [r]-Laut ist weniger sonor als sein entsprechendes Korrelat. Da der Vokal in „floh“ das Maximum an Sonorität als phonetische Eigenschaft innehat und der Onset den höchsten KS-Wert als inverse Skalierung zum Sonoritätswert besitzt, wird der Vorgängerkontext des Vokals gewissermaßen zum kontinuierlichen Übergang von /f/ zu /o/. Sicherlich lassen sich noch weitere, phonematisch motivierte Beweggründe für die Modifikationsleistung des kleinen Voja finden.

Zunächst aber möchte ich nun auf die Themenkreise eingehen, die im Folgenden diese phonematisch motivierten Merkmale bzw. Merkmalsbündel der eigeninitiierten Modifikationstechniken darstellen werden:

1. Vokalmodifikation auf dem Silbenonset,
2. Der Abbau von Silbengrenzen bzw. das Konstituieren von neuen Silbengrenzen,
3. Die Assimilationstendenzen der phonetischen Artikulationsorte.

Der symptombelastete, erwachsene Sprecher hat sich im Laufe der Zeit seiner Sprechablaufstörung einen breit gefächerten „Behelfskatalog“ angeeignet¹⁵¹, der

¹⁵¹ Inwieweit dieses auf der Bewusstseinssebene geschieht, kann und möchte ich in diesem Kontext nicht entscheiden. Sicher ist aber zweifelsohne, so meine ich, dass der symptombelastete Sprecher sich im Laufe seiner jahrelangen Sprechablaufstörung die eine oder andere erfolgreich angewendete Modifikation gemerkt hat und an anderen, ähnlich strukturierten Sprechsituationen linguistischer Art später wieder appliziert.

sowohl psychische, als auch sprachlich-artikulatorische Bewältigungsprozesse in Form von mannigfaltigen Hyperkorrekturen umfasst. Im Folgenden möchte ich auf phonematische Anpassungsleistungen eingehen, bei denen der Stotterer versucht, den situativen, sprechsprachlichen Anforderungen, die seine Symptomlastigkeit an ihn stellt, gerecht zu werden. Sicherlich sind darin auch bewusste Kognitionen involviert, also Flucht- und Vermeidungsstrategien, die psychische Verarbeitungsprozesse mit linguistischen Anwendungen verbinden.

Aus der etymologischen Linguistik weiß der Phonologe bzw. Phonetiker mit Daten intern motivierter Lautveränderungen¹⁵² umzugehen, die durch ihre Systemimmanenz bestimmte Lautkombinationen bzw. –folgen eines Systems programmatisch verbessern sollen.

Phonetisch motivierte Lautveränderungen können Ausspracheerleichterungen, die entweder einzelne Segmente, sequentielle Lautfolgen oder auch Folgen von Suprasegmenten, schließlich auch die ganze Silbenstruktur in toto betreffen können, und auditiv bedingte Substitutionen darstellen. Jede tendenzielle Erleichterung für den jeweiligen Sprecher bzw. jede etwaige Verbesserung hinsichtlich der Artikulierfähigkeit einer bestimmten Prämisse innerhalb eines Systems oder hinsichtlich eines bestimmten phonetischen Merkmals bzw. Merkmalsbündels kann dabei durchaus mit einer etwaigen systematischen Verschlechterung oder Behinderung bezüglich einer anderen Prämisse bzw. Merkmals einher gehen. In diesem Fall wird der Sprachbenutzer entweder danach trachten, diese „neue“ Verschlechterung ebenfalls wieder mit einer entsprechenden Hyperkorrektur zu beheben oder aber er akzeptiert den „negativen Begleitumstand“ und kompensiert ihn im Zuge der neuen Anwendung. Bisegmentalisierung, also die Umverteilung eines monosyllabischen Wortes auf zwei Silben, die mit einer entsprechenden morphologischen Neuregelung einhergeht, ermöglicht beispielsweise einerseits artikulatorische Vereinfachung. Andererseits wird das neu konstruierte Wort per se und per definitionem länger, so dass anzunehmen ist, dass der energetische Artikulations-

Diese Theorie bestätigt sich, wenn man die Sprechsequenzen ein und desselben Sprechers über einen längeren Zeitraum hindurch analysiert. Es lässt sich dann nämlich ein „roter Faden“ bezüglich der individuell geprägten Struktur der sprechsprachlichen Redesequenzen im Hinblick auf syntaktische, semantische, pragmatische und phonematische „Eigenheiten“ erkennen.

¹⁵² Extern motivierte Lautveränderungen sind beispielsweise artikulatorische Vereinfachungen, die nicht aus dem vorliegenden sprachlichen System heraus zu erklären sind und oftmals Entlehnungen aus einer Fremdsprache darstellen.

aufwand im Vergleich zum „Urzustand“ des Wortes eigentlich äquivalent bleibt. Trotzdem sind in der Sprachgeschichte und natürlich auch im gegenwartssprachlichen System immer wieder Laut- und Lautfolgenveränderungen vorgenommen worden, die dann linguistisch zu Topologien oder Regelwerke zusammengefasst und formuliert worden sind. Kein sprachliches System ist konstant und durchgängig inproduktiv. Vielleicht sind einzelne, vereinfachende Maßnahmen wie beispielsweise die Deletion oder Vokalprothesis bei komplexem, konsonantischen Silbenanlaut erst von einzelnen Sprechern einer Sprachgemeinschaft spontan und völlig unwillkürlich oder sogar aus reiner Bequemlichkeit heraus angewendet worden. Die Verbreitung der lautlichen Neuerung setzte dann möglicherweise durch Nachahmung oder durch ähnliches Empfinden anderer Sprecher ein. Dieses Prinzip kann man, so meine ich, auf das sprechsprachliche System des Stotterers applizieren. Auch der symptombelastete Sprecher etabliert für sich selbst ein individuelles System, das situativ erforderliche, bestimmte artikulatorische Vereinfachungen bei dem Auftreten von Stottermomenten oder tonischen Blocks scheinbar zu bieten vermag. Auch bei ihm ist ein energetischer Kräfteausgleich in realiter kaum, gar nicht oder eher in inverser Skalierung gewährleistet, und auch er speichert subjektiv bewertete erfolgreiche oder erfolglose Maßnahmen in „seinem Regelwerk“ ab und kann sie bei Bedarf erneut abrufen. Fragt man einen Stotterer nach bestimmten, besonders symptombelasteten Buchstaben¹⁵³ oder sprachlichen Umgebungen, die für ihn recht häufig in erheblichem Maße aussprachebelastend sind, kann er meist sehr spontan und konkret darauf antworten. Mein Proband Torsten (39) beispielsweise, der schon nach der zweiten gemeinsamen Sitzung erklärt hat, er wolle die Unterhaltungen über sein Stottern nun abbrechen, meinte, er hätte große Probleme beim „Z“, „Sch“, bedingte bei „B, d, g“ und „P, t, k“. Bei anderen wortinitialen Konsonanten oder Vokalen würde er nicht stottern. Findet er keine Synonyme für die Wörter, die mit eben diesen Konsonanten beginnen, habe er das Gefühl, sich „dumm angestellt“ zu haben und „stottere halt dann“. Manche Wörter meide er konsequent, wie z. B. „immer“. „Ich habe mir mein `Stets´ so angewöhnt, dass ich nun sogar in Briefen statt `immer´ schon stets `stets´ schreibe.“, meinte er beispielsweise auf die Frage nach

¹⁵³ Die Probanden nannten „Laute“ in den Gesprächen meistens „Buchstaben“, was ich in diesem Kontext einfach übernommen habe.

bewussten Hyperkorrekturen, die er vornehme. Ansonsten gehe er, so berichtete er weiter, beispielsweise Telefongesprächen bewusst und konsequent aus dem Wege und überlasse seiner Sekretärin solche Aufgaben.

Ein anderes Beispiel erwähnte Doris bei einer der einführenden Unterhaltungen, die ich mit ihr führte. In ihrer zweiten Therapiesitzung der Van Riper-Therapie sei der Therapeutin aufgefallen, dass Doris vor die Vokale, von denen sie schon im Vorne herein meine, sie nicht artikulieren zu können¹⁵⁴, einen bilabialen Laut wie „b“ oder „p“ schiebe¹⁵⁵. Diese bilabialen Plosivlaute, die bis zu vier- oder fünfmal hintereinander, in rascher zeitlicher Abfolge wiederholt werden, haben für Doris also Starterfunktion, obwohl Tenues und Mediä im Allgemeinen eher schwer für Doris zu artikulieren sind. In dieser Umgebung haben sie sich aber möglicherweise für Doris als „neutral“ bewertete „Helferkonsonanten“ „eingeschliffen“. Bedenkt man aber die Tatsache, dass die beiden labialen Plosive mit jeweils stimmhafter und stimmloser Phonation ganz vorne im Ansatzrohr des oralen Traktes, nämlich an den Lippen, und nicht ganz am Ende, an der multifunktionalen Glottis¹⁵⁶, gebildet werden, kann man möglicherweise die Wahl dieser Hyperkorrektur als Artikulationshilfe nachvollziehen, die sich in Form eines Umschaltens auf einen anderen Artikulationsort manifestiert: die Schaltung des bilabialen Lautes anstatt des Zulassens des glottalen Verschlusses. Hier wird ein Laut gewählt, der möglichst weit weg ist von dem „schwierigen Artikulationsort“, den es zu vermeiden und zu umgehen gilt.

Die Lippen sind für die kinästhetisch-propriozeptive Wahrnehmungskontrolle des Artikulationsverhaltens relevant, sie können also direkt vom Sprecher während der Produktion des entsprechenden labialen Lautes gespürt bzw. gefühlt werden. Sie sind nämlich außerdem sehr bewegliche Artikulationsorgane, die sehr wesentlich zur Veränderung des Resonanzraumes „Mund“ und damit zur Artikula-

¹⁵⁴ Diese Auffassung teilen im Übrigen alle meine Probanden. Auch Enrico und Daniela bestätigten mir, dass sie lange vor der Artikulation eines Wortes schon wüssten, dass sie bei diesem Wort ins Stocken geraten würden.

¹⁵⁵ Diese Hyperkorrektur ist von Doris bis dahin noch nie bewusst wahrgenommen worden. Seit sie von ihrer Therapeutin explizit darauf hingewiesen worden ist, fällt ihr immer öfter selbst auf, wie oft sie von dieser Starthilfe bei Initialvokal Gebrauch macht.

¹⁵⁶ Die Glottis dient auch gewissermaßen als ein Ventil, das den intraglottalen Atmungstrakt vor dem Eindringen von Speiseteilen schützt. Ihre Schutzfunktion erstreckt sich aber auch auf den Brustkorb, die Weichteile und die Knochenausstattung unseres Körpers. Die Glottis stabilisiert, nämlich durch ihre Verschlussfunktion den Zustand des durch pulmonale Luft aufgeblähten Brustkorbs.

tionsmodifikation in toto beitragen. Je stärker nämlich die Lippen „spitz“ aneinander gepresst und nach vorne gestülpt werden, desto weiter wird die Mundhöhle und desto höher wandert die Zunge. Sie gebärdet sich außerdem steifer und unbeweglicher.

Bei der [b]- und [p]-Lautproduktion sind die Lippen fest aufeinander gepresst und bilden einen Verschluss, der von Doris durch die rasche Aufeinanderfolge dieser einzelnen Laute immer wieder hervorgebracht bzw. gelöst wird. Aber im Gegensatz zu allen anderen Artikulationsstellen, die eher Kontinua denn fixe Punkte bilden und von der Apex oder dem Zungenrücken angesteuert werden können, sind die Lippen gewissermaßen „autark“, d. h. ohne die Interaktion zu anderen Artikulationsstellen nutzbar und zudem direkt „erfühlbar“, insbesondere dann, wenn die Unterlippe gegen die Oberlippe artikuliert. Auch die Verschlusslösung ist direkt wahrnehmbar und im Gegensatz zur glottalen Verschlussbildung sogar unmittelbar beeinflussbar, indem einfach der Mund geöffnet wird. Dieses „erfühlbare und spürbare Moment“ kommt insbesondere einem Menschen zugute, der durch die Sprechflusshemmung, die ihn seit geraumer Zeit begleitet, eine herausragende Sensitivität zur Selbstkontrolle entwickelt hat. Viele erwachsene Stotterpatienten wie z. B. meine drei Probanden haben durch ihre lange Therapie-Erfahrung verschiedenartige Konzepte zur Selbstwahrnehmung der instrumentellen Sprechfähigkeit bereit gestellt bekommen.

Im Folgenden zeige ich nun artikulatorische Vereinfachungen im Rahmen phonetisch motivierter Lautveränderungen auf, die mir bei der Feinanalyse der Sprechsequenzen von den drei Probanden Enrico, Daniela und Doris aufgefallen sind. Sie stellen keine allgemeingültigen Erhebungen dar, vermögen aber zweifelsohne einen oder anderen Sprachtherapeuten auf die Relevanz und Nötigkeit der linguistischen deskriptiven Feinanalyse zu sensibilisieren.

1.2.1 Die Vokalmodifikation auf dem Silbenonset

Zunächst möchte ich einige Vorbemerkungen zum vokalischen Wort- und Silbenbeginn liefern, um einführend in die weitere Thematik der pathologischen Anwendungsdomäne „Stottern“ zu führen:

In der einschlägigen Literatur wird mehrfach behauptet, dass Wörter mit vokalischem Anlaut ein erhöhtes Risikopotential für Unflüssigkeiten darstellen würden (vgl. u. a. Seeger, 1988; Wirth, ⁴1994 etc.). Ich habe bereits oben mehrfach erwähnt, dass nicht nur der Wortanfang, sondern der Silbenonset den tendenziellen, lokalen phonetischen Angriffspunkt für Stottersymptomatik darstellt. Zumindest beim symptombelasteten Sprecher ist der glottale Verschluss der eigentlichen Vokalphonation immer unmittelbar vorgeschaltet. Die präglottalisierten Vokale, also mit festem Stimmeinsatz gebildete Vokale, sind zwar in der deutschen Sprache recht häufig, für den symptombelasteten Sprecher aber besonders „verhängnisvoll“, weil ein „natürlicher Druck“ aufgebaut wird, um die pulmonale Luft für die folgende Artikulation durch das Ansatzrohr zu drücken. Dieser „natürliche Druck“ korreliert mit dem „synthetischen“, den der symptombelastete Sprecher in dem Glauben generiert, sich damit leichter und flüssiger artikulieren zu können. Das Übermaß an Druck und Kraft, das sich aus der Addition des „natürlichen“ mit dem „synthetisch produzierten“ ergibt und nicht für die Artikulationsarbeit genutzt wird, wird beispielsweise in Muskelüberaktivitäten oder stummen Blocks kompensiert, die zweifelsohne an ein kraftvolles und angestregtes Hinauspressen und „Hinausdrücken“ der einzelnen Laute durch den Mund erinnern und viel Energie für sich beanspruchen. Auch die Kieferbewegungen beispielsweise, die im Medium der symptomfreien Sprache leicht, locker und ohne den geringsten Kraftaufwand erfolgen können, werden u. a. bei Doris mit viel zu viel Kraftaufwand und nur mit großräumigen Lageveränderungen vollzogen. Beim flüssigen und symptomfreien Sprechen braucht eigentlich nur die Lage des Unterkiefers geringfügig verändert werden, wenn keinen Gegenspannungen entgegengearbeitet werden muss. Beim Stottern etablieren sich aber eben diese Gegenspannungen bei der Anspannung des Öffnungs- und Schließmuskels am Unterkiefer, die simultan erfolgt. Durch die übertriebenen Bewegungen des Unterkiefers werden auch die

der Lippen und der Zunge ungünstig beeinflusst, denn insbesondere die Zungenspitze hat größere Wege beim „Anpeilen“ der Artikulationsorte innerhalb der Mundhöhle zurückzulegen als bei der normativen Bewegungsorganisation des Unterkiefers. Der Sprechflussfaktor „größere Wege“ impliziert auch gleichzeitig einen größeren Zeitfaktor, der wiederum das Sprechtempo und damit auch die Sprechflüssigkeit herabsetzt.

Sicherlich entsteht der Eindruck, dass Vokale phonetische Loci für die Manifestation und für die Größe des Ausmaßes der Stottersymptomatik darstellen, berechtigterweise dadurch, weil Silbenonset und Wortanfang bei monosyllabischen Wörtern identisch sind und bei bi- und polysyllabischen Wörtern an genau einer Stelle zusammenfallen. Bei vokalischem Silbenanlaut manifestiert sich der Onset offenbar als Leerelement¹⁵⁷, und der Nukleus wird durch den Initialvokal besetzt¹⁵⁸. Die Tonbandaufnahmen meiner Probanden erhärteten aber die These, dass ein glottaler Verschluss dem Initialvokal vorgeschaltet ist, der besonders aber in der Face-to-Face-Interaktion mit den symptombelasteten Sprechern deutlich wird. Hier zeigen sich im Rahmen der Sekundärsymptomatik markante Grimassierungen oder andere groteske Begleiterscheinungen der verzerrten und verkrampften Gesichtsmuskulatur, die dem eigentlichen Stotterblock bei der Vokalproduktion vorgeschaltet sind. Die Leerstelle ist hier offenbar obligatorisch mit dem glottalen Verschluss besetzbar. Bei der Zunahme der Sonorität während der Artikulation des Vokals und der kontinuierlichen Öffnung der Glottis nimmt die Muskelanspannung nämlich wieder sichtlich ab, und eine Reduktion des Atemdrucks ist merklich. Beim glottalen Verschluss wird der Luftstrom durch die geschlossenen Stimmbänder im Kehlkopf vollkommen blockiert. Wenn sich die Stimmbänder ganz zu Beginn der Vokalphonation plötzlich öffnen, löst sich der subglottale Druck explosionsartig, der sich durch die Blockade aufgebaut hat und der „natürliche Druck“ entweicht. Diese Blockade löst beim symptombelasteten Sprechen den Stotterblock vor Initialvokal bzw. vor vokalischem Silbenanfang

¹⁵⁷ Im Kopf oder *Onset* der Silbe können nur Konsonanten oder Halbvokale, die auf der Skelettschicht als „C“ assoziiert werden, vorkommen (siehe auch u. a. *Goldsmith*, 1990: 80 ff.).

¹⁵⁸ Der Rest der Silbe, der Reim, unterteilt sich in den Nukleus und die Koda, die im Deutschen auch nur von Konsonanten und Halbvokalen besetzt werden kann oder sich als tatsächliche Leerstelle etabliert.

aus, nicht der Vokal selbst¹⁵⁹, dem bei seiner Lautung kein Hemmnis im Ansatzrohr in Form von Verschlussbildung oder Reibung entgegensteht. Durch das Schwingen der Stimmbänder kann die pulmonale Luft völlig ungehindert durch den Oralraum (gelegentlich aber auch durch den Nasalraum) egressiv entweichen. Nur bei Behinderung des Luftstroms durch Verschlüsse oder Verengungen wie bei der üblichen Konsonantenproduktion oder beim glottalen Verschluss kann sich ein Stotterblock überhaupt erst manifestieren. In der Literatur wird beispielsweise als atemtechnische Hilfe empfohlen, bei Vokalinitiation nach Inspiration mit weichem Stimmeinsatz den Vokal versuchen zu bilden, wobei das Sprechen dann zu Beginn der Expirationsphase begonnen und durch die Nase eingeatmet werden sollte (vgl. Wirth, ⁴1994: 528). Diese Atemtechnik scheint die Glottis in Schwingungen zu versetzen. Der Glottisverschluss wird demnach unmittelbar vor dem vokalischen Onset geöffnet und zeigt aufgrund dessen keine symptomatischen Auswirkungen. Die Frage, die sich mir hier stellte, war, ob wirklich die Atemtechnik modifiziert werden sollte oder ob es nicht einfach nur genügt, den „synthetisch generierten Überdruck“ wieder wegzunehmen bzw. gar nicht erst aufkommen zu lassen. Fest steht für mich, dass jede angewendete Strategie, die Atmung in ihrem Funktionieren in irgendeiner Art zu verändern, Folge, aber nicht der Grund einer artikulatorischen Modifikation ist. Im Folgenden wird klar werden, dass die unten dargestellte, eigeninitiierte Abwandlung des Sprechens natürlich auch in den Atemprozess und in weitere energetische Prozesse eingreift und sie alle in das Veränderungsbestreben als einzelne Parameter in Toto involviert. In dem Fall beispielsweise, in dem ein Vokal von einem symptombelasteten Sprecher im Zuge einer Modifikationsleistung prolongiert wird und die Silbe, dessen Nukleus er ist, sanft geschnitten wird, gestaltet sich der Drucksilbenverlauf als streng monoton steigend über dem Anfangsrand und als streng monoton fallend über dem besagten Vokal¹⁶⁰. Auch wird in diesem Fall eine

¹⁵⁹ Der Vokal ist in meinem Ansatz kein phonetischer potentieller Auslöser für Symptomhaftigkeit, wohl aber in seiner Funktion als Silbennukleus und Akzentträger Steuerungsmechanismus für die Möglichkeit, dass sich Blocks manifestieren, wie ich in Kapitel 1.1.4 dieser Abhandlung mit dem Titel „Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit“ schon z. T. dargestellt habe.

¹⁶⁰ Hier gehe ich von einer Silbenschnittopposition im *Siever'schen* Sinne (1872) aus: Diese manifestiert sich in einer ungleichen Behandlung von Schall- und Drucksilbe. Die Schallsilbe

Übereinstimmung von Schall- und Drucksilbe provoziert. Bei sanftem Schnitt ist im Vergleich zum scharfen Schnitt das energetische Maximum weiter vorne in der Vokalposition zu eruieren.

In einem anderen Fall, in dem der Stotterpatient den Modifikationsmechanismus nicht aktiviert hat und damit nach wie vor scharfer Schnitt vorliegt, zeigt die Drucksilbe ein Crescendo über der Vokalposition, das im Folgekonsonanten und Anfangsrand der Folgesilbe seinen Maximalwert erreicht und dann erst dann in ein Decrescendo übergeht. Die Silbenschnittopposition wird auch im Hinblick auf die oben erwähnte Atemtechnik bedeutsam. So nimmt Durand (1946) für die verschiedenen Silbenschnitttypen auch unterschiedliche Verläufe des Luftverbrauchs an, der sich dann, um wieder zu unserem Kontext zurückzukommen, auch zweifelsohne in einer anderen Atemtechnik widerspiegelt. Bei sanftem Schnitt wird die Verschiedenheit der Luftkonsumtion zwischen Vokal und Folgesilbe größer. Das Luftschöpfen, das hier nötig wird, kommt dem Stotterpatienten zugute, auch im Hinblick auf den energetischen Zugewinn.

Interessant ist in diesem Zusammenhang zweifelsohne auch folgende Beobachtung, die mit der klanglichen Modifikation des Luftstroms zusammenhängt, der bei der Erzeugung der Laute beim Ausströmen durch Mund und Nase Engstellen passiert. Als Doris und Enrico dazu angehalten worden sind, leise zu flüstern, konnte von meiner Seite keinerlei Symptomatik bezüglich Reduplikationsmomenten von Silben im Redefluss bzw. Störungen, Blocks oder retardierenden Momenten im Redeablaufgeschehen festgestellt werden.

Alle drei Probanden, also Daniela, Enrico und Doris, zeigten beispielsweise unterschiedlich starke Stottersymptomatik bei den drei Wörtern „ver-achten“, „artikulieren“ und „The-ater“, also bei Wörtern mit vokalischen initialen oder medialen Silbenonsets. Die Blocks waren aber immer deutlich vor die Phonation des Vokals geschaltet. Bei Enrico waren bei einer Tonbandaufnahme sogar ein Schnäzen und ein Knacken während des glottalen Verschlusses vernehmbar, der Vokal

korreliert dabei mit Sonorität, während die Drucksilbe mit der im glottalen und subglottalen Bereich aufgewendeter Energie in Bezug zu setzen ist.

konnte hingegen symptomfrei artikuliert werden.¹⁶¹ Daniela prolongierte den Nukleus von „ver-“ in „verachten“ und zeigte unmittelbar vor dem Vokal des Wortstammes einen starken, stummen Block, der zweifelsohne auch in den Vokal hineingetragen wird, indem der Mund weit aufgesperrt, dann aber vor der Artikulation des Vokals selbst geschlossen wird. Seine eigentliche Phonation erfolgte ebenfalls symptomfrei. Auch bei „artikulieren“ werden die Lippen in einem stummen, retardierenden Moment vor der Produktion des Vokals weit aufgetan, in dieser Stellung wird einige Momente verharret. Es kommt jedoch kein Ton, kein hörbares Moment. Der Mund wird schließlich wieder geschlossen, bevor der Vokal „a“ artikuliert wird. Auch bei „Theater“ kann der Erstvokal der zweiten Silbe scheinbar mühelos produziert werden. Der Block, der vor ihm geschaltet ist, ist stumm und mit Sekundärsymptomatik wie dem weit aufgerissenen Mund umgeben. Doris zeigte eine ähnliche Symptomatik wie Daniela, die sich durch stumme Blocks und bizarre Muskelaktivität im Bereich Mund, Augen, Stirne und Hals¹⁶² charakteristisch subsumieren lässt.

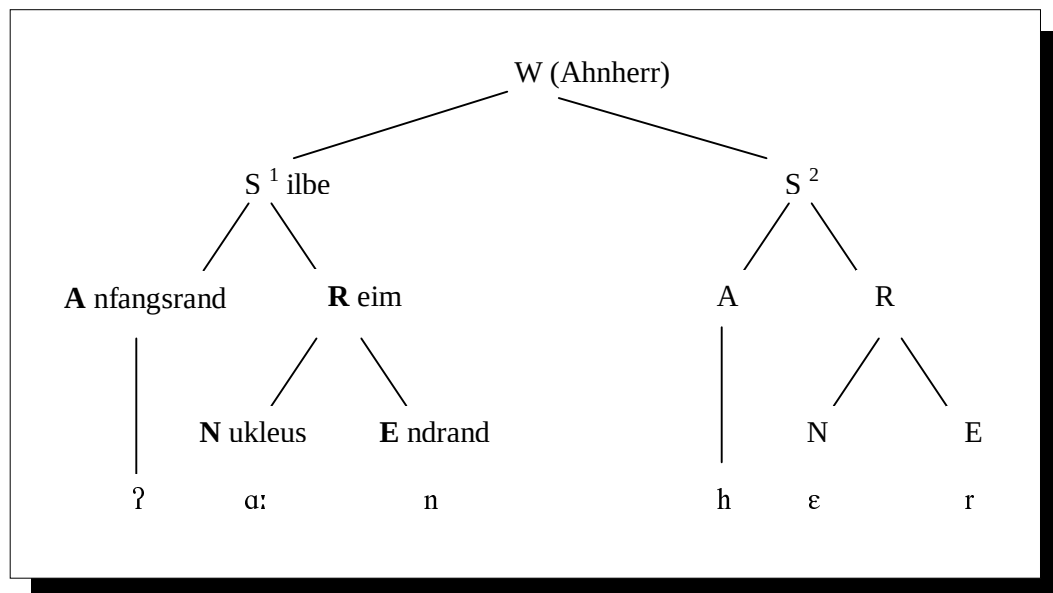
¹⁶¹ Eine junge Frau, die ich in der *Hartlieb*’schen biokybernetischen Therapie kennen gelernt hatte, stand beispielsweise bei jedem mit Vokal beginnenden Silbenanfang auf, setzte sich aber schon wieder, bevor der Vokal selbst artikuliert worden war. Auch bei ihr „knackte“ das Zusammenkommen der Stimmbänder, und der aufgebaute Druck färbte ihr Gesicht purpurrot, bevor er explosionsartig gelöst wurde.

Die beiden Beispiele, die ich hier nun dargestellt habe, sollen nicht allgemeingültige Formen des Stotterns und dessen charakteristische Symptome widerspiegeln. Wie ich schon eingangs dargelegt habe, ist jedes Stottern anders. Die oralen Geräusche können sich manifestieren oder auch nicht. Was mir in diesem Zusammenhang wichtig ist, ist die Erkenntnis, dass Vokale keine phonetischen *Loci* für das Stottersyndrom darstellen.

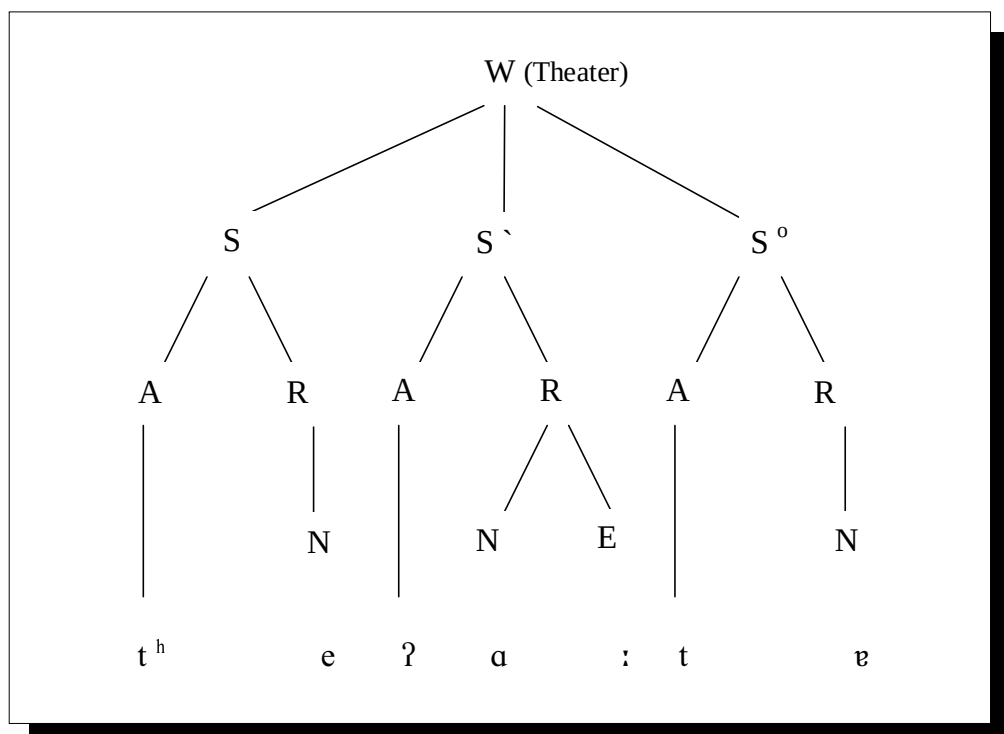
¹⁶² Unter „bizarre(n) Muskelaktivität(en)“ verstehe ich in diesem Zusammenhang beispielsweise ein im symptomfreien bzw. nicht-pathologischen Sprechakt üblicherweise nicht involviertes und auch nicht erforderliches und sicher auch nicht den Sprechablauf förderliches Halsstrecken, Augenzwinkern oder groteskes „Stirnerunzeln“ oder schnell aufeinander folgendes, immer wieder kehrendes Lippenbeben, das oftmals mit hörbaren Tönen ausgeführt wird.

Grafik (14): „Konstituentenmodell mit dem kontrastiven Moment zwischen Anfangsrand und Reim der Silbe in `Ahnherr´ und in `Theater´“

1. Darstellung des Konstituentenmodells zweier Silben innerhalb der Wortentität „Ahn- herr“. Der Onset ist hier mit einem glottalen Verschluss besetzt.



2. Realisation bei „Theater“:



Beobachtung und Thesenformulierung: „Eine tendenzielle Präferenz von Prolongationen ist bei den drei Probanden zu erkennen. Deshalb interpretiere ich gehäuftes bzw. nachhaltiges Vorkommen von Langmonophthongen als potentielle Hyperkorrektur, die vor oder während der Symptommanifestation vom Sprecher in Anspruch genommen werden kann.“

„Obwohl der energetische Aufwand bei der Produktion von Langvokalen bei wie-tem größer ist als der von einfachen Monophthongen, neigen die symptombelasteten Sprecher, die ich beobachtet habe, oftmals tendenziell dazu, Langvokale an Positionen zu bilden, in denen eigentlich Kurzvokale vorgesehen sind, wenn sich Stottersymptomatik einstellt. Langvokale werden mit weit größerer Quantität als erforderlich artikuliert bzw. Prolongationen von Monophthongen werden tendenziell gehäuft vorgenommen.“

Theoretische Überlegungen mit Anwendungsbeispielen:

Zunächst möchte ich eine terminologische Erklärung bezüglich der verwendeten Begriffe vorausschicken. Die Begriffe „Langmonophthonge“ bzw. „prolongierte Vokale“ etc. sind von mir bewusst gewählt worden, um der Begriffsdichotomie „Gespanntheit¹⁶³ vs. Ungespanntheit der Vokale“ aus dem Wege zu gehen. Zum einen deshalb, weil die einschlägige phonematische Forschung noch immer darüber diskutiert, ob es sich bei der Vokalopposition um einen in der Prosodie begründeten Kontrast handelt oder aber um einen qualitativen (vgl. dazu z. B. Becker, 1998 vs. z. B. Reis, 1974). Zum anderen möchte ich auch den phonetischen Prozess des Prolongierens in seiner Produktivität herausstellen, den der Stotterer als Form einer Hyperkorrektur bzw. als Bewältigungs- und/ oder Vermeidungsverhalten gewählt hat, und weniger den Output, also die „Gespanntheit“, das das Ergebnis des Prozesses darstellt, beleuchten.

¹⁶³ Die Bezeichnung „Gespanntheit“ geht auf Sievers (⁵1901: 98 ff.) zurück.

Hier sehen wir uns mit der Frage konfrontiert, warum der symptombelastete Sprecher die Auflage in Kauf nimmt, ein Mehr an Kraft und Energie für die Produktion von Langmonophthongen aufzuwenden, insbesondere dann, wenn Kurzvokale in der entsprechenden Sequenz vorgesehen sind. Warum werden zudem Langvokale noch intensiver prolongiert als unbedingt nötig? Eine mögliche Antwort auf diese Fragen könnte uns möglicherweise Sievers (1901: 71) geben, der behauptet, dass die Folgekonsonanten nach Kurzvokalen stärker artikuliert werden als nach Langvokalen. Da aber die Konsonanten die potentiellen Angriffspunkte für die Stotter symptomatik darstellen, und eine „verstärkte“, also mit Druck versehene, weil Engstellen zu passierende Artikulation gravierende Stotter symptomatik hervorbringt, wird der Vokal, die „neutrale Artikulationslokation“, so lange wie möglich ausgehalten.

Slis (1971: 176 ff.) zeigte zudem, dass [p], also ein Tenuis, nach Kurzvokal länger als nach Langvokal ist, und die Muskelaktivität beim Verschluss von [p] nach Kurzvokal 5-10 % höher ist als nach Langvokal (vgl. ebd.: 178). Auch Venne mann (1990: 71) erkennt, dass in Silbenschnittsprachen die Vokal- und Konsonantenlängen voneinander direkt dependent sind.

Da beim Stotter syndrom die gesamte Muskulatur des Sprechapparats¹⁶⁴ und die Gesichtsmuskulatur (Augenzwinkern, zwanghaftes Zupressen der Augenlider etc.) stark beansprucht werden, dient das retardierende Verharren in der Vokalsituation möglicherweise als „Erholungsmoment“, als „Rast“ vor und nach dem Konsonanten.

Das würde auf unsere Anwendungsdomäne „Stottern“ appliziert bedeuten, dass die nachfolgende Umgebung des Vokals, die zwangsläufig eine konsonantische ist, Einfluss darauf hat, mit welcher Quantität der symptombelastete Sprecher den Vokal versieht. Ein Verharren im vokalischen Moment bedeutet für den Stotterer dann möglicherweise eine Artikulationsvereinfachung im Hinblick auf den nachfolgenden Konsonanten bzw. das Bewusstsein aus dem positiven Erfahrungswert in seiner Leidensgeschichte, das er aus ähnlichen Konstruktionen in der Form

¹⁶⁴ Erinnern wir uns auch noch einmal an die Grimassierungen rund um die Mundpartie bei den sogenannten „stummen Blocks“, bei denen der symptombelastete Sprecher den Mund lange weit aufsperrt und in dieser Position einige Augenblicke völlig regungslos verharrt. Auch diese Muskelaktivität kostet ein hohes Maß an physikalischer Kraft.

{V_{kurz} C -> V_{prolongiert} C} gewonnen hat, hat er für sich programmiert und ruft es nach Bedarf bei immer wieder kehrenden Sequenzen erneut ab; - auch, wenn diese Hyperkorrektur in einer aktuellen und in einer zukünftigen Situation weniger erfolgreich ist. In der Literatur jedenfalls gilt als sprechtechnische Hilfe die Dehnung der Vokale als anerkannt. Auf diese Weise wird nämlich das Sprechtempo herabgesetzt (Wirth, ⁴1994: 531). Beim nicht-symptombelasteten Sprechen tritt die Vokaldehnung meist nach stimmhaften Konsonanten, bevorzugt aber vor Sonoranten auf, da die kurze Dauer dieser Laute oftmals eine kompensatorische Längung des Vokals zur Folge hat. Phonetisch gesehen ist aber ein jeder Vokal ein Approximant, der durch pulmonale Luft in der Regel egressiv gebildet wird. Dieser Bildung durch Ausatmung steht ganz im Gegensatz zu den Konsonanten kein Hemmnis im Ansatzrohr entgegen. Damit wird auch kein Locus etabliert, der dem Zuviel an Druck Möglichkeit geben könnte, entweichen zu dürfen. Beim Stottern scheint die vom Sprecher eigens „inszenierte“ Prolongation der Vokale auch ein kompensatorisches Moment situativ als Ankämpfreaktion gegen erwartetes Stottern zu sein.

Geklärt werden muss diesbezüglich im Folgenden, was die vokalische Situation im Einzelnen konkret für die beobachteten symptombelasteten Sprecher bietet. Wie oft und in welcher Umgebung die drei Probanden tendenziell prolongieren, und wie eine solche Prolongation im Einzelfall vor sich geht.

Betrachten wir nun dazu folgende Sequenz von Enrico (Sprachkassette „Therapeutisches Gespräch, 12.06.1999, Kassettenzählwerk 168):

„Dann war ab der zweiten Klasse das Reihumlesen und so also dann ich, ich hab dann schnell abgezählt, an welcher Stelle ich dann dran sein würde und dann habe ich immer schnell die Satzanfänge probiert, schon mal vorzusprechen und zu flüstern und dann fiel mein Name.“

Kontextuelle Einbettung: Die Therapeutin fragt Enrico nach seinen Erinnerungen an die Volksschulzeit, u. a. auch nach den Reaktionen seiner Mitschüler im Hinblick auf die Sprechablaufstörung.

01 T: an was kannst du dich denn DA SO: erINnern, wa:s
 02 war DA: son erLE:bnis?
 -> 03 E: <<all> DAnn> wa::r <<all> ab> der zwei::ten KLASse
 -> 04 <<all> das> REIh:u:mlesn und so: <<all> also dann>
 05 □ ich (.) ich <<all> dann schnell> ab.ge::zählt, an
 06 we::lcher STElle ich dann daran sein würde und dann
 07 ha::be ich immer schnell die Satz.a:nfänge pro::biert
 08 SCHO:n ma::l vo::r.zu:: <<all> sprechen> und zu::
 09 flüs.tern und dann <<all> fiel mein> NA::me.
 10 T: WIE: hat sich da:s auf dein STOttern ausgewirkt?

Auffällig ist hier zweifelsohne die immer wieder kehrende Alternation zwischen sehr schnell gesprochenen Sequenzen (notiert mit <<all>...>) und prolongierten phonetischen Orten¹⁶⁵. Dieses „pseudorhythmische Bestreben“ scheint sich aber im Hinblick auf eine Verminderung der Symptomatik im Sinne einer Häufigkeits- und Stärkereduzierung positiv auszuwirken. Solche Beobachtungen müssen bei der therapeutischen Etablierung von Modifikationstechniken des „alten Sprechmusters“ Berücksichtigung finden.

Schauen wir uns aber noch weiters die phonetische Notation einiger, oben markierter Sequenzen an:

[... ap.dər.zvai:.ten.'klaze.daz.'rai:.um.le:sn.ʔunt.zɔ:.ʔalzo.danʔix ...]

Interessant ist hier die Beobachtung, dass die glottalen Verschlüsse, die vor die mit Vokal besetzte Onset-Position geschaltet sind, kaum Symptommanifestation auslösen. Das ist möglicherweise mit dem „Schwung“ zu erklären, den die schnell gesprochenen Sequenzen auslösen. Dieser „Schwung“ schafft es nämlich, die schwierigen Silbenübergänge weniger störanfällig zu gestalten.

¹⁶⁵ Die über das „normale Maß“ hinausgehende Prolongationen, die eigeninitiierte Korrekturmaßnahmen darstellen sind in diesem Textbeispiel folgendermaßen notiert: „: :“. Die auffällig kurz und schnell gesprochenen Daten sind mit <<all>...> notiert.

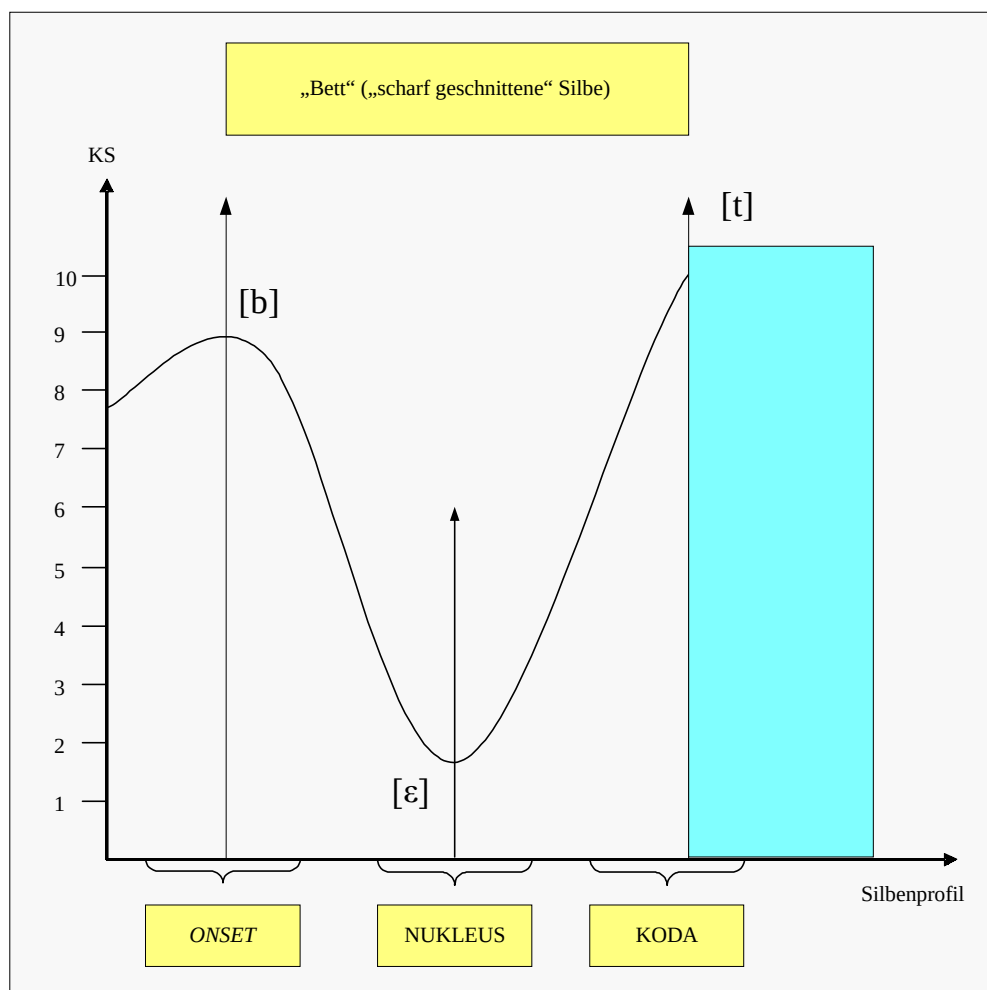
Diese Sequenz hört sich im Großen und Ganzen relativ flüssig an, bis auf die gekennzeichneten, kleineren Blocks, die aber nicht gravierend sind.

Im regelhaften Fall sind meist offene Silben, die auf Vokal enden, prolongiert. Im Vennemann'schen Sinne (ebd., 1990) würde man in diesem Fall von „sanftem Schnitt“ als inverse Skalierung zum „scharfen Schnitt“ im Rahmen der Silbenschnittopposition reden, die akzentabhängig ist. „Bei der Vokalopposition in der deutschen Gegenwartssprache handelt es sich um einen Silbenschnittgegensatz, der von der klassischen Quantität verschieden ist, (...) (denn diese ist akzentunabhängig)“ (ebd., 1990: 70). Die prolongierten Vokale sind nämlich auch häufig akzenttragend. Das Decrescendo, also das „abschwellende Moment“, beginnt im Nukleus der Silbe und wird zweifelsohne in den nachfolgenden Konsonanten hinübergetragen. So kommt dieser in den Sprechfluss. Die unten stehende Grafik möge am Beispiel des Minimalpaares „`Bett´ vs. `Beet´“ verdeutlichen, wie ich mir die Thematik von Crescendo und Decrescendo im Zusammenhang mit der situativen Störanfälligkeit im Redefluss des symptombelasteten Sprechers im Einzelnen vorstelle. In „Bett“ endet der Silbenkern auf Crescendo, das folgende Decrescendo beginnt dann in der Koda derselben Silbe. Vennemann nennt eine so geartete Silbe eine „scharf geschnittene Silbe“. Im Beispiel „Beet“ hingegen ist die Silbe „sanft geschnitten“. Hier beginnt das Decrescendo bereits im Nukleus [e:] selbst und wird weiter in den nachfolgenden Konsonanten getragen. Unterschieden werden muss bezüglich der Stotterproblematik, dass hier nicht die Vokallänge bzw. Vokalquantität eine Rolle spielen, sondern dass mit dem prolongierten Vokal im Decrescendo der Sprechfluss für den Folgekonsonanten aufgebaut wird. In meiner Vorstellung wird die „Vokalität“¹⁶⁶ gewissermaßen in den Konsonanten hinüber getragen. Der Konsonant wird damit mit „vokalischem Material“ versorgt. Bei der scharf geschnittenen Silbe kann der Koda-Konsonant die „Vokalität“ von [ɛ] nicht nutzen, weil das Decrescendo erst in der Koda selbst generiert wird.

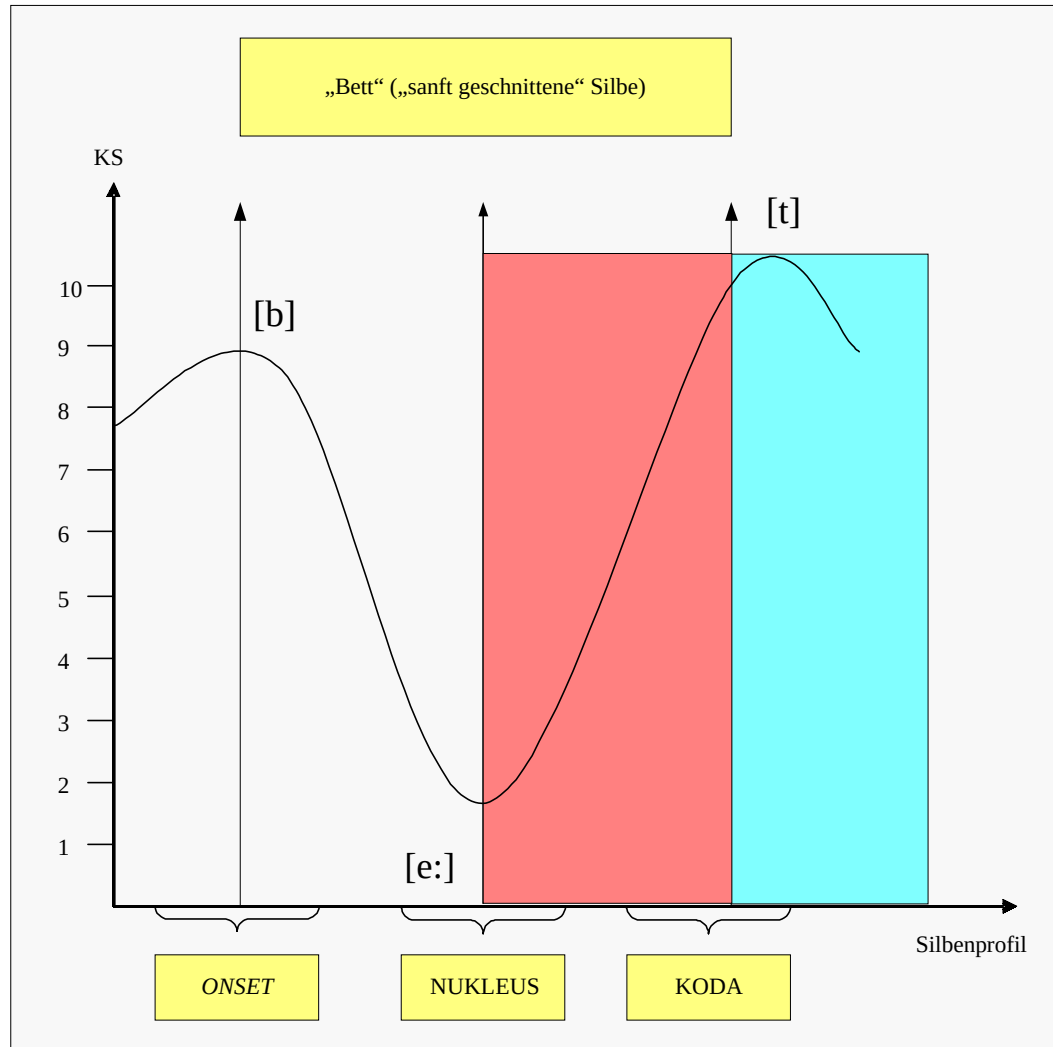
¹⁶⁶ „Vokalität“ meint in diesem Zusammenhang die Eigenschaft der Vokale im Gegensatz zu den Konsonanten, dass bei ihrer phonetischen Bildung dem in der Regel egressive Luftstrom keinen Hemmnissen in Form von Verschlüssen oder Reibungen im Ansatzrohr entgegensteht. Diese Eigenschaft vermindert die Auftretenshäufigkeit, Symptomatik auszubilden.

Hier wird also die Auffassung vertreten, dass ein bereits im Vokal abschwellendes Decrescendo den Impuls für weitere, flüssige Artikulationsfähigkeit zu liefern vermag, wie auch nachstehende Grafik veranschaulichen möchte:

Grafik (15): „Crescendo und Decrescendo am Beispiel des Minimalpaares `Beet vs. Bett´ veranschaulicht“



Grafik (16): „Abschwellendes Decrescendo als Impuls für den weiteren Sprechfluss“



Wenn es bei den Stotterpatienten, die ich beobachtet habe, „synthetisch konstituierte Präferenz für Langmonophthonge“ gibt, könnte man deduzierend annehmen, dass auch der phonetisch motivierte Lautveränderungsprozess der Schwächung als Form einer Hyperkorrektur beim symptombelasteten Sprechen zum Tragen kommt. Die Schwächung, die meist in assimilationsbegünstigender oder silben- bzw. wortstrukturell „schwacher“ Position, also meist im Wortauslaut oder in unbetonten Silben, vorkommt, betrifft im Allgemeinen Konsonanten und Vokale. Bei der Lenisierung wird durch Reduktion des Atemdrucks und der Muskelspannung eine Zunahme der Sonorität begünstigt, der Ausfall eines Segments motiviert. Den zweiten, möglichen Reduktionsprozess stellt die Vokalschwächung dar. Zunehmende Zentralisierung des Vokals aktiviert dessen Ausfall oder eine Schwabildung des entsprechenden Allophons. Alle diese Lautveränderungsprozesse, die im Großen und Ganzen zu Segmentverlust führen können, waren bei meinen symptombelasteten Probanden nicht festzustellen, außer in der Form eines Satzabbruchs¹⁶⁷, sofern man diesen wirklich als Segmentverlust bezeichnen will. Ich finde diesen Tatbestand insofern bemerkenswert, als dass die Befragung meiner Probanden ergab, dass man sich bevorzugt von einem Redebeitrag distanziert, als dass man ihn unnötigerweise in die Länge zieht, also „prolongiert“. Deshalb sprechen alle meinen drei Probanden in flüssigen Sequenzen recht schnell, bis der nächste Block wieder eine Zäsur setzt und eine stockende, unflüssige Sequenz eröffnet.

Wenden wir uns jedoch nun der obigen Sprechsequenz von Enrico zu. Die folgende Tabelle¹⁶⁸ soll die Auftretenshäufigkeit von Langmonophthongen im regelhaften Fall und im Falle einer vom Sprecher vorgenommenen Hyperkorrektur aufzeigen. Als Hyperkorrektur interpretiere ich dabei auch ein besonders auffälliges Prolongieren der Langmonophthonge, also generell alles, was über ein „normales“ Maß hinausgeht.

¹⁶⁷ In diesem Kontext verstehe ich unter „Satzabbruch“ nicht den, den der Gesprächspartner durch Ungeduld oder durch Missachtung der Konversationsmaxime provoziert, sondern den, der ohne jegliche Einwirkung von außen vom symptombelasteten Gesprächsteilnehmer evoziert wird und der auch tatsächlich eine Informationslücke von Seiten des Zuhörers hinterlässt, weil semantisches Wissen nicht aus dem Kontext bezogen werden kann.

¹⁶⁸ In der Tabelle sind die Langmonophthonge wieder mit unterstrichenen Buchstaben gekennzeichnet und optisch herausgehoben.

Tabelle (9): „Manifestationen von Langmonophthongen in regelhaften Fällen und in Fällen von Hyperkorrekturen“¹⁶⁹

Manifestation des Langmonophthongs	regelhafte Bildung	Realisation im Zuge einer Hyperkorrektur
hab/ habe	x	
war	x	
zweiten	x	
Reihumlesen		x
Reihumlesen		x
Reihumlesen	x	
so		x
abgezählt		x
abgezählt	x	
Satzanfänge		x
Satzanfänge		x
Satzanfänge		x
probiert		x
probiert		x
schon		x
mal	x	
vorzusprechen		x
vorzusprechen		x
vorzusprechen	x	
vorzusprechen		x
fiel	x	
Name		x

¹⁶⁹ Enthält eine Wortentität mehrere Langvokale wird das Wort mehrmals in der Tabelle aufgeführt.

Auswertung des Tests:

Von 23 realisierten Langmonophthongen werden nur neun im sogenannten regelhaften Modus produziert. In 14 Fällen werden entweder zu starke Prolongationen oder Langmonophthonge an Stellen gebildet, die eigentlich mit kurzer Quantität versehen sein sollten. Auffällig ist zweifelsohne die Tatsache, dass sogar der Schwa-Laut prolongiert wird.

Analyse des Testergebnisses:

1. Es sind nicht immer offene Silben, die mit Langmonophthongen equipt werden, wie man annehmen könnte: in Zahlen ausgedrückt in genau zwölf Fällen von vierzehn Vorkommnissen.
2. Die Prolongationen, die als Hyperkorrekturen zu interpretieren sind, betreffen folgende phonetische Segmente:
 - a) Der Diphthong [ai]¹⁷⁰ und der Monophthong [i] wurde nur einmal prolongiert, [a] wurde hingegen zweimal „länger“ als nötig artikuliert. Man könnte sich das relativ geringe Vorkommen an Prolongationen im Vergleich zur Schwa- und [u:]-Dehnung möglicherweise folgendermaßen erklären:
 Der Diphthong ist an sich schon länger als ein Monophthong im üblichen Sinne. Zwischen [a] und [u:] herrscht generell nur eine geringfügige Unterscheidung durch F1 bzw. den Öffnungsgrad und durch F2¹⁷¹, denn [a] ist weiter vorne artikuliert als sein prolongiertes Allophon. Eine Hyperkorrektur würde also eine kaum geänderte phonetisch-artikulatorische

¹⁷⁰ Ein Diphthong wird aus zwei Vokalen gebildet, die zusammen einen gemeinsamen Nukleus bilden.

¹⁷¹ In der Spektralanalyse nennt man ein Bündel von Partialtönen, die die Klangfarbe von Lauten „formen“, „Formanten“. Für jeden einzelnen Vokal lassen sich vier bis fünf Formanten nachweisen. F1 und F2 sind dabei für die Vokalfarbe charakteristisch. Formanten werden generell durch Frequenzen, Amplituden und Formantenbreiten definiert. Bei den Vokalen entsprechen ihnen artikulatorische Eigenschaften des Ansatzrohres. Generell kann man Formanten auch als Energiemaxima im Frequenzspektrum des Vokalklangs definieren.

Situation herbeiführen, [a] hat die phonetische Klassifikation [+hinten], [+rund], [+tief]. [i:] wird durch höchsten Kraft- und Energieaufwand gekennzeichnet und ist durch folgende phonologische Beschreibung mit elementaren Eigenschaftskomponenten zu charakterisieren: [-rund], [+vorne], [+hoch]¹⁷².

- b) [u:] wurde dreimal realisiert und wird im Allgemeinen durch folgende Parameter klassifiziert: [+rund], [+hinten], [+hoch].
- c) Drei Schwa-Laute mit dem artikulatorischen, distinktiven Merkmal der Zentralität sind länger als nötig artikuliert worden.
Schwa wird in der neueren Linguistik längst nicht mehr als unbetontes Allophon des [ɛ]-Phonems begriffen. Es spannt vielmehr bei Vennemann (1991: 211 ff.) eine eigene prosodische Kategorie auf oder gilt als eigener Epenthesevokal bei Wiese (1996: 242 ff.), der „(...) als Default-Vokal oder zur Erfüllung prosodischer Bedingungen eingefügt wird.“ (vgl. Becker, 1998: 100). Die Tatsache, dass der Schwa-Laut als Reduktionsprodukt bei Verkürzung in Folge einer Hyperkorrektur prolongiert wird, ist immerhin aus linguistischer Sicht durchaus ungewöhnlich, obwohl dem Schwa-Laut bereits ein „breiter Streubereich“ innerhalb der Forschung eingeräumt wird (Becker, 1998: 101). Im Beispiel „abgezählt“ wird [ə] in der Präfixsilbe „ge“ phonetisch verlängert, also wortmedial. Aber auch im Wortauslaut scheint es für den Stotterpatienten Enrico durchaus möglich zu sein, Schwa zu dehnen, wie es in „Satzanfänge“ geschehen ist. Möglicherweise wird so der folgende Wort- und Silbenanfang artikulatorisch für den symptombelasteten Sprecher Enrico geebnet.
- d) Die Laute [o:] und [e:] wurden zweimal realisiert. Der erste Laut kann folgendermaßen phonetisch klassifiziert werden: [+rund], [+hinten],

¹⁷² Die Klassifikation des Langmonophthongs erfolgt hier der Reihe nach folgenden artikulatorischen Merkmalen: Lippenform, horizontale Zungenstellung, Zungen- bzw. Kieferhöhe. Auch die Klangfarbe und die Öffnungsstufe sind weitere Parameter zur Klassifizierung der deutschen Vokale.

[+mittel]¹⁷³. Der Laut [e:] hingegen ist durch die Merkmale [-rund], [+vorne], [+mittel] phonetisch zu bewerten.

3. Es haben sich nur fünf Blockierungen im Sinne der charakteristischen, tonischen Stotter-symptomatik innerhalb dieser Redesequenz manifestiert. Bedenkt man die Tatsache, dass weit über 50 Onsets mögliche Positionen für Blöcke, artikulatorische Hemmungsmomente bzw. Unflüssigkeiten repräsentieren, ist diese Redesequenz relativ flüssig artikuliert worden, was für die Effizienz der Auswahl der Hyperkorrektur spricht. Dabei scheint es keine besondere Rolle zu spielen, welche bedeutungsunterscheidende Qualität hinsichtlich seiner distinktiven, phonetischen Merkmalsstruktur der entsprechende Vokal hat, der prolongiert wird. Der Vokal wird anscheinend immer dann gedehnt, wenn Enrico die Manifestation eines Blocks „erahnt“. Ich habe bereits in den Kapiteln der „theoretische(n) Grundlagenforschung“ darauf hingewiesen, dass die meisten Stotterpatienten und so auch die, die ich beobachtet und diesbezüglich befragt habe, ein gutes „Gespür“ dafür haben, wann sie „hängen bleiben“¹⁷⁴ werden bzw. wann sich voraussichtlich eine flüssige Redesequenz einstellen wird. Natürlich wird auch das Artikulationsverhalten durch eine solche psychische Konditionierung, sei sie nun emotionaler oder kognitiver Ausprägung, zweifelsohne mitbestimmt, zumindest aber teilweise modifiziert.
4. Der vermehrte Einsatz von Langmonophthongen senkt, - das zeigt der auditive Gesamteindruck, den die Redesequenz vermittelt -, das Sprechtempo erheblich und scheint daher eine effiziente Sprechhilfe zu sein, auch wenn der Sprechtext dadurch „overarticulated“ klingt. Man hat das Gefühl, der Sprecher erzählt ohne Emotionalität und ohne Eigenbetroffenheit. Als Zuhörer stellt sich zwangsläufig ein Gefühl der Langeweile ein, und die Aufmerksamkeit sinkt. Da nur der Silbenonset potentieller Angriffspunkt für Stotter-symptomatik ist,

¹⁷³ [+Mittel] ist hier eigentlich eine ungenaue Angabe, denn [o:] und [e:] sind beispielsweise im Vergleich zu [ɛ] oder [ʔ] eher als [+hoch] bezüglich des artikulatorischen Merkmals „Zungenhöhe“ zu klassifizieren. Ebenso verhält es sich zweifelsohne beim zweiten, oben angesprochenen Laut.

¹⁷⁴ Diesen Terminus habe ich von Enrico übernommen, der die tonische Stotter-symptomatik umschreiben soll.

und der Endrand diesbezüglich eine neutrale Position innehat, kann nur der Nukleus der vorausgehenden Silbe im Zuge einer Hyperkorrektur modifiziert werden, um einer möglichen drohenden Blockade vorzubeugen. Aufgrund seiner Position im silbischen Konstituentenmodell¹⁷⁵ und seiner vokalischen Besetzung kann er kein Block auslösendes Moment bzw. potentieller Angriffspunkt für Stottersymptomatik sein. Zusammen mit dem Endrand bildet er den sonoren Reim, der also nicht „stotteranfällig“ und deshalb „konditionierbar“ ist.

5. Ein verlangsamer Sprechmodus verändert auch in den meisten Fällen die Organisation des rhythmischen Akzents. Das ist aber durchaus nicht zwingend, denn auch Kurzvokale können beispielsweise in gedeckter Stellung¹⁷⁶ oder im Hiatus prominent sein. Natürlich ist eine als „strong“ ausgewiesene Position innerhalb des „metrical trees“ sehr oft auch eine akzentuierte.

Resümee:

Insgesamt gesehen ermöglicht der verstärkte und vermehrte Einsatz von Langmonophthongen bzw. von Prolongationen der vokalischen Entitäten eine Verminderung der Häufigkeit der Symptomatikmanifestation u. a. durch die Reduktion des Sprechtempos und durch Zunahme der Prominenzverteilung. Der so produzierte Sprechtext wirkt aber unnatürlich und overarticulated. Die Zeit und Energie, die dem symptombelasteten Sprecher nun so nutzbar gemacht wird, kann er z. B. für eine Verbesserung und Intensivierung der taktilen Wahrnehmung in Anspruch nehmen.

¹⁷⁵ Das Konstituentenmodell baut auf dem Kontrast von *Onset* und Reim auf. In Bezug auf die linguistische Anwendungsdomäne „Stottern“ ist die silbische Kontraststruktur deshalb so gut applizierbar, weil der Anfangsrand der Silbe im Gegensatz zum sonoren Reim der lokale Angriffspunkt für etwaige Stottersymptomatik ist. Diese Dichotomie wird im binären Konstituentenmodell adäquat veranschaulicht. Die universelle Zweiteilung der Silbe deckt sich also auch mit der Dichotomie „Stotterpotenz vs. Stotterimpotenz“

¹⁷⁶ „Gedekte Stellung“ meint die Positionierung des Vokals vor einem Konsonanten und nicht am Wortende.

Abschließende Bemerkungen:

Die Präferenz von Langmonophthongen zieht sich wie ein roter Faden durch Enricos Sprechproben, - nicht, dass er das Prolongieren immer als Hyperkorrektur als Vermeidungsstrategie einsetzt. Aber als eine von mehreren phonematischen Methoden im Sinne einer Ankämpfungreaktion gegen die Stottersymptomatik zeigt sie sich als signifikant häufig. Als ganz besonders charakteristisch in Enricos Sprechsequenzen empfand ich sein zahlreich frequentierendes „versuchen“, das mit erweitertem Infinitiv syntaktisch anschließt. Der Schwa-Laut in der Präfixsilbe „ver-“ ist dabei fast immer prolongiert. Nach der konjugierten Form von „[fɛ:r]/ [fɛ:r]-suchen“ wird eine Sprechpause geschaltet, die dann eine relativ flüssig artikulierte Sequenz einleitet, die mit „zu“ und einer Infinitivform eines Vollverbs endet, wie in „(...) ich versuchte (2 sec.), das so zu sehen“. „[zu:]“ ist dabei ungewöhnlich lange prolongiert. Hier wird am ehesten deutlich, dass Enrico in diesem Fall eine Hyperkorrektur anwendet, um die Artikulation des Silbenonsets des Vollverbs zeitlich hinauszuschieben. Hätte er die syntaktische Entität ohne „versuchte“ gebildet, hätte er „sehen“ schon früher artikulieren müssen, in einer Sequenz wie „(...) ich seh(e) (...)“. Die Sprechpause und die prolongierte Vokalität in „zu“ werden dem schwierig auszusprechenden Initiallaut des Vollverbs vorgeschoben. Außerdem wird die Wortentität „sehen“ im Rahmen einer zweiten Modifikationsstrategie mit zwei Vollsilben gebildet. Die regelhaft reduziert repräsentierte Silbe wird zur Vollsilbe erhoben, was von der Präferenz des symptombelasteten Sprechers Enrico zeugt, bevorzugt polysyllabische Wortentitäten in der freien Rede zu generieren, die akzentuierbar sind.

Die Herabsetzung des Sprechtempos ist sicherlich nur ein möglicher Beweggrund für den Einsatz der Hyperkorrektur. Einen weiteren Aspekt stellt meiner Meinung nach die Spannungsverteilung der am Sprechakt beteiligten Muskelgruppen¹⁷⁷

¹⁷⁷ Neben ihrer primären Funktion als wichtigstes Organ für die Geschmacksempfindung und als Mechanismus von Kauen und Schlucken hat beispielsweise die Zungenmuskulatur die Aufgabe, die linguale Artikulation mitzugestalten, die bei der Vokalbildung und bei der Bildung der Zungenkonsonanten wichtig ist. Die mimische Muskulatur umfasst neben vielen anderen beispielsweise den Lippenmuskel, der für das kreisförmige Umschließen des Mundes verantwortlich ist. In

dar. In der einschlägigen Forschung sind diesbezüglich folgende Zusammenhänge bekannt: Russel (1928, zitiert nach Schumacher, 1972: 36) stellte beispielsweise fest, dass bei ungespannten Vokalen der Rachenraum kleiner, also enger werde. Sweet (1877: 8 f.) erkannte außerdem, dass die Dichotomie zwischen Gespanntheit und Ungespanntheit der Vokale auch in der Muskelspannung und in der davon determinierten Wölbung der Zunge festzumachen sei. Generell nimmt die Konvexität der Zunge bei der Vokalproduktion im Verhältnis zur Steigerung des Öffnungsgrades ab. Ein Test, der bei jedem einzelnen Patienten durchgeführt werden sollte, ist deshalb meiner Meinung nach der, ob bei offenen oder geschlossenen Vokalen längere und stärkere retardierende Momente und/ oder Stotter-symptomatik beim Patienten auffällig sind. Dann kann eine negative Beeinflussung der Zunge auf die Artikulationsleistung ausgeschlossen oder verifiziert werden.

Jede räumliche Enge zieht meist auch eine Verspanntheit der Sprechmuskulatur und gleichzeitig eine verzögerte bzw. beeinträchtigte Beweglichkeit der Sprechwerkzeuge nach sich.

Eine Differenzierung bezüglich der Konvexität der Zunge, Spannungserweiterungen bzw. -abbau der Muskulatur der an der Artikulation beteiligten Sprechwerkzeuge, der Öffnungsgrad des Mundes, der mit der Vokalspannung deutlich abnimmt, – alles dies sind Komponenten, die insbesondere das symptombelastete Sprechen beeinflussen, weil beim Stottern gerade die Spannungsregulation keine gut funktionierende ist, wie ich bereits oben ausgeführt habe. Interessant finde ich aber auch, dass Lageveränderungen des Zungenbeins die Position des Kehlkopfes entscheidend beeinflussen können¹⁷⁸, indem sich andere Grundspannungszustände der inneren Kehlkopfmuskeln ergeben. Das stimmungsbildende und gleichzeitig die Luftröhre abschließende Organ wird also von dem am Zungenbein entspringenden Muskelorgan in seinem Spannungszustand konditioniert. Wenn man nun eine folgende phonetische Situation konstruiert, dass ein Vokal wie beispielsweise „a“,

diesem Zusammenhang können die vielen einzelnen Muskelpartien nicht gesondert aufgeführt werden.

¹⁷⁸ Das Zungenbein dient den Muskeln des Kehlkopfes und der Zunge als direkten Ansatzpunkt, ohne dass es selbst eine direkte Funktionalität innehat (vgl. Wirth, ⁴1994: 55). Die Zungenbeinentfernung bleibt ohne Folgen, aber die muskuläre Interaktion zwischen Zunge und Glottis hat sicherlich so manchen Mediziner in den Anfängen der Stottertherapien dazu verleitet, das Zungenbein operativ entfernen zu lassen (vgl. dazu: Kapitel 7).

der durch das artikulatorische Merkmal der „tiefen Zungenlage“ u. a. klassifiziert wird, einem [ʔ]-Laut folgt, der den Silbenonset besetzt, als glottaler Verschluss produziert worden ist und festen Stimmeinsatz auslöst, so positioniert man beide Laute direkt nebeneinander. Man kann nun sicherlich annehmen, dass die an der phonetischen Produktion der einzelnen Laute beteiligten Muskelpartien nun direkt miteinander in Interaktion treten. Außerdem ist das Output, das das Ergebnis ihrer Wechselbeziehung und das fertige Artikulationsprodukt darstellt, von dem Modus dieser Interaktion beeinflusst worden. Je nach dem, ob die muskuläre Spannung bei dem ersten agierenden Artikulationsorgan eine verstärkte oder verminderte ist, wird sich auch die nachfolgende Muskelbewegung arrangieren und dementsprechende Gestalt annehmen. Die Tatsache, dass der glottale Verschluss sich durch muskuläre Verengungen auszeichnet, die erst aufgebaut, dann schließlich wieder abgebaut werden müssen, macht insbesondere plausibel, wieso die „vorvokalische Position“ aus phonetischer Sicht vorzugsweise anfällig für Stottersymptomatik ist.

Die Prolongationsbemühungen, die ich nun dargestellt habe, sind sicherlich nicht die einzigen Hyperkorrekturen, die Vokalmifikationen betreffen. Meine Probandin Doris schaltet beispielsweise sehr oft ein „h“ als gehauchten Artikulations-einsatz vor den Folgevokal, der am Wort- und Silbenanfang steht. Der glottale Verschluss, der eigentlich die Onset-Position vor Vokal besetzt, wird also durch den [h]-Laut ersetzt und auch gesprochen, was in der symptomfreien Rede nur vor einem vollstimmigen Vokal möglich ist. Die Lautmodifikation entspricht hier wohl gleichzeitig einer Vermeidungsstrategie, denn der „schwierige“ glottale Verschlusslaut wird umgangen und durch einen leichter zu produzierenden Laut ersetzt. Diese Hyperkorrektur schafft zwar artikulatorische Erleichterung, schließlich wird die Blockade des Luftstroms durch die völlig geschlossenen Stimmbänder aufgehoben, der subglottale Druck kann sich gar nicht erst aufbauen. Beim [h]-Laut hingegen nehmen die Stimmbänder eine mittlere Position zwischen ganz offen und ganz geschlossen ein.

Aber auf kommunikativer Ebene stellt sie einen Hemmschuh hinsichtlich des Verständnisses auf Seiten des Zuhörers bzw. Kommunikationspartners dar: „*Hampel“, also [ˈhampɫ] oder ohne Reduktionssilbe und mit Bisegmentalisierung artiku-

latorisch realisiert [ham.'pel], (anstatt: „[ʔampl]“), „*hab-her-kenne“, also [ʔ hap.hər.kenen], (anstatt: „[ʔap.ʔər.'kenen]“, „*Hin-ter-ne“, [hɪn.'terne] (anstatt: „[ʔInterne] ¹⁷⁹“) sind drei Beispiele hierfür. Hier wird insbesondere die Alternation der Prominenzverhältnisse deutlich, die mit der angewendeten Hyperkorrektur einhergeht. Die Primärakzente werden auf die Folgesilbe verlagert. Vielleicht trägt die Hyperkorrektur, die die phonetische Umstrukturierung der Onset-Positionen vorsieht und Konsequenzen auf die Akzentverteilung der gesamten Wortentität hat, nicht zuletzt dazu bei, dass sich keine Blöcke im Sinne der charakteristischen Stottersymptomatik manifestiert haben.

Anhang: Test mit dem „Schwa-Laut“

Die Auseinandersetzung mit dem Vokalismus drängt uns generell eigentlich wieder in die Domäne der Silbenphonologie, wenn wir uns mit der Positionierung der Nuklearität beschäftigen wollen. Im Medium der gesprochenen, flüssigen Sprache ohne Stottersymptomatik verschwinden bereits reduzierte Nuklei bei bestimmten Bedingungen wie z. B. in „(in) allem“ ([ʔɪnəlm]). Bei der Identifikation zeichnet sich das phonetische Korrelat der Nuklearität [m] dann möglicherweise durch eine größere Dauer aus. Die Ausweisung dieses Lautes als Silbenkopf ist obligatorisch, denn [ə] kann kein Silbenkopf sein. In der unbetonten Silbe ist sicherlich auch ein Tonhöhenabfall merklich.

Wir haben bereits gesehen, dass im Medium der symptombelasteten Sprechsprache ein vorgesehener Schwa-Laut tendenziell bevorzugt als prominenter Vokal realisiert wird, anstatt als reduzierte Variante. Wie kann aber ein phonetisches Korrelat der Nuklearität wie in „allem“ in der symptombelasteten Sprache identifiziert werden, wenn es denn realisiert wird? Im Zuge der Verifizierung dieser Frage diene mir folgender Test:

¹⁷⁹ „Interne“ meint die Schülerin eines Internats. Doris hat hier von ihrer Internatszeit erzählt.

1. Testgestaltung: Test (1)

Doris sollte folgende Minimalpaare¹⁸⁰ auf Tonband aufsprechen:

- 1) „Alm“ vs. „allem“
- 2) „Farn“ vs. „fahren“
- 3) „ekeln“ vs. „eklen“, also [-kɫn] vs. [-kln] mit Nuklearität des [n]-Lautes¹⁸¹

Interessant war hier für mich, wie die Differenzierung und Herausstellung der Alternation der Nuklearitäten bei den drei Minimalpaaren hier von Doris realisiert werden.

2. Testauswertung:

Doris sprach den Schwa-Laut in der jeweils zweiten Wortentität des Minimalpaares als Allophon des [e]-Lautes aus. Vor dem jeweils zweiten Element des Minimalpaares manifestierten sich starke Blocks. Beim ersten und beim dritten Beispiel sind diese klar vor die eigentliche Phonation des Erstvokals geschaltet. Beim zweiten Beispiel manifestiert sich der Block direkt mit dem Anstimmen des Konsonanten „f“ und gestaltet sich auch stark in seiner Ausprägung.

Danach wurde die phonetische Realisation derselben Wortentitäten in Kontexteinbettung untersucht.

¹⁸⁰ Ein Minimalpaar vereint zwei bedeutungsverschiedene Ausdrücke, die sich nur durch ein Phonem unterscheiden.

¹⁸¹ Das dritte Beispiel übernehme ich von *Vennemann* (ebd., 1982: 256).

1. Testgestaltung: *Test (2)*

Die entsprechenden Sätze wurden chronologisch so angeordnet, dass die Sätze mit den jeweiligen Minimalpaaren nicht hintereinander stehen, hier wurde dieses Prinzip jedoch nicht mehr berücksichtigt.

1a) Auf der Alm molk die Sennerin die Kühe.

Doris (D) realisierte den Teil des zu analysierenden Syntagmas z. B. folgendermaßen: [ʔauf.dɛr.ʔalm.mɔlk...].

1b) Allem anderen wurde keine Bedeutung beigemessen.

(D): [ʔalɛm.ʔanderɛn.vurde.'kaine.'be.dɔytunk...].

In diesem Beispiel lässt sich der Schwa-Ausfall besonders stark auch in „anderen“ erkennen.

2a) Moos und Farn wuchsen auf dem Waldboden.

(D): [mo:z.ʔunt.farn.vu:k.sɛn...].

2b) Sie fahren in einer großen Kutsche.

(D): [zi:.fɑ:.rɛn.ʔinhainɛr...].

In diesem Beispiel werden alle Schwa-Laute durchgängig als volle Varianten realisiert. Interessant ist die Tatsache, dass die Rede dann unflüssiger wird, wenn Doris beginnt, reguläre Vokalvarianten phonetisch zu produzieren. Sogar die Hyperkorrektur der Silbenbindung in [...ʔinhaj...] mit dem Einschub des stimmlosen glottalen Frikativs [h], um den *Glottal stop* zu umgehen, misslingt und endet in einer Blockade an genau diesem phonetischen Ort. Hier könnte man mutmaßen, dass die Verschiebung auf den glottalen Frikativ zu wenig lokalen, phonetischen Abstand innerhalb des Mundraumes bereitgestellt hat, und die Glottalität so nicht vermieden werden konnte.

3a) Wir eklen uns vor Würmern.

(D): [vi:ɾ.ʔe:kɛ:ln.ʔunz...].

In diesem Beispiel ist eine Artikulationsvariante zwischen [e] und [ɛ] realisiert worden anstelle des Schwa-Lautes. Es handelt sich meiner Meinung nach um eine Variante, die zwischen der Variante unter sanftem Schnitt [e:] und der unter scharfem Schnitt [ɛ] anzusiedeln, wenn man nach der phonetischen Wertung der Vokale im Deutschen nach *Becker (1998)*¹⁸² geht.

Ich erkenne diesbezüglich in der Realisation von Doris eine [ɛ:]-Variante.

3b) Wir ekeln uns vor Mäusen.

(D): [vir.ʔe:kɛ:ln.ʔu:nz...]

Die Variante 3b) wird wie die Variante 3a) artikuliert.

2. Testauswertung:

Die Beispiele mit „b“-Indizierung wurden durchgängig nicht als Schwa-Laut realisiert, sondern prolongiert. Bei dem Onset der zweiten Silbe in „fahren“ manifestierte sich ein ausgeprägter Block, ansonsten wurden die Sätze jedoch relativ flüssig vorgetragen, weil die Hyperkorrekturen nicht zuletzt das ihre dazu beigetragen haben.

Beim Beispiel 3b) war der Adaptionseffekt deutlich merklich, weil klarer und schneller als sonst üblich gesprochen wurde, vor allem aber ohne der Manifestation einer Blockade im Sinne der Stottersymptomatik.

Wenden wir uns nun einer weiteren, als Hyperkorrektur eingesetzten phonematischen Strategie, Stottersymptomatik zu vermeiden, zu: dem „Abbau von Silbengrenzen bzw. die Neukonstitution von Silbengrenzen“, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

¹⁸² *Becker (1998)* setzt nämlich für das Standarddeutsche acht Vokalphoneme an, aus denen sich 15 Vokalvariantenpaare mit Varianten unter sanftem und scharfem Schnitt ergeben, wenn man den Zusammenfall vom /ä/ und /e/ unter scharfem Schnitt der Silbe berücksichtigt.

1.2.2 Der Abbau von Silbengrenzen bzw. das Konstituieren von neuen Silbengrenzen

Die Silbe ist für den Stotterer vergleichbar mit einer Sprosse auf der langen Leiter, die es bei der Artikulation seines Redebeitrags Zug um Zug zu erklimmen gilt. Man kann die Richtigkeit dieses Bildes nachvollziehen, wenn man über längere Zeit hinweg aufmerksam Redesequenzen einiger Stotterpatienten analysiert: Alle drei meiner Probanden haben ihre Sprechbeiträge silbisch gegliedert organisiert, sei es nun auf der Ebene der Mikroentität „Wort“ oder auf der Makroentität „Syntagma“ bzw. „Redebeitrag“. Bei der symptomfreien Rede sind die Wörter und Syntagmen natürlich auch in die phonetisch-phonologischen Grundeinheiten systematisiert und auch mit den artikulatorischen Kriterien „erhöhter Atemdruck, alternierende Prominenzverhältnisse, wechselnde Schallfülle der einzelnen Laute im Rahmen ihres Sonoritätsprofils und Grad der Mundöffnung“ versehen. Im Medium der symptombelasteten Sprache ist diese streng strukturelle Organisation der Rede aber unmittelbar auditiv wahrnehmbar. Das Medium der symptomfreien, gesprochenen Sprache erscheint durch ihren Fluss und ihre Stetigkeit und ihr schnelles Tempo in Relation zu ihrer pathologischen Komponente wie „aus einem Guss“ modelliert. Ihre Struktur, die intuitiv nachvollziehbar ist, tritt in den Hintergrund und wird eigentlich nur theoretisch fokussiert.

Eigentlich befinden wir uns mit der Silbe und ihrer theoretischen Einordnung wieder in der suprasegmentalen, prosodischen Domäne und somit im ersten Abschnitt dieser Arbeit, aber die Klassifikation der nachfolgend dargestellten Modifikationen ist bezüglich der Einordnung in phonetische Orte, in denen die Stotter-symptomatik tendenziell gehäuft vorkommt, vorgenommen worden und betrifft damit das einzelne Segment.

Als Textkorpus diente mir ein die Aufnahme eines Telefongesprächs, das meine Probandin Daniela mit einer Werbeagentur¹⁸³ geführt hat¹⁸⁴.

¹⁸³ Zur kontextuellen Einbettung möchte ich diesbezüglich einige Informationen vorausschicken: Daniela hat eine Werbeagentur X angerufen, um sich zu beschweren, dass mit gestotterter Sprache für Möbel mit „kleinen Schönheitsfehlern“ geworben worden ist. In einem Brief teilte sie mir diesbezüglich folgende „Begleitinformation“ mit: „(...) Da ich (die Werbekampagne) aber nicht so ganz o. k. finde, fühlte ich mich verpflichtet, mich dort einmal nach dem Zweck, der dabei verfolgt

Beobachtung und Thesenformulierung: „Es besteht eine tendenzielle Präferenz der beobachteten Probanden, bestehende Silbengrenzen abzubauen bzw. neue Silbengrenzen zu konstituieren, um symptomatische Stotterblockaden zu vermeiden.“

Bei Enrico fiel mir bereits das Bemühen auf, dass er neue Silbenstrukturen generiert, indem er die bestehenden Silbengrenzen verschiebt, auflöst und neue generiert. So entstehen neue Silbengrößen wie zum Beispiel in: „A-schen-puttl“, „*ei-gen-brö-tlerischer (Mensch)“ und „*ei-ge-ntlich“. Die „Onset-Vokale“¹⁸⁵ der Erstsilben werden dabei isoliert von ihrem Silbenganzen, die Silbenanfänge der Ultima-Silbe der gesamten Wortentität bzw. der Antepänultimasilbe bekommen zwei C-Positionen zugeteilt, weil die eine C-Position eigentlich die Coda-Position der vorangehenden Silbe ist. Hier handelt es sich aber nicht um eine Inkompetenz des Sprechers, die betreffenden Wörter nicht adäquat silbifizieren zu können, sondern um eine Hyperkorrektur, die der Sprecher anwendet und einsetzt, um einen phonetisch-artikulatorischen Nutzen aus ihr ziehen zu können, über die man im Nachhinein allenfalls nur zu spekulieren vermag: Vielleicht wird der Anfangsrand der Letztsilben so komplex besetzt, weil offene Silben, die dann vorangehen, möglicherweise aus phonetischer Sicht oder aus prosodischen Gründen für den symptombelasteten Sprecher Enrico bevorzugt sind. Vielleicht ist die vokalische Position am Anfangrand der Erstsilbe mit ihrem initiiierenden, glottalen Verschluss-Laut schon komplex genug hinsichtlich des Vermögens des jeweiligen

werden sollte, zu erkundigen. Ein Satz (mit dem u. a. geworben wird,) lautet: `Lieber einen Chef-sessel mit kleinem Sprachfehler als einen, der wackelt...´.“

Die Möbelfirma „*Who’s perfect?*“, die in München ansässig ist und Möbeln mit kleineren Fehlern anbietet, hatte eine Werbesendung in dem bayerischen Regional-Radiosender „Scharivari“ geschaltet. Der Werbetext ist dabei mit symptombelasteter Sprache dargeboten worden.

¹⁸⁴ Nachfolgende Aufzeichnung des Telefongesprächs beinhaltet leider nur die Sprecherposition Danielas. Die *Turns* des Sprechers der Werbeagentur konnten nicht mitgeschnitten werden.

¹⁸⁵ Darunter verstehe ich in diesem Kontext die Nuklei, die in der *Surface-Structure* an die Position des *Onsets* der Silbe getreten sind, aber in der *Deep-Structure* nach wie vor die Nukleus-Position besetzen, denn der glottale Verschluss, der dem Vokal vorangeht, besetzt eigentlich die Anfangsrand-Position innerhalb des Silbenmodells.

Sprachbenutzers, diese Entität artikulatorisch umzusetzen, und wird daher aus dem eigentlichen Silbenverband isoliert. Die Tatsache, dass komplexe Anfangsränder generiert werden, die, wie wir bereits gesehen haben, tendenziell eher ein Mehr an Stottersymptomatik auslösen, erscheint zunächst zweifelsohne eher unverständlich. Aber aus der Etymologie kann der Linguist solche Verschlechterungen eines Systems als „negatives Abfallprodukt“ bzw. als Überrest des neuen, verbesserten Systems einordnen. Fest steht für mich schon jetzt, dass die Erstsilben einer Wortentität für den symptombelasteten Sprecher die entscheidenden sind. Sie sollen im Rahmen der phonematischen Bedürfnisse des symptombelasteten Sprechers „wohlgeformt“ sein. Diese „Wohlgeformtheit“ sieht für mich folgendermaßen aus:

- 1) Die Anfangsränder der Silben dürfen nicht komplex sein.
- 2) Die Nuklei dieser Silben dürfen komplex sein, d. h. in diesem Kontext beispielsweise, dass eine Variante des Phonems /a/ unter sanftem Schnitt mit [ɑ:] repräsentiert, deutlich gegenüber einer Variante [a] zu bevorzugen ist. Auch Diphthonge [au], [ɔy], [ai] etc. scheinen bevorzugt zu sein gegenüber den Varianten der scharfen Silbenschnittvarianten.
- 3) Diese Silben sind oftmals offene Silben.

Abschließend möchte ich nun meine Grundthese zu den gemachten, theoretischen Überlegungen formulieren, die folgendermaßen lautet: Der Abbau bzw. die Neukonstitution von Silbengrenzen kann als silbenstrukturelle, phonetische Maßnahme von Enrico und Daniela interpretiert werden, die bewusst oder bereits automatisiert und unbewusst als Hyperkorrektur eingesetzt wird, um Stottersymptomatik zu vermeiden.

1. Theoretische Überlegungen mit Anwendungsbeispielen:

Allein die Tatsache, dass nur der Silbenonset den Angriffspunkt für Stottersymptomatik darstellt bzw. dass der Anfangsrand der Silbe als phonetischer Ort für potentielle Störungsmomente in der Lautproduktion bzw. im Sprechfluss agiert, eröffnet schon aus Gründen der Logik gedanklich die Möglichkeit, dass dieser phonetische Ort vom Stotterpatienten bevorzugt artikulatorisch ausgespart werden will. Hierzu müssen nur die vermeintlich „schwierigen“ Silbengrenzen verschoben oder in toto gestrichen werden. Ich habe bereits vorne schon mehrfach darauf hingewiesen, dass viele symptombelasteten Sprecher, zumindest jedoch jene, die ich beobachtet habe, ein „gutes Gespür“ dafür zu haben scheinen, wann „der nächste Hänger“¹⁸⁶ den Sprechfluss unterbrechen wird. Inwiefern dieses „Gespür“ den Verlauf der folgenden Lautproduktion kognitiv negativ konditioniert, möchte ich in diesem Ansatz dahingestellt lassen¹⁸⁷.

Im Folgenden möchte ich nun ausgewählte Beispiele aus Danielas Sprechsequenzen während des Telefonats mit einem Verantwortlichen der Werbeagentur X hinsichtlich des Einsatzes der oben beschriebenen, silbenstrukturellen Hyperkorrektur analysieren. Die Auswahl erfolgte hier willkürlich. Die selektierten Beispielsequenzen sollen exemplarisch die Tendenz der oben dargestellten Hyperkorrektur, die Daniela im Besonderen in diesem Telefongespräch gewählt hat, veranschaulichen. Während des gesamten Telefonats sind nämlich insgesamt 22 Fälle augenscheinlich geworden, die die Konstruktion bzw. den Abbau von Silbengrenzen als eigeninitiierte Hyperkorrekturleistung zeigen.

Das Telefongespräch Danielas mit der Werbeagentur könnte man auch kommunikationstheoretisch bezüglich der pragmatischen Untersuchungsdomäne analysieren: Hier fällt beispielsweise auf, dass Daniela sich während des gesamten Telefonats nicht einmal konkret und ausdrücklich verbalisiert. So bevorzugt sie vorwiegend den Gebrauch von Verbalausdrücken im Konjunktiv bei der Darstel-

¹⁸⁶ Den Begriff „Hänger“ habe ich von Enrico übernommen, der die Manifestation der Stottersymptomatik damit benennt.

¹⁸⁷ Hier ist nämlich zweifelsohne zu überlegen, ob das „gute Gespür“ nicht zuletzt als ein auslösendes Moment unter anderen „Provokateuren“ der Stottersymptomatik identifiziert werden muss.

lung von Fragehandlungen im Gespräch. Insbesondere bei der Formulierung von Anliegen ihrerseits oder von Bitten zeigten sich große Störmomente im Redefluss, die von ihrem interaktiven Gegenüber mit Unterbrechungen und fremdinitiierten Satzabbrüchen beantwortet wurden.

Kommen wir nun aber zur anstehenden Analyse zurück: Wichtig ist bei der Analyse von Danielas Sequenzen insbesondere innerhalb dieses Telefonats, dass sich viele Stottermomente im Sinne einer klonischen Manifestation erkennen lassen. Diese Reduplikationen von einzelnen Lauten bzw. Lautverbindungen und Silben sind im zu analysierenden Textauszug direkt notiert worden: z. B. „werfffür“.

S.: „Jja, hier M...¹⁸⁸ Dani-jela¹⁸⁹. Hm. (2sec.) Ich (.) ich ich ich wwollt w mich wolltmich erkun.dign (.) digen hm, wwver für (.) werfffür die hm ähm wver-wwwwer-bbbung nk¹⁹⁰ zzu-stän-digis.“

GAT-Repräsentation:

```
-> 01  D:  jja: hier m... da:.ni:.JE:.la: (-) hm (2.0) ich (.)
-> 02      ich ich ich wwollt w mich <<acc> wolltmich>
-> 03      erkun.dign (.) <<acc> dign> hm (.) WWE;r für (.)
-> 04      WE:rFFFÜ:r die hm ähm WWE:rWWWWWE:r.BBBung ng
-> 05      ZZU:.stän.<<cres> digis>.
```

¹⁸⁸ Der Familienname soll hier auf Wunsch der Probandin nicht genannt werden.

¹⁸⁹ Die zu analysierenden Wortentitäten sind jeweils fett gedruckt.

¹⁹⁰ Daniela fügt oftmals postpositionale, nachklingende Laute ein, wie hier [-ŋk] nach der *Ultima*-silbe „-bung“, die aber schon vorher abgeschlossen und korrekt artikuliert worden sind. Eine Erklärung hierfür lieferte mir die Probandin selbst: Die *Van Riper*-Therapie sieht vor, gestotterte Worte ohne Symptomatik mithilfe der Techniken zu wiederholen und erst dann mit dem folgenden Sprechtext fortzufahren. Daniela beteuerte, dass sie immer „nachbessere“, wie man die „verbesserten“ Wiederholungen im „*Van Riper*-Jargon“ nennt. Natürlich sieht die Therapie eine Nachbesserung des ganzen Wortes vor und nicht nur die der *Ultima*-silben. Somit wendet die Probandin die Sprechhilfe hier falsch an. Oftmals werden von ihr sogar Laute, Silbenteile oder Silben *in toto* eingefügt, die völlig losgelöst sowohl vom phonetisch-phonologischen, als auch vom semantischen Kontext zu sein scheinen. Es ist jedoch wichtig im Rahmen der therapeutischen Anwendungen immer wieder zu überprüfen, ob der Patient die empfohlene Hyperkorrektur richtig anwendet. Diese Verifizierung, die in regelmäßigen zeitlichen Abständen stattfinden muss, ist bei vielen therapeutischen Anwendungen nicht gegeben. Der Stotterpatient ist auf sich selbst gestellt und „erfindet“ gewissermaßen immer neue Hyperkorrekturen als Varianten der therapeutischen Vorgaben.

IPA-Repräsentation:

-> 01 [m...da:ni:je:la:]

-> 03 [...ve:rfffy:r.di:...]

-> 04/ 05 [...vve:r.vvvvve:r.bbunk.ŋk.zzu:ʃtendikiz]

Schon die erste Sprechsequenz liefert drei Beispiele für die Realisation der Neukonstitution bzw. des Abbaus von Silbengrenzen, nämlich:

- 1) Dani-jela;
- 2) „werfffür“;
- 3) „zzu-stän-digis“

Zu 1) Hier wird der Halbvokal [j] in die Folgesilbe gezogen, das vokalische Allophon [ɪ] wird zusätzlich generiert und an die Erstsilbe gehängt. Hier hätte auch in der nicht-symptombelasteten Sprache ein Hiatus entstehen können, wie die „auditiv wahrnehmbare Verteilung zweier aufeinander folgender (heterosyllabischer) Monophthonge auf zwei Silben“ heißt (Bußmann, ²1990: 306). Dann wäre der Halbvokal gewissermaßen ein „Hiat-Tilger“, aber die Wortentität wäre trotzdem nicht adäquat silbifiziert worden. Was ist also das Ergebnis der Hyperkorrektur, welchen Nutzen bringt sie?

Es wird eine neue Silbenentität modelliert, und aus dem dreisilbigen Wort wird schließlich ein viersilbiges. Die neue Wortentität hat vier offene Silben, nämlich „da-ni-je-la“, also [ˈda:], [-ni:], [ˈje:], [la:], die einen alternierenden Rhythmus äquivalenter Entitäten zugrunde legen. Die vier Silben zeichnen sich aber nicht zuletzt auch durch einen gleichen Bau bzw. Gleichförmigkeit aus. Der positive Einfluss der phonematischen Parameter „strukturelle Gleichheit“ und „silbische

Gleichförmigkeit“ findet seinen Niederschlag auch in dem bereits dargestellten Adaptionssphänomen.

Der stimmhafte Frikativ und Halbvokal nimmt die C-Position und damit die des Onsets ein. Seine Klassifizierungsambivalenz als „Halbvokal“ bzw. „Halbkonsonant“ schenkt dem [j]-Laut ein Aussparen des glottalen Verschlusses bei Annahme eines Vokals und ein erhöhtes Sonoritätskontingent bei Annahme eines Konsonanten. Die Idee, dass der [j]-Laut von einem zugrunde liegenden Vokal abzuleiten ist, beruht im Übrigen auf der Beobachtung, dass er sich in vieler Hinsicht, anders als andere stimmhafte Frikative, phonotaktisch wie ein Vokal verhält. Schon Trubetzkoy (ebd., 1939: 64) zeigte, dass [j] und [i] komplementär distribuiert sind und somit auf einen gemeinsamen Ursprung zu reduzieren sind.

Zu 2) und 3) Hier handelt es sich um Zusammenrückungen, die in der nicht-pathologischen Sprechsprache regulär sind, aber nicht in der symptombelasteten. Zumindest die Stotterpatienten, die ich beobachtet habe, neigen dazu, die jeweiligen Entitäten, sei es nun die Makroentität „Syntagma“ oder aber nur die Mikroentität „Wort“, in Silben zu zerlegen und sich von Silbe zu Silbe artikulatorisch fortzubewegen. Aber es scheint eine wesentliche artikulatorische Vereinfachung für Daniela zu sein, den „schwierigen Onset“ von „für“ in „werfffür“ in die „neutrale Position des Endrands der vorangehenden Silbe“ „wer(f)“ vorzulagern. Der Onset, der die Koda-Position besetzt, klingt dann wie bei einem Hiatus in der Folgesilbe nach. Die Hyperkorrektur ist zudem von Erfolg gekrönt, denn ein symptombelastetes Stottermoment bleibt ausgespart. Genauso verhält es sich wohl bei „[zzu:]¹⁹¹-ständigis“: Der Anfangsrand der Erstsilbe zeigt Symptomatik, vielleicht nicht zuletzt deshalb, weil kein Vermeidungsbestreben angewendet worden ist. Dann werden die ersten beiden Silben gebildet: eine offene und eine klassische „Trogsilbe“, bei denen einige traditionell-konventionelle Silbenstrukturpräferenzgesetze gelten, nämlich das „Kopfgesetz“, das „Kodagesetz“ und das

¹⁹¹ Diese Entität zeigt klonische Stottersymptomatik am Wortbeginn.

„Nukleusgesetz“¹⁹². Auch die dritte Silbe wäre eine für den nicht-flüssigen Sprecher „wohlgeformte“ und damit eine bevorzugte, aber das „Sandhi-System“ der symptombelasteten, gesprochenen Sprache verlangt nach der Konstitution neuer Regeln, nämlich solcher, die die lautlichen, systematischen Veränderungen bei der Zusammenfügung von Wortgestalten organisieren. Da ein glottaler Verschluss dem einleitenden Vokal in „is“ vorangeht und dieser eine relativ hohe Quote für eine Manifestation an Stottersymptomatik verspricht, wird „is“ direkt an „zuständig“ gebunden und damit ein „drohendes Stottermoment“ buchstäblich ausstrahlt.

Wenden wir uns jedoch nun einer weiteren Sprechsequenz aus Danielas Telefongespräch mit einem Verantwortlichen der Werbeagentur zu:

S.: „Ahm. Mmir wur- wur- wur-de von nj (.)¹⁹³ von vvvvvon `Who's perfect?' ahm ahm di-re Name ahm dire Te-le-fonummer ahm ahm (3sec.) ahm (...).“

GAT-Repräsentation:

```

01  D:  ahm (.) mmi:r wur. wur. wur.de von nj (.) von vvvvvon
-> 02      who's perfect ahm ahm di:.re na:. me dire
-> 03      TE:. LE:.fo:nummer ahm ahm (3.0) ahm [
04  H:                                     [<<unterbricht
05      sie schließlich>...>

```

¹⁹² Diese für alle Sprachen gültigen Silbenstrukturpräferenzgesetze gehen auf Vennemann zurück (vgl. ebd. in: Bartsch/ Vennemann, 1982). In groben Zügen dargestellt, besagt der Gesetzeszyklus, dass die Anzahl der Sprachlaute des Kopfes möglichst bei Eins liegen soll, die der Koda möglichst gegen Null gehen soll, der Nukleus möglichst sonor gestaltet werden soll bei einer Anzahl seiner Sprachlaute, die im „besten Fall“ bei Eins liegt. Hier sind die Bestimmungen über den Wert der konsonantischen Stärke nicht genannt worden, die jedoch bei den Silbenstrukturpräferenzgesetzen auch aufgeführt sind.

¹⁹³ Hier setzt Daniela wieder eine Lautkombination, die keine sinnvolle Wortentität darstellt, völlig losgelöst vom Kontext in ihre Sprechsequenz ein. Vielleicht handelt es sich hierbei um Flick- oder Fülllaute, die einen ähnlichen Vermeidungsmechanismus wie etwa „ähm“ haben.

IPA-Repräsentation:

[ʔɑ:m.mmi:r.vʊr.vʊr.vʊr.dɛ.fɔn.ɲj.fɔn.ffffɔn.hu:z.pəʁ.fɛkt.ɑ:m.ʔɑ:m.dj.rə.nɑ:.mɛ.ʔ
ɑ:m.dj.rə.'tɛ:.lɛ:
'fɔ:nu:mɛr...]

Kurzer Kommentar:

Auffällig sind hier:

1. Es gibt außer in „* dire“ keine Schwa-Laut Realisationen.
2. Es gibt nur zwei tonische, symptomatische Stotterausprägungen, sonst realisiert Daniela nur klonische Störmomente.
3. Wenn die Hyperkorrektur „Bildung von prolongierten, offenen Vokalen“ wie in „Telefonnummer“, also [tɛ:.lɛ:.'fɔ:nu:mɛr], nicht aufrechterhalten wird, kommt es zu einer Blockierung. Diese wird in „-nummer“ realisiert.

Diese Sprechsequenz liefert zwei Realisationen für das Umgehen Danielas mit den bestehenden Silbengrenzen, nämlich:

- 1) „*di-re“
- 2) „Te-le-fonummer“

Zu 1) Eigentlich müsste Daniela hier „ihr (Name)“ sagen, aber es eröffnen sich meines Erachtens bei einer korrekten Artikulation folgende, artikulatorische „Hindernisse“: der glottale Verschlusslaut am Wortanfang und die Monosyllabizität der Wortentität. „*Dire“ ist disyllabisch und besteht aus zwei gleichförmigen Silben, die beide offen sind. Der [d]-Laut wird einfach geschaltet, der damit den glottalen Verschluss ersetzt, genauso wie der Schwa-Laut am Silbenende der

zweiten Silbe. Sicherlich ist auch der Plosiv mit stimmhafter Phonation durch seinen hohen KS-Wert und aufgrund seiner Verschlussbildung als Artikulationsmodus kein „einfacher Parameter“ der Lautproduktion, aber der Luftstrom stößt im Gegensatz zum glottalen Verschlusslaut nicht auf vollkommen geschlossene Stimmbänder und erfährt dadurch auch keine totale Blockade. Der Austausch der Einzellaute ist also so gestaltet, dass nur eine minimale Modifikation Erleichterung bringen soll. Hier sind die Stimmbänder etwas weiter geöffnet als beim Glottisverschluss.

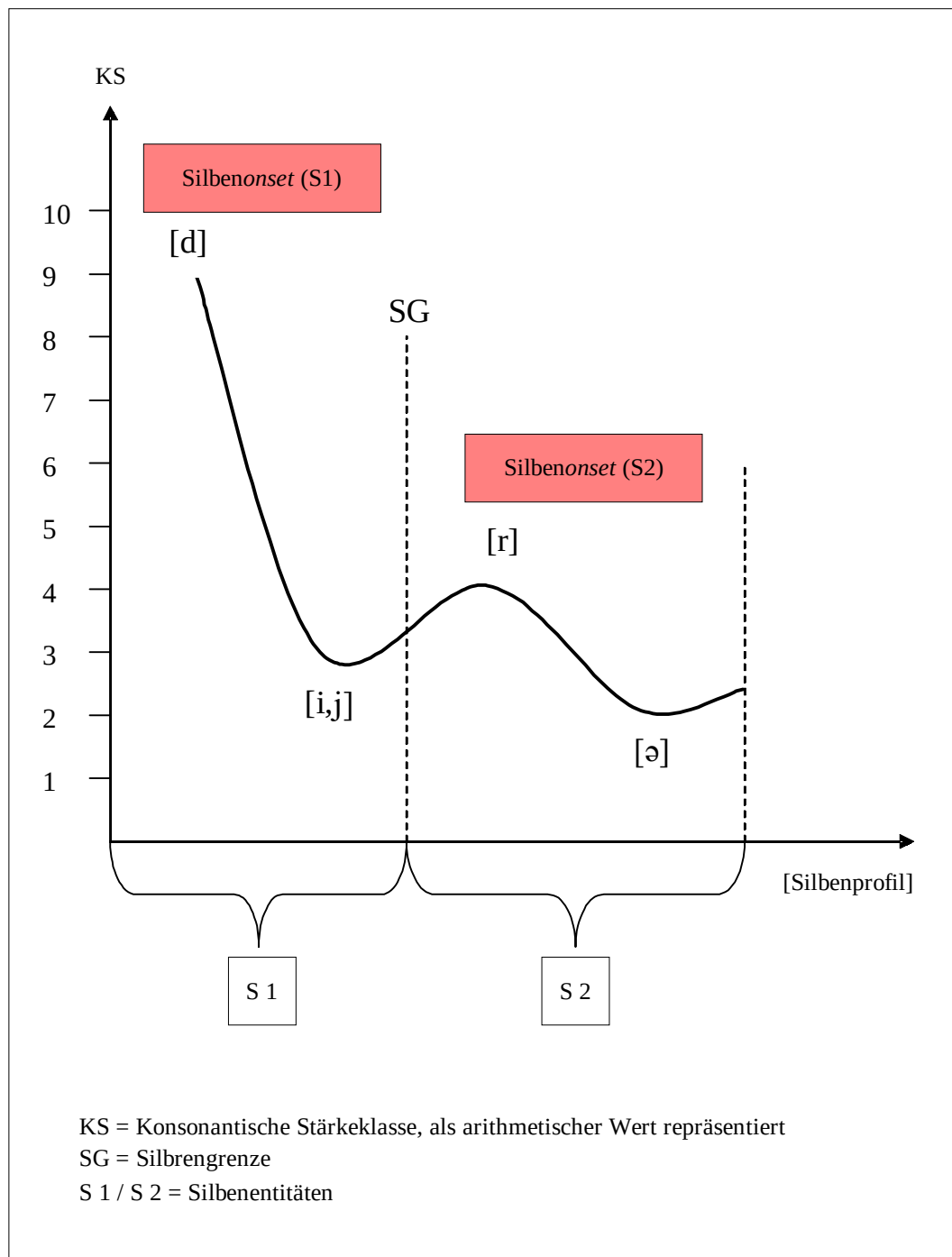
Die Schwa-Anaptyxe kennt man bei nativen Sprechern des Italienischen bereits, die das Deutsche als Fremdsprache erlernt haben. Bei der Schwa-Anaptyxe wird die deutsche Silbenstruktur der italienischen angepasst, indem fast durchgängig geschlossene Endränder vermieden werden durch das Einfügen des Schwa-Lautes und der damit gestalteten Manifestation von offenen Endsilben und der Etablierung der CV-Struktur¹⁹⁴. Auch bei hispanophonen Sprechern ist der durchgängig auftretende [e]-Vorschlag, insbesondere vor den Anlauten „sp“ und „st“ bekannt. Man nennt diese phonetisch motivierte Lautveränderung, die die Silbenstrukturbedingungen vereinfacht, auch Vokalprothesis bei komplexem, konsonantischem Silbenanlaut. Daniela konstruiert ihr Wort ganz offensichtlich nach dem gleichen Muster: Der Laut, der den höchsten Wert der konsonantischen Stärke aufweist, wird in die zweite, neu konstruierte Silbe gezogen und bildet hier den Onset. Der Endrand der ersten Silbe ist nun offen, denn der „Pseudokonsonant“ [j] ist auch

¹⁹⁴ Meine italienische Freundin Simona sagt beispielsweise immer: „Er [ˈkɔm.tə]“ (anstatt: „(er) kommt“, [kɔmt]). Das einsilbige Wort „kommt“ wird zweisilbig, und der Gipfel der konsonantischen Stärke, den der [t]-Laut für sich beansprucht, wandert gleichzeitig in die zweite Silbe und besetzt hier die *Onset*-Position. Durch die dadurch entstehende CVCV-Silbenstruktur entsteht ein „melodiöser Gesamteindruck“ der „eingedeutschten Sprache“, der dem des Italienischen sehr ähnelt. In diesem Zusammenhang möchte ich auch sehr gerne an die Diskussion über „Silben- und akzentzählende Sprachen“ erinnern, die Auer/ Uhmann (1988) geführt haben. Aus der Annahme der Isochronie der Füße in den akzentzählenden Sprachen (z. B. Englisch, Deutsch, Russisch, Thai, Indianersprachen etc.) folgt, dass die Silbendauer variabel sein muss, um auch bei unterschiedlich aufgebauten Füßen Isochronie zu gewährleisten. Die rhythmische Komprimierung der einzelnen Silben in mehrsilbigen Füßen führt zur Reduktion der unbetonten Silben oder zum Silbenausfall. Die Diskussion über die Isochronie-Hypothese ging von unhaltbaren Annahmen aus, aber die Gültigkeit der Unterscheidung zwischen „akzentzählend und silbenzählend“, die aber nicht universell eingesetzt werden darf und nicht als phonetische Eigenschaft von Sprachen gelten darf, ist nach wie vor von phonologischem Interesse. Als phonologische Eigenschaft der Sprache wird die Isochronie also reinterpretiert.

gleichzeitig ein Halbvokal und bildet den Nukleus der Erstsilbe, hinter dem die Silbengrenze verläuft. Somit wird wieder einem Silbenstrukturpräferenzgesetz Rechnung getragen, nämlich dem, dass Silbengrenzen immer nach Sonoritätsmaxima verlaufen.

Der Gipfel der konsonantischen Stärkeklasse des [r]-Lautes wird in die neu konstruierte, zweite Silbe gezogen und bildet hier den Onset. Die KS-Zahl (4) ist aber im Vergleich zur KS-Zahl des Anfangsrandes der Erstsilbe [d] mit (9) eine relativ geringe, daher ist der Onset der Zweitsilbe weniger „störanfällig“ und entspricht daher weniger einem Zugstück für die Etablierung der Stottersymptomatik. Die folgende Grafik möge den Pseudo-Neologismus „*dire“ hinsichtlich seiner Silbenmorphologie abbilden.

Grafik (17): „Grafische Darstellung des neu konstruierten Wortes `*dire´“



Zu 2) Hier zergliedert Daniela weiter systematisch das Wort „Telefonnummer“ in kleine, gleichförmige Segmente, in offene Silben. „Sandhi-phonologisch“ gesehen, führt sie das fort, was sie mit der Einfügung von „*di-re“ so erfolgreich begonnen hat, nämlich einen alternierenden Rhythmus zu etablieren, der als „strong“ und „weak“ ausgewiesenen Positionen innerhalb des „metrical trees“ chronologisch hintereinander schaltet. Durch die immer wiederkehrenden Unterbrechungen im Sprechfluss hört sich die symptombelastete Sprache im Allgemeinen oft etwas monoton an, wie in der Forschung behauptet wird. Auf der Folie dieser Kenntnis fällt Danielas Bestreben besonders auf, den Redebeitrag rhythmischer zu gestalten durch eine kontinuierliche Alternation von prominenten und nicht-prominenten Lauten bzw. Lautfolgen. Der Einschub „ahm“ und der Hiatus, der zwischen den einzelnen Nominalphrasen „*dire name“ und „*dire telefonnummer“ geschaltet wird, stört die zuvor gewonnene, rhythmische Euphonie allerdings wieder. Der Nasallaut, der zum ersten und zweiten Bestandteil des Determinativkompositums „Telefonnummer“ phonetisch gehört, wird zum Silbengelenk, das der einen und der Folgesilbe zugehörig ist.

Wenden wir uns doch nun einer weiteren Sprechsequenz aus dem Telefongespräch Danielas zu:

Kontextuelle Einbettung: Daniela wird verbunden und bedankt sich.

- > 01 D: ja: DAnke: (.) SCHÖ:n¹⁹⁵
 02 H: <<unverständlich>...>
 -> 03 D: ahm.ja:
 04 H: <<unverständlich>...>
 -> 05 D: ahm. gn¹⁹⁶ KEnnen sie: sich ssie: sich ahm mit mit
 -> 06 m mit ahm mit der WWER.bung Wer.bun (---)gn=aus?

Die phonetische Repräsentation sieht dabei folgendermaßen aus:

in Zeile 01 [ja:danke:ʃø:n],

in Zeile 03 [ʔa:m.ja:ʔiz.nix.me:r,ʔim.'hau:z]

in Zeile 05 [ʔa:m.gŋ.'kenenzi:...] und schließlich noch

in Zeile 06 [...vverbugŋau:z]

Bei dieser Sprechsequenz kommt es mir auf zwei Ereignisse an: Zum einen spreche ich von den immer wieder geschalteten Startern „ahm“ oder „ähm“, die sowohl von Daniela, als auch von Doris und Enrico gleichermaßen oft benutzt werden. Zum anderen möchte ich gerne diese zwischengeschalteten Einzellaute be-

¹⁹⁵ Auch in privaten Gesprächen, die ich mit Daniela führte, fiel mir auf, dass sie meist „danke-schön“ und selten nur ein knappes „Danke“ in ihrem Wortschatz verwendete. Ich vermute auch hier eine Hyperkorrekturleistung vonseiten der Probandin, die u. a. mit prosodischen Parametern in Verbindung zu bringen ist. Zum einen ist die zweite Variante polysyllabisch und hinsichtlich der Prominenzverteilung rechtslastig. Zum anderen kann Daniela so zwei prolongierte, offene Silben realisieren, was sich auf die Stärke und Anzahl der Symptommanifestation positiv auswirkt. Ich habe bezüglich der „Dankeschön-Vorkommnisse“ keine Auszählung gemacht, aber soweit ich mich erinnern kann, war die Schaltung der Hyperkorrekturen immer erfolgreich, und Daniela zeigte hier keine Störmomente.

¹⁹⁶ Daniela artikuliert oftmals in ihren Sprechsequenzen zusätzliche Laute, die sie in den sprachlichen Kontext einschiebt. Dieser klingt wie [ŋ] an und wird kurz vor Vollendung der Wortentität „Werbung“ als Auslaut der realisierten Letztsilbe wiederholt, obwohl von Hause aus [ŋg] als korrekte phonetische Realisation vorgesehen wäre.

trachten, die, wie ich glaube, von besonderer Bedeutung sind für eine exakte Erfassung der symptomlastigen Sprechsprache Danielas. Die zwei Beispiele, die wir im Folgenden also betrachten wollen, sind:

- 1) „ahm“ bzw. „ähm“;
- 2) „gn kennen“ bzw. „gn aus (...)“, die in den Kontexten
[ʔɑ:m.gŋ.'kenenzi:...] und in [...vve:rbugŋau:z] repräsentiert sind.

Zu 1) Wir haben bereits im Vorspann gelernt, dass Stottern nicht auftritt, wenn isolierte Laute nacheinander produziert werden sollen. In einem solchen Falle scheint es nicht relevant zu sein, dass die konsonantische Stärkezahl des betreffenden Onsetlautes hoch ist. Die gesamte phonetische Gestalt des Anfangsrand-Lautes scheint dann keinen Einfluss mehr darauf zu haben, wie gesprochen wird. Es etabliert sich keinerlei Stottersymptomatik. Vielleicht ist dieses auch der Grund, warum der Onset der Starter „ahm“ und „ähm“ selten den Ort für Stotterblocks bildet, obwohl ein glottaler Verschluss dem Anfangsvokal vorgeschaltet ist. Dieser wirkt eigentlich tendenziell eher Symptomatik auslösend bzw. bekräftigend. Bei Doris beispielsweise wird der Starter „ahm“ oftmals sogar in Wortentitäten geschaltet, der dann neue Silbengrenzen konstituiert, wie z. B. in „Sprachther-(ahm)-apie“. Andere Gründe für die Tatsache, dass „ahm“ und „ähm“ meist keine Symptomatik zeigen, sehe ich in den beiden Einzellauten begründet, die die Gesamtentität bilden: beginnend mit einem prolongierten [ɑ:]-Laut, der akustisch weder vorne noch hinten, sondern zentral ist, kategorial dadurch von den übrigen hinteren Vokalen abzugrenzen ist, weil sie keinerlei Lippenrundung aufweisen. Die Lippenbeteiligung an der Artikulation liefert der bilabiale [m]-Laut, der die kinästhetisch-propriozeptive Wahrnehmungskontrolle bei der Lautproduktion gewährleistet, wenn die Oberlippe gegen die Unterlippe artikuliert. Dieses „Spüren“ bzw. dieses „Wahrnehmen“ und die taktile Kontrolle bei der Lautproduktion, wo und wie die Einzellaute innerhalb der Mundhöhle gebildet werden, tut dem

Stotterpatienten offensichtlich gut und wirkt sich positiv auf die Auftretenshäufigkeit und Stärke der Symptomlastigkeit aus, wie schon Van Riper (1986: 119)¹⁹⁷ feststellt.

„Ahm“ bzw. „ähm“ wird auch eingeschoben, weil die Entität immer „gelingt“. Hier wirkt wohl auch der Adaptionseffekt, von dem schon im theoretischen Teil der Abhandlung die Rede war. Aber „ahm“ unterbricht auch die bestehenden Teilentitäten und kann als Füllwort interpretiert werden, das eingesetzt wird, um die Stottersymptomatik zu vermeiden oder aufzuschieben. Es könnte im Einzelnen untersucht werden, ob „ahm“ beispielsweise wortmedial eingesetzt wird, um eine bi- bzw. polysyllabische Wortentität mit schlechtem Silbenkontakt gewissermaßen als „Fugenelement“ zwischen den einzelnen Silben stärker aneinander zu binden. „Ahm“ bzw. „ähm“ sind aber relativ isolierte Lautentitäten, die zudem Silbenzusammenschlüsse zu größeren Einheiten segmentieren und durch ihren Einschub zu kleineren Einheiten generieren. Wie schon oben erwähnt, sind isolierte Laute nicht von der Stottersymptomatik betroffen. Vielleicht wird „ähm“ bevorzugt eingesetzt, um die Silben- und Lautverbindungen, die Orte sind, auf denen sich Stottersymptomatik tendenziell manifestieren kann im Gegensatz zu den isolierten Lauten, in isolierte Einheiten zu novellieren. Hier weiß der Stotterpatient aus seiner Stottergeschichte bereits, dass ihm die isolierten Laute keine weiteren Artikulationsprobleme bereiten können.

Es können viele „Ahm“- bzw. „Ähm“-Entitäten in einen Wortverband eingeschoben werden, wie im folgenden Beispiel zu ersehen ist:

¹⁹⁷ Ein intensives Training der propriozeptiven Überwachung seiner Sprechsprache liefert beispielsweise die Methode der Verwendung von Deckgeräuschen. Hierbei wird der Patient daran gehindert, sich selbst zu hören, um der kinästhetisch-propriozeptiven und taktilen Information, die er durch „Erspüren“ der Einzellaute bekommt, mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Daniela ist mit einem Verantwortlichen der Werbeagentur verbunden worden und will ihn jetzt bezüglich der Schaltung der Werbekampagne befragen.

D.: „Neh, also ich (.), also ich ich ich wwollt mich (2 Sek.) er (.) ahm er ahm erk ahm erkun (.) ahm erkun (.) ahmign, (...).

GAT-Repräsentation:

```
01   D:   NE: al.SO: ich (-)ich ich ich WWOLLt mich
02           (2.0)<<f> ER> (-) ahm <<f> Er> ahm <<f> E:Rk> ahm
03           <<f> ERKUn> (-)ahm <<dim> Erku:n> <<rall> ahmign
```

Kurzer Kommentar:

Auffällig sind hier:

1. Wenn die Probandin sehr laut, also *fortissimo*, spricht, kommt sie aus dem stockenden Moment im Sinne der Primärsymptomatik nicht mehr heraus. Sie unternimmt zwar mehrere Anläufe, sich aus der Blockade heraus zu helfen, scheitert aber mehrere Male. Hier müsste die therapeutische Modifikationstechnik zur Etablierung eines neuen Sprechmusters ansetzen: Reduktion der Sprechlautstärke, weniger kraftvolles Hineingleiten in die Silbenonsets. Bei bereits verursachter Manifestation einer Blockade gilt es, ebenfalls die Sprechlautstärke und –geschwindigkeit zu vermindern.
2. Als die Probandin schließlich leiser spricht und damit ihr energetisches Reservoir weniger stark beansprucht als bei den vorherigen Versuchen, den folgenden Silbenonset artikulatorisch anzugehen, kann sie sich aus der Blockade heraushelfen. Solche Beobachtungen sollten als Wegweiser für die Modifikationsstruktur der therapeutischen Maßnahme dienen und in die Konzeptualisierung aufgenommen werden.

In phonetischer Umschrift repräsentiert sieht die Sequenz folgendermaßen aus:

D.: [ˈneː.ʔɑːl.zoː.ʔix.neː.ʔaːl.zoː.ix.vvɔlt.mix.er.ɑːm.er.ɑːm.ˈeːrk.ɑːm.ˈeːruːnɑːmɪkŋ]

<Gegen Ende der Sequenz hin nimmt die Vorkommenshäufigkeit der glottalen Verschlüsse merklich ab. Daniela nimmt augenscheinlich „das Harte“ aus ihrem Artikulationsbemühen heraus.>

Offensichtlich hat Daniela hier große Schwierigkeiten bei der flüssigen Artikulation des viersyllabischen Wortes „erkundigen“, das zwei gedeckte, sowie eine offene Vollsilbe und eine reduzierte Silbe aufweist. Sie schiebt insgesamt fünfmal das Füllwort „ahm“ in den geschlossenen Wortverband ein und zergliedert ihn damit in die vier Segmente „er-“, „erk-“, „erkun-“ und „amign-“. Sie steuert eine Isolierung der einzelnen Silbenentitäten an und lässt die einzelnen Silben dann kontinuierlich zu neuen, komplexeren Einheiten mit dem Anspruch einer gewissen „Silbenähnlichkeit“, versehen mit zusätzlichem phonetischen Material ohne Bedeutungsträchtigkeit anschwellen. „Erk-“ hat einen komplexen und – wie wir schon gelernt haben – „ungefährlichen“ Endrand¹⁹⁸. Die letzte „silbenähnliche“ Entität verliert den mit einem hohen KS-Wert bestückten Onset „[d]“. Der glottale Verschlusslaut, der aber mit dem Wegfallen der konsonantischen „Onset-Position“ vor die vokalische Nukleusposition rücken würde und tendenziell mannigfaltige Symptombelastung aus phonetischer Hinsicht auszulösen vermag, wird ausgespart, indem die Silbengrenze zu „ahm“ nicht beachtet wird. „Ahmign“ hat, so wie Daniela die Entität artikulatorisch produziert, nur einen „wirklichen“ Silbennukleus¹⁹⁹, nämlich [ɑː] das prolongierte Allophon von /a/, das das akustische Maximum hinsichtlich des Tonhöhenverlaufs und der Akzentanziehung bildet.

¹⁹⁸ Erinnern wir uns: Der Endrand der Silbe kann mehrstellig mit C-Positionen ausgestattet sein oder nicht, seine Form hat keinen Einfluss auf die Ausprägung der Stottersymptomatik, weil nur die *Onset*-Position potentieller Angriffspunkt für die Manifestation der Fixierungen bzw. Blockaden ist.

¹⁹⁹ Mir ist natürlich bewusst, dass die Einheit eigentlich in drei einzelne Silben, nämlich [ɑː], [mɪ] und [kŋ] eingeteilt ist. Man könnte die Silbenentitäten auch theoretisch in die drei folgenden Segmente zergliedern: [ɑːm], [ʔɪ], [kn] oder [kŋ]. Jede einzelne Entität hätte ihren eigenen Nuk-

Der funktionelle Sinn der Verschiebung der Silbengrenzen im Rahmen der Hyperkorrekturleistung Danielas ist mehrgliedrig und sieht wie folgt en detail aus:

1. Vermeidung verschiedener Einzellaute mit hohem KS-Wert, insbesondere in Onset-Positionen;
2. Modifikation der Akzentstruktur, indem „strong positions“ in „weak positions“ umgewandelt werden, es wird „weicher“ artikuliert.
3. Größere Entitäten werden in kleinere Einheiten segmentiert. Tendenziell soll scheinbar auf die Ebene des kleinsten, lautlichen Segments zurückgekommen werden, das keinen Angriffspunkt auf die Stottersymptomatik darstellt. Die Domäne der Lautverbindungen wird aufgebrochen.

Ein weiteres Beispiel, das ähnliche Vermutungen zulässt, ist folgendes:

Das Telefongespräch ist bereits vorangeschritten.

Der Verantwortliche der Werbeagentur spricht längere Zeit, Daniela stimmt von Zeit zu Zeit zu.

S.: Nee, aber es es wwird a-zu-ahm s (2sec.) ebenfalls mmit mit llis. peln nj ng ge.worben n und. und. also ich ich mein.e ahm vom vom vom i (t)²⁰⁰ vomit.it vomii (2sec.) vomit vom i²⁰¹.tal al.je je je nnn. i sch sch sch schn. ahm ahm is es un-“

H.: unterbricht sie schließlich.

leus, denn das silbische [n] kann den Nukleus der letzten Silbe bilden. Daniela gibt aber mit ihrem Artikulationsmodus (erhöhter Atemdruck, der den silbeninitialen Vokal akzentuiert, wechselnde Schallfülle der einzelnen Laute, die die Sonorität alternieren lassen, etc.) der gesamten Entität nur *in Toto* Silbenstatus.

²⁰⁰ Dieser Einzellaute klingt ganz leise und fast nur gehaucht an.

²⁰¹ Alle die Wortentität initiiierenden Vokale in der Funktion der silbeninitiiierenden *Onsets* sind in diesem Beispiel stark prolongiert.

GAT-Repräsentation:

```

-> 01   D:   NEE: A:Ber es es wwird a (-) zu:. AHm s (2.0)
-> 02       E:ben.falls MMit mit llis.PELn nj ng GE:.WORben n
-> 03       und=und al.so: ICH=ich mei:n.e: ahm vom=vom=vomi::
-> 04       <<p>t> =vomi::t.=i::t.vomii:: (2.0) vomit.vomi::tal
-> 05       =al=je::<<cres>=JE::> je.nnn.<<dim>i> sch SCH SCH.
-> 06       sch.ahm=ahm=is=es un [
-> 07   H:                                     [<<unterbricht>...>

```

Kurzer Kommentar:

Daniela zeigt hier starke Schwierigkeiten, mit der Sprechablaufstörung und den von ihr gewählten Hyperkorrekturen einen Weg zu finden, sich dem interaktiven Gegenüber in irgendeiner Art und Weise verständlich zu machen. Sie verwendet oft „ahm“ als Brücke oder Füllwort, außerdem versucht sie, einzelne Entitäten durch Verschleifungen, Dehnungen und vielfachen Reduplikationen aneinander zu binden, um die „gefährlichen Stotterorte“ zu vermeiden. Sie spricht einmal leiser, dann wieder lauter, spielt mit Sprechgeschwindigkeitsveränderungen. Vielleicht erschüttert die Vielzahl und Verschiedenheit der angewendeten Hyperkorrekturen immer wieder die nur zögernd in Gang kommende Sprechflüssigkeit, bis das Gegenüber Daniela schließlich den *Turn* nimmt und sie unterbricht. Auffällig ist zweifelsohne auch die Tatsache, dass Daniela in dieser Sprechsequenz kaum Primär- bzw. Sekundärakzente setzt, was ihr gemäß meinen Beobachtungen oftmals einen guten Start in die Sprechflüssigkeit anbietet.

Skizze einer Feinanalyse: „Darstellung der angewendeten Hyperkorrekturen“

- 01 Prolongation (P), „Ahm“-Einschub (Ahm), Einschub von „unnötigen Lauten“ (L)
- 02 (L)
- 03 Verbindungen, Verschleifungen (V), „Spiel“ mit der Lautstärke (ST)
- 04 (P), (V), Reduplikationen vom richtig und flüssig gebildeten Silben bzw. anderen prosodischen Mikroentitäten (R)
- 05 (V), (P), (ST), (L)
- 06 (V), (Ahm), (L)

Wir sehen, dass in jeder Zeile mindestens eine Hyperkorrektur als Kompensationsmaßnahme gegen die Sprechunflüssigkeit ihre Anwendung findet, in Zeile 05 wendet Daniela sogar vier Hyperkorrekturen an, die alle einen gemeinsamen Schnittpunkt zueinander aufweisen, nämlich die Vermeidung des phonematischen *Locus*, an dem sich Stottermomente bilden können, den *Onset* der Silbe.

IPA-Repräsentation einiger wichtiger Stellen in Danielas Redebeitrag:

Lautverbindungen werden aufgebrochen z. B. in Zeile:

- 04 [...fɔmj:t.j:t.fɔmj:...] und in Zeile
- 05 [...ʔalje:je:.nnn...].

Hier ist nicht eindeutig klar, ob „vom“ hier die Funktionalität eines Füllwortes wie „ahm“ oder „ähm“ übernimmt oder/ und ob „vom“ die Funktion hat, mit dem Initialvokal „i“ in „italienischen“ silbenstrukturelle Bindungen einzugehen, die den glottalen Verschlusslaut ersetzen und damit eine artikulatorische Vereinfachung erzielen sollen im Hinblick auf die übergeordnete Intention, gebundene Sprechsprache zu produzieren.

Dieses Beispiel erlaubt aber zumindest ein Absprechen der Absolutheit der dritten These der dreigliedrigen Funktionalitätsstruktur von Danielas Hyperkorrekturen, die sie während ihres Redebeitrags vornimmt:

Die Segmentierung der Entitäten wird zwar vorgenommen, aber in einem zweiten Schritt wieder relativiert, indem phonematische Bestrebungen eruiert werden können, die wieder Bindungen zwischen den vorher segmentierten Lauten herstellen sollen. Vielleicht realisieren auch die Prolongationsansätze derartige Motivationsansätze.

Fest steht, dass die Silbengrenzen einem phonematischen Ort entsprechen, an dem bevorzugt erleichternde Modifikationsleistungen durchgeführt werden, weil sich hier die Schnittstelle zwischen der symptommanfälligen Onset-Position mit der neutralen Offset-Position aufspannt, sich der Hiatus zwischen Auftakt und Ausklang auftut, und der Umschlag zwischen Redeimpuls und dem dichotomischen Gegenimpuls des Schweigens als phonematischer Ort direkt festzumachen ist. Vielleicht spiegelt letzteres auch den inneren Kampf des Stotterpatienten wider, der sich zwischen Reden und Schweigen innerlich hin- und her gerissen fühlt.

1.2.3 Die Assimilationstendenzen der phonetischen Artikulationsorte

Sprechfehler des artikulatorischen Ablaufs, die sich aus einem ungenügend ausgeprägten Bewegungsablauf einzelner Artikulationsorgane (Unterkiefer, Zunge, etc.) induzieren lassen, sind vereinzelt auch im Medium der symptomfreien Sprechsprache auszumachen. Wie viel komprimierter muss die Wirkung auf den Vollzug der Sprechsprache sein, wenn die Sprechmotorik Kräften ausgesetzt ist, die sie gar nicht beanspruchen kann, und die die Sprechorgane auf höchstem Niveau des Spannungszustandes halten, was sie behindert, Positionswechsel vorzunehmen, beweglich und flexibel zu sein? Die übertriebenen Kieferbewegungen, die als charakteristische, motorische Nebenbewegungen im Rahmen der Sekundärsymptomatik beim Stottersyndrom gelten und auch bei meinen Probanden als Störmomente diagnostiziert werden können, werden beim Stottern mit zu großem Kraftaufwand betrieben und mit großräumigen Lageveränderungen vollzogen. Dadurch beeinflussen sie beispielsweise auch den Bewegungsapparat der Lippen, der Zunge und der Zungenspitze ungünstig, weil diese Artikulationsorgane dann während des Prozesses der Ansteuerung bestimmter einzunehmender Positionen in der Mundhöhle längere Wege zurückzulegen haben als bei „normalen“ Kieferbewe-

gungen. Diese längeren Wege spiegeln sich im verlangsamten Sprechtempo und in den retardierenden Momenten im Sprechfluss wider. Der Stotterpatient versucht eine solche Mangelhaftigkeit mit einer individuell generierten Modifikationstechnik zu kompensieren, indem er versucht, die ungenügende Koordination mittels Hyperkorrektur auszugleichen. Als sequentielle Vereinfachungen, die auf die Länge der Wege im Ansteuerungsszenario Einfluss nehmen können, sind Assimilationen in der Linguistik der symptomfreien Artikulation bekannt²⁰². Sind diese auch im Medium der symptombelasteten Sprechsprache relevant? Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden:

Als Angleichungstendenzen bzw. als assimilatorisches Modifikationsbemühen im Medium der symptombelasteten, gesprochenen Sprache kann man bereits die Hyperkorrektur sehen, die ich in Kapitel 1.2.2 dieser Abhandlung dargestellt habe: die **Präferenz der Langmonophthonge** in Enricos Sprechsequenzen. Das Verharren in der vokalischen Position, bevor die Produktion des nachfolgenden Konsonanten angestrebt wird, ist aus physikalisch-energetischer Sicht zweifelsohne auch ein Angleichungsbestreben. Die Energieaufwendung, die für die konsonantische Artikulation vonnöten ist, ist nämlich bei weitem größer als bei der Vokalproduktion. Hinsichtlich des energetischen Gesichtspunktes muss jedoch auch zwischen den Vokaloppositionen „gespannt/ lang vs. ungespannt/ kurz“²⁰³ differenziert werden. Der Langvokal benötigt mehr artikulatorischen Kraft- und Energieaufwand als sein entsprechendes Allophon. Die Prolongation des Vokals impliziert also eine energetische Angleichungstendenz bezüglich des Maßes der Energieaufwendung, die der nachfolgende Konsonant für sich beansprucht.

Die zweite realisierte Angleichungstendenz, die hier eine Rolle spielt, ist die Tatsache, dass Zentralisierung, also Vokalschwächung, fast konsequent bei Enrico vermieden wird. Sie manifestiert sich meistens nur dann, wenn im unmittelbar vor- bzw. nachgestellten Kontext, sehr viele Langmonophthonge im Zuge einer Hyperkorrekturleistung oder aufgrund der natürlichen phonetischen Beschaffen-

²⁰² Hier sind auch die Palatalisierung und die Nasalisierung etc. zu nennen.

²⁰³ Hier möchte ich gerne auf die Problematik, die die Begrifflichkeiten hier möglicherweise evokieren können, aufmerksam machen: Die Darstellung der Vokalopposition bezüglich ihrer phonotaktischen Unterschiede wird in jüngster Forschung nämlich durch eine prosodische Beschreibung ersetzt (vgl. u. a. Vennemann, 1991). Hier genügt jedoch, wie ich meine, eine kurze phonotaktische Darstellung, um dem Gemeinten Ausdruck zu verleihen.

heit des kontextuellen, sprachlichen Materials realisiert worden sind bzw. realisiert werden.

Erinnern wird uns nochmals an den kleinen Voja, der „(...) floh, (...)“ anstatt „(...) froh, (...)“ singt. Bei dem komplexen, konsonantischen Silbenanlaut der Erstsilbe wird der zweite Konsonant dem Nukleus der Silbe phonetisch angeglichen bezüglich dem Wert der konsonantischen Stärkeklasse, die der inversen Skalierung zur Sonoritätsgröße entspricht. Der [l]-Laut ist sonorer als der [r]-Laut, der als Trill an der gleichen Artikulationsstelle gebildet wird und mit dem gleichen Artikulationsorgan wie der [l]-Laut und gleichfalls stimmhaft produziert wird, nämlich alveolar-apikal. Aber im Vergleich zum ersten konsonantischen Laut der Silbenentität ist der [l]-Laut dem [f]-Laut bezüglich des Weges innerhalb der Mundhöhle, den die Zungenspitze bei der Lautproduktion als Richtpunkt nimmt, näher als der eigentlich vorgesehene Laut. Insofern ist die Assimilationstendenz hier von ihrer situativen Einbettung im Silbenganzen her eine ambivalente: Sie orientiert sich zum einen am Silbenonset, zum anderen am Silbennukleus und versucht eine phonetische Ähnlichkeitsanpassung, die beide Pole befriedigt, zu generieren.

Generell gesehen, kann sich eine artikulatorische Anpassungsleistung sowohl im Medium der symptomfreien, als auch in dem der symptombelasteten Sprechsprache auf das Artikulationsorgan, auf die –stelle und die –art beziehen (vgl. Bußmann, ²1990) und getrennt oder gemeinsam wirksam werden.

Beobachtung und Thesenformulierung: „Die Schaltung von hintereinander folgenden Lauten im Lautkontinuum sollte bezüglich ihrer Lage in der Mundhöhle, also bezüglich ihres Artikulationsortes, nicht zu eng, aber auch nicht zu weit auseinander entfernt liegen, um symptomatische Manifestation zu vermeiden.“

Die These, die ich in diesem Kapitel verifizieren möchte, lautet: „Die Artikulationsorte der einzelnen Laute, die im Kontinuum gebildet werden, sollten lokal im

Mundraum nicht zu eng zusammen, aber auch nicht zu weit auseinander liegen, um die Stottersymptomatik tendenziell hinsichtlich ihres Ausmaßes und der Quantität ihres Auftretens möglichst gering zu halten. Sind die Einzellaute innerhalb der Mundhöhle sehr eng miteinander benachbart, und bedarf es kleinen Wegen, die bei der Artikulation bzw. bei der Ansteuerung zwischen den einzelnen Artikulationsorten zurückgelegt werden müssen, kommt es tendenziell auch zu Störungen im Redefluss. Die Koordinationsleistung muss nämlich im wirkungsvollen Zusammenspiel der Einzelbewegungen sehr stark präzisiert sein. Theoretisiert man in diesem Sinne weiter, könnte man erwarten, dass, wenn ein und derselbe Artikulationsort bei der Lautproduktion verschiedener Phoneme in Folge besetzt werden kann, es zu vermehrten Störungen hinsichtlich der mannigfaltig ausgeprägten Symptombelastung des Stottersyndroms kommen könnte. „Nachbarschaftliche Koartikulation“ nenne ich im Folgenden die unmittelbare Nähe der einzelnen Artikulationsorte innerhalb des Mundraumes, um dem beschriebenen Phänomen eine geeignete, kurze Terminologie zu verleihen. Die in der Phonetik anerkannte Bezeichnung für antizipierende Bewegungsabläufe bei der Artikulation, die als Ursache für alle Formen von phonematischen Angleichungsbestrebungen gilt, ist hier als Pars in toto zu sehen.

Erinnern wir uns noch einmal an die Wortentität „Blankenburg“, die Heimatstadt meines Probanden Enrico, die er zumeist symptomfrei artikulieren kann. Hier werden die einzelnen Sprachlaute {b, l, a, n, k, ə, ŋ, b, u, r²⁰⁴..k} innerhalb der Mundhöhle bis auf die Nachbarschaftspaare „[b], [l]“ und „[n], [k]“ relativ unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer Lage gebildet, sie sind nicht zu weit und nicht zu eng voneinander entfernt. Bei der Bildung blockieren sich die einzelnen Laute nicht. Ein Artikulationsort wird nicht zur Produktion zweier benachbarter Laute doppelt besetzt und beansprucht. Auffällig ist, dass zwei gleiche Laute, nämlich die [b]-Laute, die beiden silbeninitialen Anfangsrandpositionen besetzen. Generell ist es schwer, die einzelnen Artikulationsorte voneinander ab-zugrenzen, zu fixieren und ihre Orte genau zu lokalisieren.

²⁰⁴ Hier gibt es drei Möglichkeiten der [r]-Artikulation, nämlich [r], das uvulare [R] und [ʀ], das dann aber nach Langvokal realisiert werden würde, in [-bu:ʀk]. Die dialektale Variante im Bairischen wäre eine solche: [bu:ʀg].

Am eindeutigsten abgrenzbar von allen anderen Artikulationsorten ist die Oberlippe, die eine klar eingegrenzte Artikulationsstelle darstellt und mit „labial“ bezeichnet wird. Die Unterlippe kann beispielsweise sowohl gegen die Oberlippe, als auch gegen die oberen Schneidezähne artikulieren. Die anderen Artikulationsstellen bilden eher Kontinua denn fixe Punkte, die von der Zungenspitze oder dem Zungenrücken angesteuert werden. Bei Daniela ist zum Beispiel eine unbewusste Verlagerung des alveolar-apikalen Trills [r] zum uvularen [R]-Laut, das als „gerolltes Rachen-R“ bezeichnet wird, erkennbar. Sie tut dies, weil sie meint, wie sie selbst sagt, das Rachen-R besser erfüllen zu können²⁰⁵.

Wir sehen im Beispiel „blanken-burg“, das die Lage der Einzellaute, wenn sie nicht zu eng miteinander benachbart sind, durchaus mit dem Fehlen der symptomatischen Manifestation in Beziehung gebracht werden könnte. Analysieren wir nun im Folgenden weitere Beispiele, die Auffälligkeiten hinsichtlich ihres Bildungsortes aufweisen.

Mit der neuen, von mir eingeführten Terminologie möchte ich aber erst die oben dargelegte These neu formulieren:

2. „Nachbarschaftliche Koartikulation und längere Wege zwischen den einzelnen Artikulationsorten sind kontrastive Variablen eines Parameters, die tendenziell stärkere und häufigere Stottermomente bei den beobachteten Probanden motivieren können.“

Als Basistext diene mir der „Gesprochene(r) Brief an Christine 2“ von Enrico, der im Anhang einzusehen ist:

²⁰⁵ Daniela war Patientin einer *Van Riper*-Therapie.

E.: Also, bei Freunden bleib ich immer noch etwas schüchtern, würd ich sagen.

Bei ihm hab ich's aus (2.0) -probiert am Diens (.) -tag.

-> 01 E: BEI:. I::m hab ichs au::s (2.0) pro::..BIert

-> 02 am TIE::ns (.) ta::k

Kommentar:

Folgende Hyperkorrekturen sind angewendet worden:

- Dehnungen der Nukleuspositionen, die über ein „normales Maß“ hinausgehen,
- Die Wortentitäten „aus-pro-biert“ und „Diens-tag“ sind folgendermaßen artikulatorisch realisiert worden: [ʔauz.pro:pi:rt.ʔɑ:m.ti:ns.tɑ:k]. Wir sehen, dass die Onsetkonsonanten einander angeglichen werden. Es etablieren sich keine Stottersymptome, aber der Artikulationsmodus wirkt unnatürlich auf den Zuhörer.

Hier gleicht Enrico die Onset-Positionen einander an, die in unmittelbarer „nachbarschaftlicher Abfolge“ anschließen, wobei auffällig ist, dass zunächst die erste Onset-Position der Wortentität (denn die Präposition „aus-“ in der Funktion einer Präfixsilbe ist durch das retardierende Moment, das zwei Sekunden andauert, vom Wortganzen abgetrennt) das modellhafte Origo für die zweite Onset-Position als Abbildungsvariante darstellt, im anderen Fall ist es umgekehrt. In beiden Fällen aber werden die vorgesehenen, stimmhaften Plosive stimmlos und leicht behaucht. Diese Modifikationstechnik ist noch einige Male im „Gesprochenen Brief an Christine“ angewendet worden, wie in der nun aufgeführten Liste deutlich wird (vgl. auch die markierten Stellen im Basistext, der im „Anhang“ steht):

Weitere Beispiele für diesen Hyperkorrekturmodus sind:

-> 01 AHM ich FAlle BE.wusst in=ein PSEU.do.STOttern, wenn...
[...¹ fale.¹ be.vust.ʔɪnain.¹bsɔy.do:¹ ʃtɔtɐrn]

<Enrico spricht stark akzentuiert, bindet und vermeidet an einer Stelle den glottalen Verschluss. Einen typischen tonischen Block zeigt dieser Textauszug nur in „falle“.>

-> 02 <<acc> AHM dann nicht> wie=ein. (2.0) i ähm TYP vorm
[ʔi.ɛ:m.typ.fɔrm]

-> 03 ab.ge.<<all> schloss>e::nen. TO:r.steh:, ja:..
[ʔap.ge.ʃlɔsɛ:nɛn.¹to:r.ʃte:ja:]

<Enrico realisiert alle reduzierten Schwa-Laute durchgängig als volle Varianten. Der einzelne Laut „[i]“ zeugt davon, dass Enrico eigentlich „Idiot“ an dieser Stelle sagen wollte, wie er mir schließlich selbst bestätigt hat, nachdem ich ihn darauf angesprochen habe. Der Laut stellt daher gewissermaßen das „Relikt der Ursprungsversion“ vor Anwendung der Vermeidungsreaktion dar. Dann entschließt sich Enrico zu einer assimilierenden Version, die phonematische Angleichungstendenzen zum Kontext zeigt.>

-> 04 .h NA::ch DIE:.sem. RIE::sen=REI:n. fall mit herrn X²⁰⁶
[na:ç.di:zɛ:m.¹ri:sɛn¹rain.fal.mit.hɛrn.ʔɪks]

<Wieder zeigt Enrico starke Prolongationen und Akzentuierungen, aber keine Primärsymptomatik.>

-> 05 AU:F. DIE:.se THE:.RApie:: A:.RT=AU:f.merk.sam GE:macht
[ʔau:f.di:ze.¹te:ra¹pi:¹ʔa:R¹tauf.merk.zam.¹ge:maçt]

²⁰⁶ Hier wird über den Therapeuten X gesprochen, der die biokybernetische Therapie bei Enrico angewendet hat und dessen Name hier keine Erwähnung finden soll.

<Enrico zeigt starkes Akzentuierungsverhalten, bindet und segmentiert Silbenstrukturen teilweise nach eigenem Ermessen. Es zeigen sich keine Störmomente im Sinne einer typischen Stotter-symptomatik, wenn man die Prolongationen als Hyperkorrekturen interpretiert.>

-> 06 DE:R DIE:.se=THE:.RApie:..Form <<all> applizie:rt>
 ['der.'ti:se'te:.rapi:. 'formʔaplizi:rt]

<Deutlich wird hier die Alternation zwischen Prolongationen und „Verkürzungen in der Sprechgeschwindigkeit“: Der Wechsel zwischen „lang gezogenem und verkürztem Sprechen“ ist signifikant für diesen Redeauszug, aber auch für Enricos ganzen Sprech*habitus*. Hier muss die therapeutische Modifizierungsarbeit ansetzen. Sprechgeschwindigkeit, Prominenzverhalten und Rhythmus müssen harmonisiert werden. Es ist nämlich auch sehr kennzeichnend für Enricos Sprechablaufmuster, dass er oftmals Passagen mit Silben- oder Wortentitäten zeigt, die alle hintereinander Primärakzent aufweisen, wie die IPA-Repräsentation oben zeigt. >

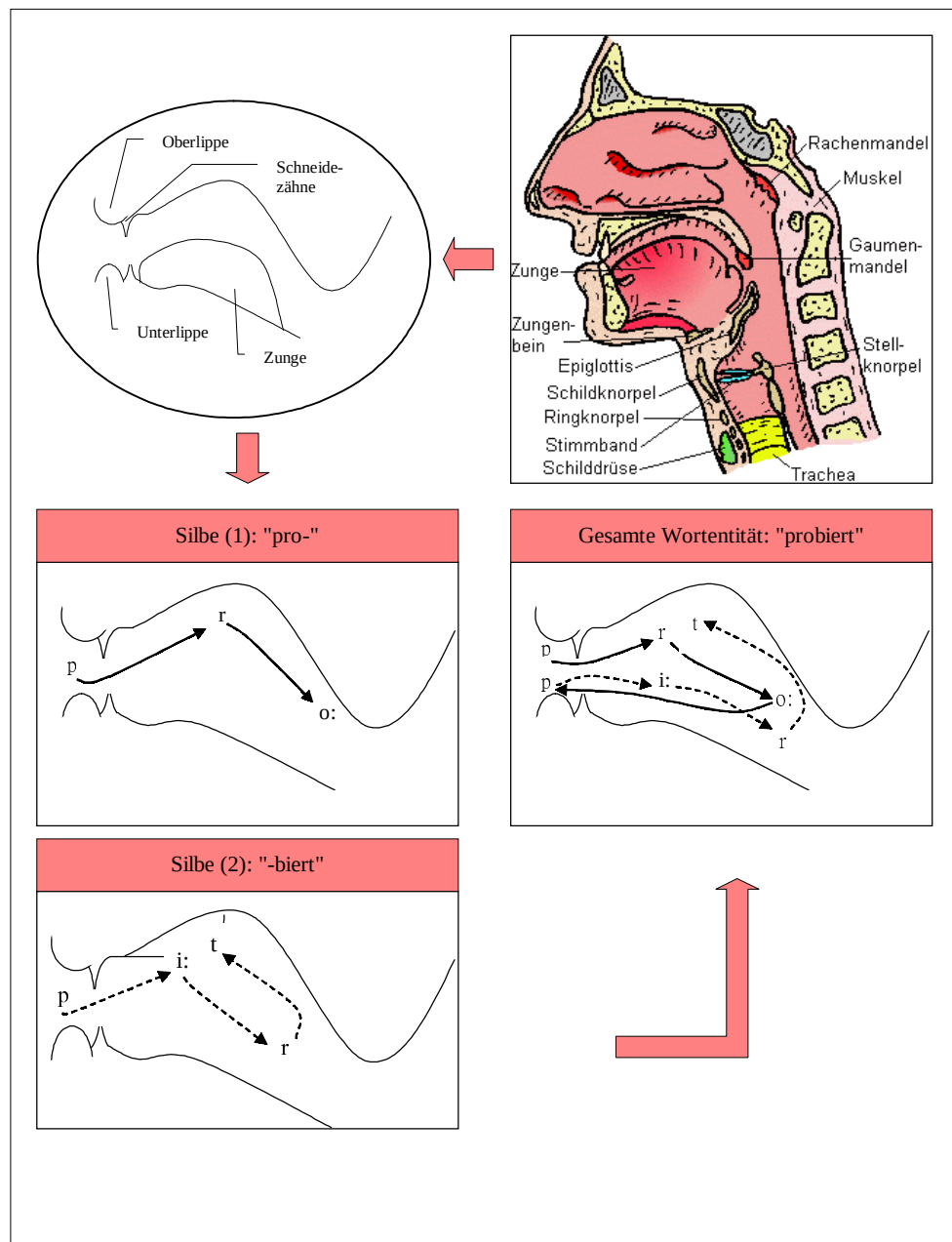
Der gesamte Sprechtext wirkt „unnatürlich artikuliert“ und zeugt von der häufigen Zuhilfenahme von Hyperkorrekturleistungen. Die wiederholten Dehnungen fordern die Konzentrationsleistung des Zuhörers, um Verständnis zu garantieren.

Diese durchaus als zufällig anmutenden „Alliterationen“, also die Schaltung gleicher Laute in benachbarten Onset-Positionen, durchziehen Enricos spontane Sprachproben wie ein roter Faden. Wegen der akzentuierten Intensität, mit der sie gebildet werden, und der teils auffällig distinguierten Wortwahl („war wahrlich“, „Therapeutisches Gespräch“, Kassetten-Zählwerk: 467; „besonders blöde Buchstaben“, „Therapeutisches Gespräch“, Kassetten-Zählwerk: 688 und „ich denke mal meistens mit ähm“, „Therapeutisches Gespräch“, Kassetten-Zählwerk: 509) unterstelle ich ihnen Modifikationscharakter im Sinne von Hyperkorrekturen, aber nicht zum Zwecke der Vermeidung von bestimmten Lauten, sondern als Angleichungsbestreben, Onset-Positionen, die keine Stotter-symptomatik aufweisen, unmittelbar im folgenden Anfangsrand analog noch einmal zu schalten. Es wird da-

bei in Kauf genommen, dass falsche Einzellaute gebildet werden, wie in „ausprobiert“. Diese Domäne der Hyperkorrekturen tangiert zweifelsohne auch semantischen Wissensstrukturen des symptombelasteten Sprechers, denn er muss während der bereits ablaufenden Sprechhandlung nach Synonymen oder bedeutungsähnlichen Wortentitäten suchen, die zudem gleich anlautend wie der unmittelbare, phonematische Kontext ausgestattet sind, um dem Gemeinten schließlich Ausdruck verleihen zu können.

Betrachten wir uns nun einmal die Bildung der Einzelsprachlaute und ihre Lage in der Mundhöhle in der folgenden Grafik:

Grafik (18): „Bildung der Einzellaute in `pro-biert`“



Die kreisförmige Grafik oben zeigt eine Übersicht des Mundraumes. In den weiter unten dargestellten Grafiken ist der Zungenmuskel aus zeichentechnischen Gründen ausgespart worden.

Wir sehen, dass die Bilabialität, das unmittelbar mühelos erfühlbare Moment unter allen Artikulationsmodi hinsichtlich einer taktil-kinästhetischen Überwachung im sprechmotorischen Gesamtprozess, bei der Bildung der dritten Onset-Position der Wortentität noch einmal stimmlos angesteuert²⁰⁷ wird und das ebenso symptomfrei wie bei der zweiten Onset-Position. Dabei ändern sich nicht die Artikulationstellen, -organe und auch nicht der Artikulationsmodus, sondern nur die binär oppositionell strukturierte Phonation.

Wirkt hier der schon mehrfach angesprochene *Adaptionseffekt*, der Anpassungseffekt, auf der Ebene von Mikroentitäten? Wir kennen das von *Johnson* bereits 1955 ausgewiesene „Phänomen der Abnahme der Häufigkeit und der Schwere des Stotterns (bereits), das bei mehrfachen aufeinander folgendem Lesen eines gleichen Textes eintritt“ (zitiert aus: *Scholz/ Eckert*, 1978: 1). Vielleicht entsprechen diese Assimilationsbemühungen in der Funktion von Hyperkorrekturen auch in gewisser Weise den „Angstwiederholungen“, die *Sadow* (1898) in den „absichtliche(n) Wiederholungen (erkannt hat), (bei denen) der Stotterer versucht (...), den Moment, in dem er die gefährliche Silbe aussprechen muss, durch Wiederholung der vorangehenden möglichst weit hinauszuschieben.“ (Zitiert aus: ebd., 1978: 3)? Spiegelt hier die Modifikationsleistung den Ursprung und die Ätiologie des Stotterersyndroms im Einzelfall wider? Fest steht, dass die feinmotorischen Bewegungen im sprechmotorischen Prozess, die von den Artikulationsorganen ausgeführt werden, genau zum richtigen Zeitpunkt an dem Ort sein müssen, wo sie gebraucht werden, also mit hoher Präzision und Treffsicherheit auch im Medium der symptomfreien Sprechsprache durchgeführt werden müssen. Assimilationen, die Laute einander hinsichtlich eines zur Verfügung stehenden Parameters angleichen, können die Schwierigkeit der Exaktheit im Ansteuerungsvorgang neutralisieren. Im Medium der symptombelasteten Sprache wird aber auch insofern angeglichen, als dass bereits artikulierte Laute wiederholt werden an Positionen, die vermeidlich schwierige „Orte“ für den Stotterpatienten im konkreten Moment einer „drohenden Sprechflusshemmung“ darstellen.

Bei den unterschiedlichen Einstellungen der Phonation spielen die unterschiedlichen Stellungen der Stimmbänder und die Lage der Glottis eine Rolle: So ist die

²⁰⁷ Das Erreichen einer bestimmten, einzunehmenden Position wird als „Ansteuerung“ bezeichnet.

Glottis bei Stimmlosigkeit weit geöffnet, bei Stimmhaftigkeit modellieren die Stimmbänder eine längliche Öffnung und vibrieren. In den obigen Beispielen hat der Sprecher, um seinem Sprechfluss einen Impuls zu geben, die Stimmlosigkeit bevorzugt. Sie dient dem Patienten im konkreten Moment der bereits manifestierten oder „drohenden“ Blockade möglicherweise auch in ihrer Funktion als kontrastives, stimmloses Korrelat zum unmittelbar folgenden Vokal, bei dessen Phonation die Stimmbänder wieder schwingen werden. Erinnern wir uns in diesem Zusammenhang an den Kurvenverlauf der klassischen Trogsilben, die die Wortentität „blan-ken-burg“ silbisch strukturieren: Im Anfangsrand der ersten Silbe stehen der stimmhafte Plosiv [b] und der ebenfalls stimmhafte Lateral [l], die aber kein kontrastives Moment zum folgenden, sonoren Nukleus verkörpern. Hier im konkreten Beispiel scheint die homogene Kontinuität dem symptombelasteten Sprecher gemäß seinem gegenwärtigen Kräftepotentials und gemäß seinem situativen Koordinationsvermögen förderlicher zu sein.

Bei der Untersuchung der Vermeidungsstrategien und Modifikationstechniken kann festgestellt werden, was dem einzelnen Patienten, in realiter helfen könnte, abgesehen von seinen eigeninitiierten, korrigierenden Maßnahmen. Bei Enrico sollten beispielsweise u. a. mit geeigneten Stimm- und Sprachübungen der alternierende Wechsel zwischen ruhenden und schwingenden Stimmbändern geübt und bewusst „erfühlbar“ gemacht werden.

Die Einzelanalysen, die die Wortwahl in spontan gesprochenem Redematerial untersuchen, könnten möglicherweise Aufschluss darüber gewähren, ob die Lage der Einzellaute innerhalb der Mundhöhle und ihre unmittelbare Nachbarschaft zu den weiteren Lauten im Sprechkontinuum, die Symptomatik in ihrem Ausmaß und ihrer Stärke determinieren kann.

2. Syntaktische Ebene: Serialisierungsphänomen: „Die Etablierung einer Reparatursyntax im Medium der symptombelasteten Sprache“

Innerhalb der einschlägigen Forschung zieht sich die Fragmentierung, die beim Stottern angeblich „unbesonnen und planlos“ etabliert wird und laut meiner Ausführungen auf der Folie der Silbenstruktur manifestiert ist, wie ein roter Faden von der Wortebene zur syntagmatischen Ebene. So formuliert Bloodstein (1974, 1980, 1981) programmatisch, dass Stottern seinen Ursprung in der Fragmentierung syntaktischer Einheiten habe. Den Stotterpatienten wird dabei unterstellt, dass sie nur mit Einschränkungen in der Lage sind, geplante und komplexe syntaktische Einheiten zu produzieren. Die paraphrasischen Veränderungen, die der Stotterer laut Becker/ Sovak (1975) im Satz vornehme, würden zum Teil soweit gehen, „dass die Sprache agrammatisch wird.“

Aber sogar schon die syntaktische Beschreibung der gesprochenen Sprache ohne symptomatische Belastung im Sinne der Stottermanifestation stellt den traditionellen Syntaxanalysten vor so große Probleme, dass der Weg zu einer „radikalen Pragmatisierung der Syntaxschreibung“ nicht mehr abwegig ist (vgl. Schlobinski, 1997 und Busler/ Schlobinski, 1997): Traditionell so genannte, elliptische Strukturen, scheinbar „unkorrekte“ Kasusmarkierungen und bestimmte, satzähnliche Konstruktionen, die nur noch durch intonatorische Faktoren²⁰⁸ und kontextuelle Einbettung syntaktisch identifiziert und analysiert werden können, haben in der neueren Germanistischen Linguistik (vielleicht nun) endlich ihre Legitimation und Lizenzierung erhalten, indem sie nicht mehr als „grammatisch falsch“ deklariert werden. Anders verhält es sich aber zweifelsohne noch im Medium der symptombelasteten Sprache, obwohl sie auch eine Sprechsprache ist und sich daher auch durch die Existenz von so genannten „reduzierten Entitäten vollständiger Struktu-

²⁰⁸ Bezüglich dieses Aspektes können Fragesequenzen, wie ich bei meinem Probanden Enrico festgestellt habe, nur noch durch das Fragepronomen und die Verb-Letzt-Stellung als solche identifiziert werden. Die Intonationskurve der Fragesequenz verläuft nämlich nicht streng monoton steigend wie bei einer vergleichbaren, symptomfreien Fragesequenz. In diesem Fall manifestiert sich die in der Forschung anerkannten „Monotonie der gestotterten Sprechsprache“ wohl am ehesten.

ren“²⁰⁹ und von „freien Nominalphrasen“ als ganze Syntagmaentitäten auszeichnen. Auch die symptombelastete Sprechsprache gehorcht ihren eigenen syntaktischen Gesetzen und sollte nicht auf der Folie einer „gesprochenen Schriftsprache“ bewertet werden. Auch sollte man einer pathologischen Anwendungsdomäne nicht im Vorneherein Inkompetenz und Unvermögen als Ausgangsprämissen unterstellen, wie in Seeger (1988) in Ansätzen geschehen. Da heißt es nämlich:

„Es scheint zunächst wenig plausibel, Stottern mit dem Begriff ‘Sprache’ in Verbindung zu bringen²¹⁰. (Immerhin hat man) (i)n den seltensten Fällen hat man das Gefühl, der erwachsene Stotternde wisse nicht, ‘was’ er sagen wolle oder ‘wie’ er es sagen würde, käme es nicht zu Unflüssigkeiten.“

Die syntaktischen Analysen der Spontansprache von symptombelasteten Sprechern, die in der Stotterforschung maßgebend sind, betreffen meist die Anzahl der Einwortäußerungen, die Durchschnittslänge der Äußerungen und die strukturelle Komplexität. Laut u. a. Seeger (1988: 36) sind signifikant weniger komplexe Satzkonstruktionen bei Stotterpatienten als bei symptomfreien Sprechern zu beobachten. Bei meinen drei Probanden konnte ich demgegenüber eher eine Tendenz zur Präferenz komplexer syntaktischer Strukturen im Medium der symptombelasteten Sprechsprache festmachen, zumindest in Relation zu der Tatsache, dass auch symptomfreie Sprecher tendenziell keine „Schachtelsätze“ in freier, spontaner Rede verwenden.

Im Gegenteil, die Schaltung von den in der einschlägigen Literatur bekannten Füllwörtern (Fiedler/ Standop, 1986 u. v. a. m.) macht die Sätze eher länger und komplexer und verlangt dem Sprecher Umstellungsleistungen in der Satztopologie ab wie etwa Topikalisierungsgenera, wie wir im Folgenden noch sehen werden. Im Medium der symptombelasteten Sprechsprache scheinen in der einschlägigen Forschung Formulierungsverfahren keine Rolle spielen zu dürfen, die aber auch im Medium der symptomfreien Sprechsprache durchaus ihre Anerkennung finden, weil aufgrund des geringen Planungsspielraumes beim Sprechen meist nur immer

²⁰⁹ Eine zentrale Frage in der Ellipsenforschung beispielsweise ist, ob man sie als autonome Strukturen *suis generis* oder als Reduktionen bzw. Auslassungen einer maximal repräsentierten Struktur auffassen soll.

²¹⁰ Ich habe mir erlaubt, die Sequenz im Gegensatz zum Ursprungstext fett zu drucken.

Teile von beabsichtigten Mitteilungen auf einmal versprachlicht werden können. So kann eine vollständige Gedankenfigur manchmal erst durch ein Um- oder Neuformulieren, durch eine modifizierte Reduplikation oder durch eine ergänzende, präzisierende Variation des bereits versprachlichten Materials im Sinne einer Reparaturorganisation²¹¹ etabliert werden, und das auch im nicht-pathologischen Fall. Unter „Reparatur“ verstehen Schegloff/ Jefferson und Sacks (1977) alle konversationellen Vorgänge, „bei denen die Gesprächsteilnehmer Teile ihrer Redezüge dergestalt verändern, dass eine Orientierung an einem ‘Fehler’ oder ‘Problem’ (im weitesten Sinne) angenommen werden kann.“ (vgl. Schegloff, 1979: 269).

Die Tatsache, dass auch in der flüssigen Sprechsprache Reparaturmechanismen (vgl. dazu: Uhmann in: Schlobinski, 1997: 159) angewendet werden, die u. a. durch syntaktische Fehlleistungen zwingend erforderlich werden, erschwert das Auffinden der Modifikationsleistungen, die der symptombelastete Sprecher vornimmt, um die Manifestation seiner Unflüssigkeiten, retardierende Momente, sowie Blockierungen im Sinne der Stottersymptomatik zu verändern oder zu vermeiden und vor seinem kommunikativen Gegenüber zu verbergen. Generell gehören jedoch Reparaturmechanismen in das Medium der gesprochenen Sprache, wie schon Schegloff (1979) feststellte. Bei Doris, meiner Probandin, wurden aber, wie ich im Folgenden darstellen werde, durch die Reparaturen die syntaktischen Strukturen nicht „agrammatisch“ und/ oder „unverständlich“ bzw. „fragmentierend“ im Bezug auf ihre kommunikative Leistung und Funktionalität im Gespräch, sondern neosyntaktisch²¹² und pragmatisch durchaus „legitim“ angewendet. Die Parameter „parataktischer Satzbau, geringere syntaktische Komplexität und kürzere Äußerungslängen“, die auch im Medium der symptomfreien Sprache charakteristisch für den Kommunikationsträger der gesprochenen Sprache ist, sind keine wesenseigenen, markanten Kennzeichen der Stottersprache, wenn es denn

²¹¹ Die von Schegloff, Jefferson und Sacks (1977) erfasste „Störanfälligkeit“ des gesprochenen Materials in der Konversation und die daraus resultierende „Reparaturbedürftigkeit“ betreffen die Sprachproduktion, -perzeption und -verarbeitung. Die Reparaturorganisation kann dabei selbstinitiiert oder fremdinitiiert stattfinden.

²¹² „Neosyntaktisch“ nenne ich hier die neuere, kommunikationstheoretisch funktional ausgerichtete, grammatische Legitimation deshalb, weil im Folgenden „streng grammatisch gesehen“ z. B. den Regularitäten der Wortstellungstypologien und Satzbauplänen nicht Folge geleistet wird.

eine geben soll. Einwortsätze bzw. -äußerungen, die angeblich in großer Zahl von Stotterpatienten im Vergleich zu symptomfreien Sprechern in der freien Rede gebildet werden, sind auch ein Primat der gesprochenen Sprache, besonders in „Interviewsituationen“, in denen die meisten Stottererpopulationen geprüft und dann als heterogene Gruppe oder homogene Teilgruppe identifiziert werden. Diese Daten sind aber die einzigen Ergebnisse der jüngsten, einschlägigen Forschungen, die sich mit syntaktischen Analysen der Spontansprache von Stotterpatienten befassen (vgl. Forschungsberichte, zusammengefasst in: Seeger, 1988). Bei meinen Probanden habe ich auch diesbezüglich geprüft, ob sie die Vorlesetexte, die bereits vorgestellt worden sind, in detail nacherzählen konnten und dabei syntaktische Gesetzmäßigkeiten wahren könnten. Wenn man berücksichtigt, dass hier das Medium der gesprochenen Sprache seine eigenen, zusätzlichen Bedingungen an die Grammatik stellt, konnte dies auch in vollem Umfang geleistet werden.

Zur Analyse der syntaktischen Modifikationsmaßnahmen, die ich als Vermeidungs- und Kaschierungsvorkehrungen interpretieren möchte²¹³, diene uns der nun folgende Sprechtext, den ich gemeinsam mit Doris bei einem unserer zahlreichen Interviews mitgeschnitten habe (Kassettenaufnahme „Urlaub in der Toskana“; Kassettenzählwerk: 197):

Legende:

I.: Interviewpartner, D.: Doris

Charakterisierung der Interaktion:

Entspanntes Interview

Situative Einbettung:

Das Mikrophon wird geprüft. Doris versucht eine entspannte Haltung im Sitzen einzunehmen.

²¹³ Ich erkenne aber in den Vermeidungsstrategien auch die Möglichkeit, nachhaltig „hilfreiche“ Modifikationsstrukturen zu schaffen, die die Artikulation erleichtern, aber nicht aus der „Stotterangst“ heraus generiert werden, wie ich in Kapitel 4 dieser Abhandlung noch herausstellen werde.

- 01 I: <<cres> DO:.ris, du: Wolltest mir von> DEI:.nen
 02 FE:.rien noch ein Biss.chen erzählen.
 -> 03 D: ((räuspert sich)) <<len> ja: (.) und zwa:r äh:m
 [...ja:.'ʔunt.ʔɜvar.ɛm
 04 (2.0) !ICH! wa:r <<acc> in=der TTOska:na:>.
 [ʔix.ɜvar.ɛnder.tɔska:na:]
 05 I: WO: genau bist DU: da: ei.=GENTlich gewesen?
 06 ICH selbst wa:r scho:n in=der GE.GEnd zwischen
 07 FLO:.renz und SIE.na (.) und <<acc> natür:.lich
 08 am=MEE:r.
 -> 09 D: Ähm ja: (.) <<acc, cres> in=der=NÄH>:..(hh)e (.)
 -> 10 ÄHM (2.0) <<acc> ICH=wa:r auch in der> NÄH:..E:
 [ʔixɜvar.ʔauç.ʔɛnder.nɛ:ʔe:
 -> 11 von FFFLO:.renz (.) a:ber auch (.) iin (.)
 fɔn.ffflo:renʒ]
 -> 12 <<acc> ICH=WA:r auch in=A:> <<rall> auch in AA:rezzo:
 [ʔixɜvar.ʔauç.ʔma:ʔauç.ʔɪn.ʔa:rezo:]
 -> 13 und auch (2.0)<<acc> ICH=WA:r auch in FLO:.renz>.
 [ʔunt.auç.ʔixɜvar.ʔauç.ʔɪn.'flo:renʒ]
 -> 14 <<rall> ähm und zwa:r (2.5) WA:r da:s so:=ne:
 [ʔɛm.ʔunt.ʔɜvar.ɜvar.da:z.zo:ne:
 15 KUl.TU:r (.) rei:se, so:=ne ORgani.sie:rte.((...))
 'kul.tu:r.ra:ze...]

D. spricht im Weiteren über die Natur der Toskana.

- 16 die: Zy: <<acc> PREssen> und die WEI:n.berge?
 -> 17 (---) .hh j JA: (.) und=zwa:r die GRO:.ßen ZY:..
 [j.'ja:.'ʔuntɜvar.di:gro:sen.ʔɜ:
 -> 18 PrEssn ste:.n da: so in=der GGGgGG (2.0) und zwa:r
 'presn.ʃte:.n.da:zo:ʔɛnder.'ggggg.ʔunt.ʔɜvar]

< Auffällig ist hier, dass zwar Schwa-Laute in Folge realisiert worden sind, nämlich in [...ˈpresn] und in [ʃte:n]. Im zweiten Fall wird aber auch die Silbengrenze neu konstituiert, nämlich wird [ʃte:n] als bisyllabische Entität artikulatorisch realisiert. Die zweite Entität enthält dabei nur den [n] -Laut.>

-> 19 DIE: ste:.hen da: <<acc> einfach=da:=einfach=so:=da:>
 ((...))
 [ˈdi:ʃte:.hen.da:ʔainfaçda:ainfaço:da:]

<Hier wird „stehen“ wieder nicht mehr in der reduzierten phonetischen Realisation produziert. Hier scheint Doris starke Probleme zu haben, die nächsten Silben herauszubringen, am Ende ihres *Turns* reiht sie nur noch einsilbige Wörter und Füllwörter hintereinander auf, die Vermeidungsfunktion haben und den drohenden Block aufschieben sollen. (I) wartet deshalb ab, ob Doris noch etwas sagen möchte und übernimmt den Anschluss*turn*.>

20 I: ((wartet)) <<p, len> warst> <<acc, cres> DU:=auch=am
 MEEr>?
 21 D: .h (.) JA: <<acc> und=zwa:r (2.0) ICH WA:r in> PPP(.)
 [ja:ʔuntʒvar.ˈix.var.ʔin.ˈppp.
 -> 22 PI:.sa: (.)=und=zwa:r <<all> an=so:=nem=Strand.da:..
 ˈpi:.za:untʒvar.ʔanzonemʃtrant.da:]

< Nach dem Einschub von „und zwar“ sind die folgenden Teile der Redesequenz besonders schnell und flüssig artikuliert. Obwohl akzentuiert wird, wirken die auch prominenten Entitäten relativ „farblos artikuliert“. Diese Teile des Syntagmas besitzen keine konsequent alternierende und keine auffällige Prominenzstruktur.>

Doris benutzt hier in fast jeder syntaktischen Entität ein Füllwort: Meist sind es „ähm“ oder „und zwar“, die ohne direkten, semantischen Kontextbezug in Wort- und/ oder Syntagmaentitäten eingefügt werden. In diesem Zusammenhang interessierte mich hauptsächlich das zweite einleitende Füllwort, das generell von seiner syntaktischen, kategorialen Einordnung her einen Konjunktork darstellt, der nach-

trägliche Erläuterungen bzw. Präzisierungen zu einer bereits getroffenen, wahren Aussage gewissermaßen „nachschiebt“ und meist satzverbindend gebraucht wird, aber generell auch „kleinere Elemente“ (Engel, 1988: 747) miteinander kombiniert. „Und zwar“ vermag aber auch in der symptombelasteten Rede Doris' eine topologische Bewegung der Konstituenten in Gang zu setzen, die nach einem Pauseneinsatz die Serialisierung der Stellungsfelder²¹⁴ ändert, indem die typische Kernsatzfolge „SPO“ dem einleitenden Konjunktoren „und zwar“ mit topikalisierten Vorfeldbesetzung²¹⁵ folgt.

Im gesprochenen Deutsch kann man in diesem Fall auch von „Vor-Vorfeldbesetzung“ sprechen, denn die syntaktische Konstituente „und zwar“ geht der eigentlichen Vorfeldposition voraus und weist in der Sequenz 22 nicht allein mit der Folgekonstituente in Form einer präpositional besetzten NP einen Skopus auf, sondern zeigt ihren Geltungsbereich innerhalb des gesamten Syntagmas. Funktion solcher Vor-Vorfeldausdrücke ist die so genannte „explizite Metakommunikation“, bei der der Adressat vom Sprecher auf die Verstehensleistung der Äußerung determiniert wird (vgl. Thim-Mabrey, 1988: 53).

Topologisches Bewegungsschema:

D₁: Und zwar (Sprechpause) **ich** **war** in der Toskana.



D₁: Und zwar **war** **ich** in der Toskana.

²¹⁴ Traditionell linguistisch wird allen Folge- bzw. Serialisierungserscheinungen innerhalb des Syntagmas das Prinzip der Satzklammer, die aus Komponenten des Verbalkomplexes bestehen, zugrundegelegt. Die Satzklammer teilt den Satz in seine Stellungsfelder auf. Das klammereröffnende Element ist dabei meist das *Verbum finitum*, im eingeleiteten Nebensatz jedoch die jeweils einleitende Konjunktion. Klammerschließende Elemente werden insbesondere durch infinite Prädikatsteile, lexikalische Verbzusätze und Prädikative konstituiert. Der rechte Klammerteil kann prinzipiell von allen syntaktischen Gliedern gebildet werden, die nach der neutralen Satznegation stehen.

²¹⁵ Generell ist die „Topikalisierung“ als mehr oder minder markierte, topologische Stellung im Syntagma zu sehen, bei der eine Konstituente, die kein Subjekt ist, ins Vorfeld platziert wird.

([...ʔuntʒvarʔix.vɑ:rɪnder.ʔska:nɑ:] vs.

[...ʔuntʒva:ryɑ:r.ʔix.in.der.ʔska:nɑ:]])

< Eine phonetische Interpretation hierfür könnte beispielsweise sein, dass die zwei hintereinander geschalteten, phonetisch völlig äquivalenten Entitäten [...vɑ:r.vɑ:r...] den Stotterpatienten irritieren könnten, weil dann auch „nachbarschaftliche Koartikulation“ vorliegen würde.>

Gemäß dem Prinzip der Satzklammer, auf dem alle Serialisierungserscheinungen innerhalb des Syntagmas basieren, stellt „und zwar“ hier das Klammer eröffnende Element einer virtuellen Satzklammer dar²¹⁶. Es leitet damit einen selbstständigen Aussagesatz mit „Subjekt-Prädikat-Objekt-Stellung“ ein, während im regulären Fall das Verbum finitum theoretisch vielleicht sogar mit in das Klammer eröffnende Element gezogen werden könnte, das den Anfang der virtuellen Satzklammer bildet²¹⁷. Die neutrale oder unmarkierte Stellung der Satzglieder, die trotz der Schaltung des Konjunktors aufrechterhalten wird, eröffnet wie jede topologische Grundstellung viele kommunikative Funktionen, wie die funktionale Thema-Rhema-Gliederung. Was wird aber hier bezweckt? Betrachten wir die Redebeiträge von Doris feinanalytisch:

Analytische Betrachtung der Sequenzen 03/ 04:

Zunächst werden die Füllwörter „und zwar“ und zusätzlich „ähm“ geschaltet. Dann entsteht ein längeres Pausensignal, bevor Doris ihren Redebeitrag fortsetzt, der Aussagesatzstellung hat. Der Konjunktorsatz „und zwar“ ist dabei primärer Prominenzträger. Der eigentliche Aussagesatz, der die rhematische Information transportiert, zeigt nur sekundäre prominente Momente. Der Intonationsbogen spannt

²¹⁶ Die virtuelle Satzklammer hat kein Klammer schließendes Moment.

²¹⁷ Die Frage stellt sich in den traditionellen Grammatiken nicht, weil eigentlich ein Nebensatz mit einleitendem Subjunktor oder Konjunktion immer Verb-Letzt-Stellung fordert und damit die letztmögliche Position im Satzfeld einnimmt. Ich meine, dass das finite Verb in Verb-Zweit-Stellung im Nebensatz, der mit „und zwar“ eingeleitet wird, durchaus noch in die eröffnende Satzklammer gezogen werden darf.

ein eher monotones Spannungsfeld bezüglich seiner Prominenzverhältnisse im Aussagesatz auf, der dem Pausensignal folgt. Der eigentliche Aussageinhalt kann ohne Akzentakkumulation dargestellt werden, die die Stotterersymptomatik in ihrer Manifestation und in ihrem Stärkegrad tendenziell verstärken könnte.

Gesprächsanalytisch gesehen kann die Stellungsvariante durch die Pausenstruktur und durch die prosodische Prominenz von „und zwar“ auf kommunikativ-pragmatischer Ebene ein Vielfaches dessen erreichen, was die so genannte normative Serialisierungsversion zu leisten vermag. Der Konjunktore dient dann als Sprecher-signal. In einer Gesprächssituation mit einer Sprecherdistribution der Form „A-B-A-B“ signalisiert der gegenwärtige Sprecher die Sicherung seines „Turns“. Insbesondere im Medium der symptombelasteten Sprechsprache ist dieses Signal ein gesprächserhaltendes, kooperatives Moment, denn, wie mir alle drei Probanden einstimmig berichtet haben, fürchten sie meist bei der Manifestation eines starken Blocks, ihren Redebeitrag abgeben zu müssen, bevor der Sachverhalt in dem gewollten Sinne das kommunikative Gegenüber erreicht habe²¹⁸. Die Sprechpause gibt Doris auch noch einmal die Möglichkeit, inne zu halten, und, wie sie mir in einem Anschlussgespräch mitgeteilt hat, im Van Riper'schen Sinne taktil-kinästhetisch die Einzellaute innerhalb der Mundhöhle erfühlen zu können. Die Sprechpause kann auch genutzt werden, um etwaigen muskulären Spannungen gewahr zu werden, sie zu überprüfen und für den weiteren Sprechverlauf neu zu positionieren und zu koordinieren²¹⁹. Die Umstellung der Satzglieder in die markierte Serialisierung der Topikalisierung affiziert aber nicht nur phonematische und syn-

²¹⁸ Auf die gesprächsanalytische Problematik des „*Turntaking*-Verhaltens“ im Medium der symptombelasteten Sprache gehe ich in Kapitel 1.3 ein, das den Titel „Pragmatische Ebene: Sprecherwechsel in der Konversationsanalyse der Interaktion mit einem symptombelasteten und einem symptomfreien Sprecher“ trägt.

²¹⁹ Wie wichtig die muskuläre Spannungsregulation aller bei der Sprechhandlung beteiligten Muskeln und Muskelgruppen, sowie derer im Rückenbereich und an den Schultern ist, möge dieses Beispiel verdeutlichen: Mein Proband Enrico berichtete mir, dass ihm, seit er vor einigen Tagen ein Referat gehalten hatte, sein Rücken auffällig schmerze. Er kenne diesen *Habitus* aber bereits aus seiner langen „Stottergeschichte“. Wenn er über längere Zeit hinweg mit starken Blocks zu kämpfen hätte wie in eben diesem Referat, brauche er Tage, bis sich die Verspannungen im Rücken und an den Schultern wieder auf ein „normales“ Maß neutralisiert hätten. Wenn auf dieses Spannungslevel in Folge weiterer Blocks neue Verspannungen hinzutreten, ist eine Autoregulation in Eigenregie geradezu unmöglich. So ist es sinnvoll, das Spannungslevel immer wieder situativ zu überprüfen und mit geeigneten Maßnahmen, die in der Therapie aufgezeigt werden, wieder herabzusenken.

taktische, funktionale Belange, sondern greift auch in die pragmatische Domäne ein: Sie affiziert auch die Thema-Rhema-Struktur, wie im Medium der gesprochenen, symptomfreien Sprache auch. So wird die Vermittlung der „neuen Information“, die meist auch akzentuierte Prominenz hat, in ihrer Serialisierung vor die „alte, bekannte und/ oder bereits vorerwähnte Information“ geschaltet. Auch die symptomfreie Sprechsprache kennt satzinitiale Voranstellungen, um die Themensteuerung und die Referenzkonstitution zu fokussieren (vgl. beispielsweise Scheutz in: Schlobinski, 1997 und Altmann, 1981). Aber den symptombelasteten Sprechern unterstelle ich einen anderen Beweggrund, diese Linksversetzung vorzunehmen. Wir haben bereits in Kapitel 1.1.4 dieser Abhandlung mit dem Titel „Die Akzentzuweisung als relevantes Regulativ für Stottersymptomatik“ gesehen, dass der Akzent die Manifestation der Blockierung potentiell zu steuern vermag. Der semantische „Pool“ der die neue Information enthält, wird geöffnet, in dem Moment, indem der artikulatorische Spannungsabbau nach dem prominenten „[ʔontʰʒvɑːr]“ beginnt. Die neue Information kann „unterschwellig“ mitgeteilt werden. Damit ermöglicht sich der Patient mittels der eigeninitiierten Modifikationsleistung das, was ihm am Wichtigsten ist, nämlich seine Redeabsicht zu realisieren trotz der hemmenden Sprechablaufstörung mit angedeuteter, „interaktiv relevanter Ressource im Gespräch“ (Selting, 1993: 292). In der Sequenz „Ja, und zwar ich war in der Toskana.“ hätte auch die kürzere Variante „Ja, in der Toskana.“ vollauf genügt, wenn man davon ausgeht, dass nur die neue Information erwähnt zu werden braucht. Voll ausgeführte Sätze bringen sehr oft das Verständnis des Thema-Rhema-Gefüges durcheinander. Hier reduziert Doris zwar die lexikalische Bedeutung von „und zwar“ als präzisierenden, spezifizierenden Konjunkt, erweitert aber seine kommunikative Funktion mit der Schaltung der Redepause, die den rhematischen Teil der Aussage signalisiert und ankündigt. Mit „Ja“ knüpft Doris ihre Mitteilung auch noch an die Vorgängeräußerung des Interviewpartners in Form einer Frage und etabliert damit ein syntaktisch-pragmatisches Adjazenzpaar.

Trotz aller Kritik an Doris' syntaktischer Modifikationsleistung, wie z. B. der Tatsache, dass einige Maximen sprachlichen Handelns nicht beachtet worden sind, muss herausgestellt werden, dass die Hyperkorrekturleistung in toto zumeist er-

folgreich war. Die Sprechablaufstörung konnte sich nicht in vollem Umfange bezüglich der Primärsymptomatik ausbilden.

Analytische Betrachtung der Sequenzen 09 – 13:

Hier wird u. a. deutlich, dass die Reparaturen sogar an einer syntaktischen Konstituentengrenze platziert werden können was die These der „Unbesonnenheit und Planlosigkeit“ der symptomträchtigen Sprechsprache (Bloodstein, 1974) im Vergleich zur flüssigen Sprechsprache zumindest im Ansatz widerlegen dürfte. Weil Doris offenbar den Silbenonset von „Florenz“ bzw. den Onset der syntaktischen Konstituente in Form einer Präpositionalphrase „von Florenz“ nicht „herausbringt“²²⁰, bettet sie die thematische Information in ein vollständiges Syntagma ein. Diese Maßnahme würde sie vielleicht nicht ergreifen, wenn sie symptomfrei sprechen würde. Ebenso verhält es sich ganz deutlich in dem nachstehenden Ausschnitt der Sequenz: Eigentlich möchte Doris hier „In der Nähe von Florenz, aber auch in Arrezzo“ sagen, kleidet aber beide Konstituenten in zwei koordinierte, sogenannte vollständige Syntagmen. Die Darstellung dieser funktionellen Maßnahme, die sicherlich primär der Vermeidung von symptomatischer Manifestation dient, hat also auch kommunikativen Wirkungskreis und möge vor Allem das einschlägige Ergebnis der Forschung illustrativ widerlegen, dass Einwortsätze und kurze, einfache Strukturen die Spontansprache der Stotterpatienten charakteristisch prägen würden. „Syntaktisch fragmentarisch“ oder auf der Gesprächsebene „nicht kooperativ“ oder „unverständlich“ wirken diese Auszüge keinesfalls.

Den modifizierten Ausschnitt in der Redesequenzen 17/ 18 hingegen interpretiere ich als „ungenügende“ Hyperkorrekturleistung, weil Doris hier die neue syntaktische Struktur als Reaktion auf den starken und relativ lang andauernden Block schaltet. Sie kann nämlich „Gegend“ zunächst überhaupt nicht artikulieren. Das Gegenüber in der Gesprächssituation ahnt nicht einmal, dass die Wortentität „Ge-

²²⁰ Man erlaube mir hier, dass ich mich einem „Stottervokabular“ bediene, das meine Probanden in den Gesprächen mit mir immer benutzten und das, wie ich meine, die Realisationen der Symptomausprägung adäquat sprachlich nachempfinden kann.

gend“ nun artikuliert werden soll²²¹. Schließlich ersetzt Doris die Entität, bei deren Artikulation sie gescheitert ist, durch eine neue syntaktische Teilsequenz, die tatsächlich fragmentarisch anmutet, „zerstreut“ wirkt und dem Gesprächspartner das Verständnis erschwert.

Im Hinblick auf die Interpretation der alternierenden Serialisation im Syntagma als Reparaturmechanismus des symptombelasteten Sprechers, der Funktion einer Hyperkorrektur hat, unterbricht der Sprecher seinen Redezug und initiiert die Reparatur, die gemäß einer Interaktion zwischen grammatischen und konversationellen Kategorien „wohlgeformt“ sein sollte und Rückgriffe auf einen „gesprächsrelevanten Pool“ erlaubt, der grammatische Wissenssysteme mit interaktiven relativiert. Die „Poolmetapher“ übernehme ich aus Busler (1996) in Anlehnung an Vennemanns „presuppositional pool“ (1975: 314 f.). Innerhalb des Gesprächsszenarios, das zwei kommunikative Partner zwischen sich aufspannen, schöpfen beide aus dem Inhalt einer im „Pool“ verankerten, gemeinsamen Annahmenmenge, die Kontext- und Hintergrundwissen sowie grammatische Wissenssysteme etc. beinhaltet. Bei einem erfolgreich gestalteten Gesprächsverlauf schneidet sich die Referenzmenge des Sprechers mit der des Hörers hinsichtlich eines für das Gespräch relevanten Potentials. Deshalb werden auch „mitgemeinte“, aber nicht verbalisierte Aspekte der Rede vom Gegenüber verstanden bzw. nicht verstanden, je nach dem, ob ein interaktiver Zugriff auf den „Pool“ stattgefunden hat oder nicht. In Doris' Fall ist der Rückgriff auf semantische und gesprächsrelevante Ausschnitte des „Poolkraftwerks“ meiner Meinung nach nachvollziehbar, womit die Modifikationsleistung auf der Bewertungsebene der semantischen und pragmatischen Funktionalität als erfolgreiche „Reparatur“ der Symptomlastigkeit anzusehen ist, die auch einerseits nicht zu Lasten der grammatischen Richtigkeit auf der Folie der Betrachtung des Mediums der gesprochenen Sprache geht. Andererseits scheint die interaktive Funktionalität aus der Sicht der Aufrechterhaltung und der Progressivität des Dialogs als „bilateraler Informationsübermittlungsapparat“ auch nicht beeinträchtigt zu sein. Dieses Kriterium unterscheidet die „Reparatur“ bei der Sprechablaufstörung „Stottern“ von einer „Selbstverbesserung“ bei einer

²²¹ Ich habe nach dem Interview Doris gebeten, mir die entsprechenden Modifikationsleistungen aufzuzeigen und darzustellen.

Sprachstörung mit grammatischen Fehlleistungen, die schon allein deshalb nicht in dieser Form möglich ist, weil der interne Vergleichsmaßstab im Rahmen der „inneren Rede“ nicht mehr hergibt und eine oben beschriebene „Wohlgeformtheit“, die aus dem die Wissenssysteme bereitstellenden „Pool“ geschöpft wird, gar nicht kennt.

3. Pragmatische Ebene: Konversationsanalytischer Ansatz: „Sprecherwechsel in der Interaktion eines symptombelasteten mit einem symptomfreien Sprecher“

Die pragmatischen Untersuchungen der einschlägigen Forschungsarbeit, die gesprächsanalytische Ansätze zeigen, beschränken sich meines Wissens auf die vergleichenden Analysen der Daten von symptombelasteten und symptomunbelasteten Sprecherpopulationen bezüglich der Äußerungslängen und der mittleren Turnlänge (vgl. u. a. Schulze, 1989). Es werden jedoch keine Unterschiede zu den symptomfreien Kontrollgruppen hinsichtlich des Turntaking-Verhaltens und der Geschwindigkeit gemacht, mit der der Turnwechsel vonstatten geht²²². Ganz im Gegenteil, es wird den Gesprächen, die mit Stotterpatienten geführt werden²²³, ein ganz normatives Sprecherwechselverhalten ohne jegliche Unterbrechungen zugebilligt. Dabei haben erste Befragungen meiner Probanden schon ergeben, dass sie sich in ihren Ausführungen innerhalb des kommunikativen Moments mit einem flüssig sprechenden Gegenüber oftmals unterbrochen und gestört fühlen. Das Interaktionsklima wird als hektisch und konkurrenzhaft erlebt. Eine interessante Stellungnahme zu diesem Thema, konnte mir Doris liefern: Ihre Therapeutin hat während ihrer Van Riper-Therapie festgestellt, dass sie oftmals, wenn sich ihre Blockierung im Sprechfluss gelöst hat, den symptomfreien Gesprächspartner unterbricht, bevorzugt aber dann, wenn dieser sie im Vorfeld dieses Moments der Sprechflusshemmung schon unterbrochen hat. Dieses Turntaking-Verhalten wird zweifelsohne zu Recht als konkurrenzhaft erlebt. Wichtige Einflussgrößen, die die Besonderheit der Interaktion zwischen einem symptombelasteten und einem

²²² Auch entbehren diese Studien das gesprächsanalytische Vokabular.

²²³ Dabei spielt auch keine Rolle, ob das Gespräch mit symptombelasteten oder -unbelasteten Gesprächspartnern geführt wird.

symptomfreien Sprecher beleuchten, scheinen auch die Häufigkeit des Themenwechsels, die Verweildauer pro Thema und das Zuhörerverhalten mit der jeweiligen verbalen Feedback-Reaktion zu sein. Doris erklärte mir, dass sie zudem oftmals wahrnehme, dass das Gegenüber während der Manifestation ihrer Blockierung im Sprechfluss ungeduldig auf dem Stuhl hin- und herrutsche, die Fingernägel betrachte und anderen Nebenbeschäftigungen nachgehe, was sie von ihrer Sprechabsicht ablenke. Auch die Führung und Steuerung der Dialoge und Sprechhandlungen werde meist vom symptomfreien Sprecher übernommen, wobei der symptombelastete Sprecher keinen oder nur wenig Einfluss auf diese Gesprächsparameter habe.

Als Untersuchungsgegenstand für die folgende Analysearbeit möge uns hier wieder der Mitschnitt des Telefongesprächs Danielas mit der Werbeagentur dienen, die die Werbekampagne des Möbelhauses „Who’s perfect?“ ins Leben gerufen hat.

In diesem Kapitel sollen die Beeinträchtigungen in Kommunikationsprozessen und die Wechselwirkungsprozesse, die zwischen einem symptombelasteten Sprecher und seinem symptomfreien Gegenüber in der gemeinsamen Interaktion stattfinden, diskutiert werden.

Das Stottersyndrom schließt bekanntlich komplexe Beeinträchtigungen der kooperativen und kommunikativen Tätigkeiten ein, insbesondere gilt es als Störung des Dialogs und der Kommunikation. Westrich (1992) deklariert Probleme in Dialogssituationen als „partnerschaftlicher Natur“ (ebd. in: Grohnfeldt, 1992: 370), vielleicht deshalb, weil die von ihm angesprochene Gleichberechtigung der Gesprächspartner im Falle der Sprechflusshemmung eben nicht gegeben ist.

Als wesentliches Ziel eines erfolgreichen Dialogs auf der Folie der symptombelasteten Sprechsprache, die einen der beiden Kommunikationspartner betrifft, sehe ich beispielsweise das Sprachverstehen an. Clark (1977) begreift das Sprachverstehen „(...) als durch den Adressaten einer Äußerung zu leisteten Problemlösevorgang (also (als) einen aktiven Prozess) (...)“.²²⁴ Die Dekodierung der

²²⁴ Zitiert aus: Hüttemann (1990: 79). Die Vorstellung, kommunikative Verständigungsleistungen als Problemlösevorgänge zu konzeptualisieren ist im Rahmen der Sicht der sprachlichen Äußerung

Äußerungssequenzen des symptombelasteten Sprechers bedarf zweifelsohne eines Mehraufwandes an einem zu leisteten Problemlösevorgang. Auf jeden Fall muss der symptomfreie Gesprächspartner einmal mehr bei der Verständigungstätigkeit kognitive, sprachliche und soziokulturelle Ressourcen während der kommunikativen Situation aktualisieren, um Verständnis zu etablieren. Auf dieser erweiterten Rekonstruktionsleistung basiert die sprachliche Wahrnehmung und etabliert sich als sprachlicher Verständigungsprozess in realiter, der mit dem symptombelasteten Sprecher initiiert werden muss. Allgemeingültige, kommunikative Bedingungen, die dem Sprachwissenschaftler aus der Kommunikationstheorie bekannt sind, wie aktuelles Kontextwissen, Äußerungswissen und „community membership“ als „Etikette“ der Zugehörigkeit der Sprecher zu einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe, was dem äußeren Rahmen der Interaktion bzw. der Gesprächseinbettung entspricht, müssen sowohl auf der Hörer-, wie auf der Sprecherseite modifiziert und erweitert werden. Die erfolgreiche, kooperative Bewältigung der sprechsprachlichen Situation mit einem stotternden Kommunikationspartner verlangt nach einer gemeinsamen Etablierung „neuer“ Rahmenbedingungen für die folgende Interaktion, die, wie ich meine, a priori miteinander „ausgehandelt“ werden müssen. Hier möchte ich nochmals das Stichwort „community membership“ als sozialrelevanten Geltungsaspekt aufgreifen. Bei der ersten gemeinsamen Interaktion, die ein symptomfreier und ein symptombelasteter Sprecher miteinander initiieren, sollte sich der eine Gesprächsteilnehmer nämlich als Stotterer „outen“, was dem folgenden Gespräch eine „bessere“ Verlaufsform geben wird²²⁵. Es ist nämlich so, dass sich meine drei Probanden immer wieder darüber beklagt haben, von ihrem jeweiligen Gegenüber oftmals in ihrem Redebeitrag unterbrochen zu werden. Es sei oftmals sogar so, dass sie bei bestehenden Sprechhandlungen auf die Sachverhalte, die sie ansprechen möchten, nicht adäquat eingehen und sie in ihrem Sinne zu Ende führen könnten, weil der symptomfreie Gesprächspartner ihnen nicht die Zeit gebe, ihre Gedanken auszuführen. Zudem wird der Sprecherwechsel, der ein Gespräch im Allgemeinen durch einen

als Gegenstück zu Weltereignissen und menschlichen Handlungen, sowie als Steuerungsfunktion, die aus ihnen hervorgegangen ist, plausibel.

²²⁵ Generell ist es nämlich so, dass nach der erfolgten Aushandlung der die Entfaltung der eigentlichen Kommunikation induzierenden Voraussetzungen die Interaktionspartner vor der weiteren Aufgabe stehen, ihren Verständigungshandlungen eine gewisse Verlaufsform zu geben.

geordneten Übergang von einem Sprecher zum anderen mit präziser zeitlicher Abstimmung und so wenig Überlappungen wie möglich mit einer Distribution „A-B-A-B“ kennzeichnet, im pathologischen Fall durch längere Pausen²²⁶ und Satzabbrüche erschwert.

Bei dem oben bereits angesprochenen Outing wären folgende Geltungsansprüche realisiert, die in intersubjektive Handlungsregeln zur Bewältigung der erschwerten Kommunikation durch die Symptombelastung eines Gesprächsteilnehmers münden²²⁷:

- 1) Der stotternde Gesprächsteilnehmer muss keine Verschleierungs- und Kaschierungstechniken anwenden, um seine Symptomatik zu verbergen. Er kann sich voll und ganz auf die in der Therapie vorgeschlagenen und erlernten Modifikationstechniken konzentrieren und nicht nur seine eigeninitiierten Hyperkorrekturen zum Einsatz bringen, die Stottern in seiner Symptomatik möglicherweise nur kaschieren und verbergen sollen.
- 2) Der symptomfreie Gesprächspartner kann erfragen, wie er auf die Symptombelastung seines Gegenübers reagieren soll, schließlich gibt es hier verschiedene Möglichkeiten, um auf der Folie eines kommunikativen und verständigungsorientierten Handelns als Organisationsparameter menschlicher Interaktionstätigkeit in realiter kooperativ zu handeln.
 - a) Die erste Möglichkeit besteht darin, dem symptombelasteten Sprecher bei einer bestehenden Blockade im konkreten Moment der Sprechflusshemmung helfen, die bereits begonnene Sprechhandlung gewissermaßen „in

²²⁶ Die Pausen zwischen den Redebeiträgen sind im „Normalfall“ mit einigen Zehntelsekunden als Durchschnittswerte messbar.

²²⁷ Auch in der Kommunikationssituation, die zwischen nicht-symptombelasteten Sprechern aufgespannt wird, konstituieren diese in der Einlösung der kommunikativen Geltungsansprüche die Herstellung spezifischer Weltbezüge. So werden Ausdrücke aus der symbolischen Welt unter dem Verständlichkeitsaspekt formuliert. Es wird auch auf existierende Sachverhalte in der objektiven Welt unter dem Aspekt der propositionalen Wahrheit referiert und auf Ereignisse der sozialen Welt unter dem Aspekt der normativen Richtigkeit verwiesen. Zudem wird ein konkreter Bezug auf die Erlebnisse der subjektiven Welt unter dem Aspekt der authentischen Wahrhaftigkeit hergestellt. Kommunikative Geltungsansprüche gehen als Elemente der Geltungsbasis in jeden einzelnen Wortbeitrag ein. Im Falle der aufgrund der Symptombelastung eines Gesprächspartners erschwerten Kommunikation erweitern sich die Rahmenbedingungen, auf der die Gesprächssituation basiert.

Vertretung“ zu Ende zu führen. Natürlich schließt diese Handlungseventualität des symptomfreien Sprechers nicht aus, dass er die Sprechintension des Gesprächspartners „fehlinterpretiert“ und den Redebeitrag seines Gegenübers nicht in dessen Sinn vollendet und/ oder dass sich der symptombelastete Sprecher durch die Turnübernahme von Seiten des Kommunikationspartners gestört oder vereinnahmt fühlt. Vielleicht hat der symptombelastete Sprecher dieses Verhalten durch eine „Organisation der Sprechersteuerung“ provoziert und signalisiert, wie ich sie in Anlehnung an Rehbein (1979)²²⁸ gerne nennen möchte.

- b) Die zweite Möglichkeit besteht darin, dem symptombelasteten Sprecher die Möglichkeit zu geben, selbst aus seiner Blockade herauszukommen, was Zeit, Geduld und oftmals ein Gespür für den Einsatz für die entsprechende Situation „richtiger“, „paralinguistischer Kommunikativitätsparameter“²²⁹ erfordert.

Hier würden beide Gesprächsteilnehmer den von Grice (1975) formulierten „Konversationspostulaten“ am ehesten Genüge leisten. Die Rollen von Sprecher und Hörer sind klar begrenzt, es gibt keine Überschneidungen, indem der Turn des stotternden Sprechers als zeitlich-thematische Einheit von einem symptomfreien Hörer, der dann zum Sprecher „in Vertretung“ wird, vollendet und schließlich vollends übernommen wird. Gemäß den Grice'schen Konversationspostulaten erhebt nämlich „(a)uf allgemeinsten Ebene (...) (der), (d)er etwas sagt, (den Anspruch), gehört zu werden, und bindet damit den Hörer an die kooperative Tätigkeit des Zuhörens; wer als Hörer (hingegen) aufmerksame Zuwendung zeigt, erhebt den Anspruch etwas Relevantes zu vernehmen (...).“ (Henne/ Rehbock, ²1982: 266).

- c) Die dritte Möglichkeit eröffnet eine Konzession, also gewissermaßen einen Mittelweg zwischen den oben vorgestellten Handlungsalternativen,

²²⁸ Rehbein (1979) erkennt innerhalb der Gesprächsführung eine „Sprechersteuerung durch den Hörer“ und eine „Hörersteuerung durch den Sprecher“, bei denen die gegenseitige Aufmerksamkeit verbal und nonverbal gesteuert wird im Rahmen der Kommunikationssituation.

²²⁹ Darunter verstehe ich im Einzelnen nonverbale Handlungen, die die kooperative Tätigkeit des Zuhörens „untermalen“, wie Lächeln, Nicken etc.

einzugehen und umzusetzen, indem er nur im konkreten Moment der Sprechhemmung den Turn übernimmt. Er gibt ihn dann aber wieder an den „Vorredner“ zurück, welcher seinerseits wieder die Sprecherrolle übernimmt und weiterführt. Einen solchen Kompromiss stelle ich mir beispielsweise folgendermaßen vor: Der Hörer nimmt im Redebeitrag des Sprechers einen Block wahr, der sich stark manifestiert hat und scheinbar in absehbarer Zeit nicht aufzulösen ist. Da um die ausschließliche und ausnahmslose Positionierung der Manifestation des Blocks rund um den Onset der entsprechenden Silbe weiß, kann er sich auf diese Tatsache einstellen. Er kann daher den konsonantischen Anfangsrand „in Vertretung“ für seinen symptombelasteten Vorredner entweder allein artikulieren oder im Verbund mit der entsprechenden Silbenentität bzw. der entsprechenden Wortentität, die der symptombelastete Onset wortinitial einleitet oder wortmedial bei einer bi- bzw. polysyllabischen Wortentität weiterführt.

Hier wird eine Konzeptualisierung der Wechselseitigkeit von kommunikativen Vorgängen im Gegensatz zur kommunikativen Einseitigkeit, die die von mir dahingehend befragten, symptombelasteten Probanden mit ihren Ausführungen skizziert haben²³⁰, modelliert. Es erweitert sich hier nur die für das alltägliche Gespräch normative Grenzverschiebung zwischen Sprecher und Hörer, die sich insbesondere durch Einschübe oder Zwischenfragen von Seiten des Hörers im Gespräch, das sich zwischen zwei nicht-stotternden Interaktionspartnern aufspannt, ergeben kann. Im pathologischen wie im nicht-pathologischen Fall der dialogischen Konversation kommt es zu Situationen mit Simultansprechen. Wenn der symptombelastete Sprecher nämlich seinen Stotterblock erfolgreich überwunden hat und sich gleichzeitig in der Lage sieht, jetzt nunmehr flüssig seinen Sprechbeitrag zu beenden, den er vorher unvollendet abgeben musste, wird er unabhängig davon, ob der aktuelle Sprecher seinen Turn abgeschlossen hat, wieder das Wort ergreifen. Doris hat mir sogar erzählt, dass es ihr in dem beschriebenen Fall

²³⁰ Gemeint ist hier die Unterbrechung von Seiten des symptomfreien Sprechers, der den *Turn* nicht mehr abgibt, nachdem er die jeweilige Wort- oder Silbenentität, zu der der entsprechende *Onset* gehört, auf dem sich die Blockade manifestiert hat, „in Vertretung“ für den Sprecher vollendet hat.

immer ein besonderes Bedürfnis sei, auf diese Art und Weise wieder ins Gespräch zu kommen. Diese Tatsache korrespondiert meiner Meinung nach mit dem Simultan- und Schattensprechen (engl. Shadowing), das als Behandlungsmethode des Stotterns angewendet wird. Hierbei wird der Patient gebeten, einen Text, der via Kopfhörer dargeboten wird, zu wiederholen. Der Patient konzentriert sich dabei auf den gehörten Text und spricht zumeist flüssig. Auch Doris berichtete, dass die Sequenzen, die sie mit Simultansprechen absichtlich im „Shadow“ artikuliert, zumeist ohne jegliche Symptomatik gesprochen werden könnten.

In der nicht-pathologischen Dialogsituation hört einer der beiden involvierten Sprecher meistens sehr schnell zu sprechen auf, wenn es zu Simultansprechen kommt. Der eine Sprecher wird, sobald er wieder in den Bereich des „Hörbaren“ herauskommt, meist genau den Teil seines Beitrags artikulieren, der durch das Simultansprechen unverständlich geworden ist. Wenn einer der beiden Sprecher jedoch nicht seinen Turn aufgibt, ist ein konkurrenzierendes Zuschreibungssystem verfügbar. Hier gewinnt der Sprecher die Sprecherrolle, dem es gelingt, sich von Silbe zu Silbe am weitesten im Hinblick auf die Sprechabsicht und bezüglich der erhöhten Stimmfrequenz am intensivsten stufenweise zu steigern. Die übergeordnete Triebfeder, die der Motor des symptombelasteten Sprechers ist, während des Turns seines Gegenübers wieder die Sprecherrolle für sich zu beanspruchen, ist, wie mir Doris darlegte, die Tatsache, dass im Moment des Simultansprechens meist die Sprechflüssigkeit wieder hergestellt wird. Diese Aussage deckt sich auch mit den Erkenntnissen aus der Forschung: So erkennt Bloodstein schon 1949, dass sich u. a. ein „Sprechen im Chor“ tendenziell auf die Stottersymptomatik reduzierend auswirke.

Im nicht-pathologischen Dialog sind ganz im Gegensatz zur Interaktion eines symptombelasteten mit einem symptomfreien Sprecher Momente des Simultansprechens eher selten, denn im allgemeinen ist der Sprecherwechsel laut Sacks, Schegloff & Jefferson (1978) durch einen Mechanismus in der Form eines lokalen Lenkungssystems geregelt, der auf Regeln basiert, die das Ende von beitragsbildenden Einheiten durch einen übergangsrelevanten Ort²³¹ abstecken können. Scheinbar muten aber diese im pathologischen Fall nicht so effektiv und bedeu-

²³¹ Der „übergangsrelevante Ort“ heißt bei Sacks, Schegloff & Jefferson (1978) „transition relevance place“ und wird in der Literatur mit TRP abgekürzt.

tungsvoll zu greifen an wie im Gesprächsszenario, das sich zwischen zwei symptomfreien Sprechern aufspannt²³².

Der von meinen Probanden beschriebene Verlauf eines Turnwechsels zwischen einem symptombelasteten Sprecher und einem symptomfreien Adressaten kann in folgendem Beispiel eines Dialogausschnitts am Telefon deutlich gemacht werden, das als Kommunikationssystem ohne visuelle Situationskontrolle im Gegensatz zur Organisation der Nah- bzw. Face-to-face-Interaktion und als zweckgebundene Kommunikation interpretiert werden muss:

Der Stotterpatient hat eine Blockade im Sinne der typischen Symptomausprägung seiner Sprechablaufstörung, und der symptomfreie Sprecher ergreift den Turn. Er gibt das wieder, was er dem symptombelasteten Sprecher als Gehalt seines abgebrochenen Redebeitrags gewissermaßen unterstellt. Scheinbar deckt sich seine Interpretationsleistung nicht mit der intendierten Sprechabsicht der Stotterpatientin, die sich schließlich diesbezüglich mitteilt:

Angespanntes Telefonat, bei dem die symptombelastete Gesprächsteilnehmerin offensichtlich sehr nervös ist. Daniela telefoniert mit einem Verantwortlichen der Werbeagentur.

Das Telefongespräch ist bereits vorangeschritten.

Der Verantwortliche der Werbeagentur spricht längere Zeit, Daniela stimmt von Zeit zu Zeit zu. Schließlich ergreift Daniela das Wort.

²³² Die Regeln, die hier greifen sind die, die relevant werden, wenn der derzeitige Sprecher einen nächsten Sprecher nicht auswählt, einen *Turn* zu bestreiten. Jede andere Partei kann dann sich selbst wählen, wobei der erste, der spricht, das Recht auf den nächsten Gesprächsbeitrag gewinnt. Wenn sich keine andere Partei selbst wählt, kann der derzeitige Sprecher weiterfahren oder aber nach eigenem Ermessen abbrechen, was in die Beanspruchung einer weiteren beitragsbildenden Einheit mündet.

Nach Sacks, Schegloff & Jefferson basiert der Mechanismus, der den Sprecherwechsel regle und von einem Redebeitrag zum anderen wirke, nämlich auf einem Bündel von Prinzipien mit geordneten Optionen und entspreche einem lokalen Lenkungssystem. Diese Regeln kommen im Moment des *TRP* zum Einsatz, der zwischen zwei redebeitragsbildenden Einheiten liegt.

01 D: NEE: (.) A:Ber es es wwird a (-) zu:..AHm s (2.0)
 -> 02 E:ben.falls MMit mit llis. PEln nj ng GE:..WORben n und
 03 =und al.so: ICH=ich mei:n.e: ahm vom=vom=vomi::
 04 <<p>t> =vomi::t.=i::t.vomii:: (2.0) vomit.vomi:::tal
 05 =al=je::<<cres>=JE::> je.nnn.>>dim>i> sch SCH SCH.
 06 sch.ahm=ahm=is=es un [
 07 H: [<<unterbricht>...>
 -> 08 D: <<all> NEE: vom ITAL.JE:.> <<dim> nschn> <<cres>
 ['ne:fɔm.'ital.je:nɪʃn.
 -> 09 ist. DA:s. U:N.> <<acc> ab.hänging>.
 ?ɪstɔ:z.ʔu:n.ʔap.hɛŋgɪk]

<In Relation zur vorherigen Sprechsequenz erscheint der Redebeitrag, der in den Zeilen 08 und 09 repräsentiert ist, flüssig und zeigt auch keine klonische Sekundärsymptomatikausprägungen. Auch die Sprechgeschwindigkeit ist gleich zu Beginn des Redebeitrags schnell und bestimmt, was man insbesondere deshalb so klar erkennt, weil Daniela vorher so zögernd und unsicher artikuliert. Da uns die Daten des interaktiven Gegenübers fehlen, ist nicht nachzuvollziehen, ob Daniela (H) unterbrochen hat oder nicht. Bei „Italienischen“ wird ein Schwa-Laut artikulatorisch realisiert.

In den Zeilen 01/ 02 werden wieder Einzellaute geschaltet, wie [s], [ŋk] o. ä., die scheinbar ohne jegliche Bindung zu anderen Lautverbindungen in die Redesequenz eingebracht werden. Ich sehe in ihnen Starterentitäten, die den *Onset* der Folgesilbe bereits artikulatorisch einleiten sollen: z. B. in 02 [...ŋk.'ke:'vɔrben...]. Hier werden wieder „phonetische Alliterationen“ verwendet.>

Der Kommunikationsprozess wird mit einer solchen Situation zwangsläufig beeinträchtigt. Der für den Sprecherwechsel verantwortliche, oben beschriebene Mechanismus, der die Distribution der Turns regelt und im TRP angreift, scheint im pathologischen Fall nicht zu funktionieren: Der Block des symptombelasteten

Sprechers mutet als auslösendes Moment mit Signalwirkung für eine nun folgende beitragsbildende Entität des Adressaten an, der damit in die Rolle des Senders schlüpft²³³ und den Ausstieg des Vorredner aus seinem Turn erzwingt. In dem obigen Beispiel wird der Turn Danielas nicht gemäß ihres Anspruchs an propositionaler Wahrheit, normativer Richtigkeit und subjektiver Wahrhaftigkeit durch die beitragsbildende Einheit des Verantwortlichen der Werbeagentur erfüllt. Auch der Zweck ihrer Sprechhandlung, wenn es denn einen gibt²³⁴, scheint nicht erhört worden zu sein. Daniela berichtigt daher die Aussage, um dem Wahrheitsanspruch auf die referierte Proposition Genüge zu leisten.

Fest steht, dass die Liste der „ungewollten Sprecherwechsel“ im pathologischen Dialog eine umfangreiche zu sein scheint. Allein innerhalb des Telefonats Danielas mit der Werbeagentur wird die symptombelastete Sprecherin nämlich insgesamt sechs Mal unterbrochen. Davon werden vier Aussagen falsch bzw. nach Auffassung der Sprecherin „unzulänglich“ vom Adressaten interpretiert. Aus diesem Grund kann man nicht behaupten, dass Unterbrechungen die Sprecher-Hörer-Rollen in ihrem Funktionieren nicht tangieren und dass die Sprecherin auf der Ebene der Haupthandlung ihren Turn behält. Die parallel laufende Nebenkommunikation, die sich innerhalb des weiterlaufenden Dialogs zwischen den beiden Gesprächspartnern aufspannt, dient ausschließlich der ständigen Verifizierung der Interpretationsleistung des ursprünglichen Adressaten, was die symptombelastete Sprecherin zweifelsohne von ihrer kommunikativen Haupthandlung distanziert. Der „rote Faden“ ihrer Sprechabsicht wird dabei durch ihr kommunikatives Gegenüber fragmentiert, weniger durch sie selbst.

Hier möchte ich nur drei Beispiele, die dieses belegen sollen, explizit aufführen:

Beispiel: „Turntaking-Verhalten zwischen einem symptombelasteten und einem symptomfreien Sprecher“

²³³ Die „Signalthese“, die die Existenz eines Signals irgendeiner Art und Weise (u. a. auch paralinguistischen Charakters) zur Beendigung beitragskonstituierender Einheiten annimmt, das von einem derzeitigen Sprecher ausgesendet wird und den Adressaten erreicht, wird als vollständiges Erklärungsmodell für den Sprecherwechsel in der konversationsanalytischen Forschung nicht akzeptiert. Im pathologischen Fall identifiziere ich aber die Signalthese als zusätzlichen, relevanten Parameter innerhalb eines vielschichtigen Erklärungsmodells.

²³⁴ Ansonsten handelt es sich um verständigungsorientiertes Handeln im Gegensatz zum zweckorientierten Handeln.

Beispiel (1):

01 D: ahm (.) mmi:r wur. wur.de von nj (.) von vvvvvon
 02 who's perfect ahm ahm di:.re na:.me dire
 03 TE:. LE:.fo:nummer ahm ahm (3.0) ahm [
 04 H: [<<unterbricht>>
 05 D: JA: (.) <<all> IHRe NUMmer ge.geben>.

Beispiel (2):

01 D: ((seufzt)) Wir können nicht VE:r.Ste:hen, WIE:.so:
 02 ma:n so:.was <<acc> machen> ahm [
 03 H: [<<unterbricht>>
 04 D: ja: (.) ja: KLA:r ähm [
 05 H: [<<unterbricht>>
 06 D: [ddden <<acc>kenn ich scho:n[

(Nun spricht (H) sehr lange ohne Unterbrechungen von Seiten Danielas:

((19.0 Auslassung))

07 D: <<cres> den Kenn ich jetzt nicht> (.) DE:n <<all>mit
 08 dem SCHLUck.auf>.

< Anmerkung zum Verständnis: Hier wird ein zweiter Werbeslogan thematisiert, der mit „Schluckauf“ wirbt, nach dem Motto „Lieber ein Möbel mit Schönheitsfehlern, als einen Stuhl mit Schluckauf“.>

09 H: ((2.0 Auslassung))
 10 D: JA: das mö:bel (.) ich mein [
 11 H: [<<unterbricht>>

Beispiel (3):

01 D: JA: (.) da: kommt auf <<len> SchA:.ri:.VA:.ri ahm
 02 die:se WWWEr.wer.BUng von [
 03 H: [<<unterbricht>>
 04 D: JA: (.) genau:. AHm AHm <<acc> und=zwa:r ((...))

<“Scharivari“ ist ein regionaler Radiosender.>

Trotzdem erscheinen mir diese dreigliedrigen Entitäten in Form von „Sprecher-Hörer-Sprecher-Äußerungen“ als funktionales, adjazentes „Dreigestirn“ mit gesprächsaufrechterhaltendem Nexus und lokaler Lenkungsorganisation im pathologischen Fall als wichtig, weil die Verständnisbasis auf der Folie der kommunikativen Kooperativität so gesichert wird. Der „Einschub“ des ursprünglichen Adressanten hat dabei die Funktion, den Sprechfluss des symptombelasteten Sprechers wieder herzustellen, denn aus irgendeinem Grunde scheint die Artikulationsfähigkeit des symptombelasteten Sprechers durch den Einschub wieder „in Gang“ zu kommen. Die Blockade, die dem Vorredner als Signal für die Inanspruchnahme seines Turntakings gegolten hat, scheint vollkommen überwunden. Nach den sechs Unterbrechungen während ihres Telefonats mit dem Verantwortlichen der Werbeagentur kann Daniela fünf Mal flüssig, ohne symptomatische Belastungen wieder in das Gespräch einsteigen. Die dritte Äußerungsentität nach der „Paarsequenz“, die im Bestfall eine vollständige, wahre Äußerung im Sinne des symptombelasteten Sprechers ergibt, verifiziert den Inhalt der Adjazenzkonstruktion. Ob sich die Nutzbarkeit und Produktivität des „adjazenten Dreigestirns“ auf den weiteren Gesprächsverlauf ausdehnen lässt, scheint mir jedoch zweifelhaft, weil der symptombelastete Sprecher mit seiner Nebenhandlung des Verifizierens der Aussage seines Vorredners von dem Fokus der Haupthandlung, die primär der Übermittlung von Sachverhalten dienen sollte, sehr abgelenkt wird. Die inhalt-

liche Sprechabsicht des symptombelasteten Sprechers tritt in ihrer Wichtigkeit hinter formale und konversationstheoretische Gesichtspunkte und verliert somit an informativen und persönlichkeitsdarstellendem und –strukturierendem Stellenwert: Das Stottersyndrom ist dann zentrales Thema der Kommunikation, eine Folge, die der Stotterpatient eigentlich genau vermeiden möchte. Das Stottersyndrom wird so per se zum perlokutionären Akt, bei dem die Wirkungen von den Äußerungsumständen abhängig sind.

4. Zusammenfassung und Schlussbemerkung: „Konsequenzen für die therapeutischen Maßnahmen“

Diese Arbeit zeigt einen Fortschritt in der Konnexion von linguistischem Wissen und der pathologischen Anwendungsdomäne, dem Stottern. Ein Ziel ist letztendlich, breite Kenntnisse über das Funktionieren der individuellen, gestörten Sprache in den logopädischen und/ oder sprachheilpädagogischen Maßnahmenkatalog einfließen zu lassen, um eine für den einzelnen Patienten „maßgeschneiderte“ Therapieform aus linguistischer Sicht etablieren zu können. Im Mittelpunkt dieser Abhandlung stand die Konzentration auf den einzelnen Patienten und seiner mannigfaltig ausgeprägten, facettenreichen Symptomatik des Stottersyndroms ganz im Gegensatz zu bisherigen Forschungsansätzen, die linguistisch relevante Parameter in Stotterpopulationen zu eruieren suchten. Die so genannten idiografischen Ansätze der einschlägigen Forschung vertreten bisher die Auffassung, dass Stotternde keine homogene Population sind, aber dass sich Untergruppen oder Typen von Stotternden finden lassen würden (z. B. Seeger, 1988: 3 ff.), die wiederum einschlägige Charakteristika liefern könnten. Im Rahmen einer streng genommenen idiografischen, also auf den Einzelfall ausgerichteten Betrachtungsweise, die hier konsequent verfolgt worden ist, sollte nicht ein Klassifikationsbemühen, sondern die konkrete Einzelfallanalyse explorativ im Brennpunkt des Interesses stehen.

Ein weiterer, grundlegender Unterschied zur bisherigen Forschung kann in der Präzision und in der Tiefe verschiedener linguistischer Instrumentalia manifestiert werden. Kurz: Es geht beispielsweise nicht mehr nur um die durchschnittliche Satz- und Wortlänge in der Spontanrede des symptombelasteten Sprechers, um eine nie definierte, aber als fehlend oder fragmentarisch ausgewiesene, syntaktische Komplexität der symptombelasteten Äußerungen und um oberflächliche Untersuchungen zum Wortschatz und zur Wortfindung, sondern um tiefenstrukturelle Errungenschaften der sprachwissenschaftlichen Theorie in der theoretischen und praktischen Konnexion mit dem Stottersyndrom.

Auch werden hier erstmals die Modifikationsleistungen der Stotternden untersucht und deren genauere Funktionalität hinterfragt. Diese können nämlich nicht nur als Vermeidungsstrategien nutzbar gemacht werden, sich der charakteristischen

Symptomatik des Stottersyndroms zu entledigen, wie ich im Folgenden noch explizit aufzeigen möchte.

Die Erweiterung der linguistischen Materie, appliziert auf die Betrachtung des Stottersyndroms, eröffnet neue Sichtweisen und ergänzt auch das Wissen und das Verständnis des heterogenen, multidimensional ausgeprägten Erscheinungsbildes des Stottersyndroms. Die Analyse, die in der bisherigen Forschung offenbar primär in die Breite geht, was bei groß angelegten Untersuchungen von bis zu 500 und mehr untersuchten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kaum verwunderlich ist, sollte bei einer auf die idiografische Sicht konsequent abgestimmten Untersuchung in die Tiefe gehen.

Die in der Abhandlung vorgestellten linguistischen Parameter und solcher, die in der Zukunft noch weiters herangezogen werden können, können dem Therapeuten im Rahmen einer logopädischen oder sprachheiltherapeutischen Sitzung als „Werkzeuge“ in die Hand gegeben werden, um die Fehlleistungen aus linguistischer Sicht zu testen. Die individuelle Sprachtherapie sollte innerhalb der linguistischen Teildomäne darauf abgestimmt werden, ohne die Wichtigkeit der Interdisziplinarität anderer Fachrichtungen zu vergessen.

Es sollte nicht mehr darum gehen, was der Stotterpatient im Vergleich zum symptomfreien Sprecher nicht zu leisten vermag, sondern vielmehr darum, welche Fähigkeiten im Medium der symptombelasteten Sprechsprache gefördert und welche Störfelder im Rahmen einer entsprechenden Therapie modifiziert werden sollten.

Dabei möge die Therapie nur Möglichkeiten zur Selbsthilfe aufzeigen. Der Stotternde muss sein „eigener Therapeut“ bleiben, weil er es ist, der das Gelernte in den Alltag transferieren muss, und weil er letztendlich mit seiner Symptomlastigkeit in einer vorwiegend symptomfreien Welt leben muss.

Der Stotternde ist es bereits gewohnt, einen modifizierenden, reaktiven Eingriff in den eigentlichen Sprechvorgang zu unternehmen, der hyperkorrigierenden Charakter hat. Eine so intensive und über Jahre gewachsene Erfahrung lässt sich nicht ohne weiteres abstreifen, aber funktionell vervollkommen.

Da der Stotterer schon vor dem tatsächlichen Sprecheinsatz die bevorstehende Hemmung bei nicht genügender Stimmvorgabe durch Ankündigung des kinästhetischen Gefühls zu „spüren“ vermag, kann er in die Artikulation und in den

Sprechmuskelapparat zur Lautbildung aktiv eingreifen und verhindert damit den unwillkürlichen Vollzug. Diese eigeninitiierte Zäsur im Sprechablauf kann für den Patienten einerseits eine Ursache für die sich immer wieder neu realisierende Manifestation der funktionellen Störungen im Sprechablauf darstellen. Erinnern wir uns diesbezüglich nochmals an die Erläuterungen von Fiedler/ Standop (²1986), die das Maß der situativen Variabilität des Störungsbildes als Ergebnis der willentlichen Beeinflussung der Sprechmotorik begreifen. Auch ich sehe in der Metamorphose von der Instinktivität zur Willkür im Ankämpfen gegen die „vor-gefühlte“ Störung eine Gefahr, die den Sprechfluss hemmen kann. Außerdem kann sich mit einer konsequenten Anwendung der Ausweichmanöver, der eigeninitiierten Modifikationstechniken und Vermeidungsstrategien sicherlich eine dauerhaft falsche Sprechtechnik einschleifen. Vielleicht war die Stottergenese des ein oder anderen Stotterpatienten tatsächlich ein misslungener Selbsthilfeversuch, der zunächst kognitiv, später in ersten Versuchen der Etablierung von Modifikationstechniken in Eigenregie aus situativen, kleineren sprechsprachlichen Disharmonien kurzfristig heraushalf, dann aber nachhaltig eine Behinderung als chronisch-pathologisches Sprechmuster manifestierte.

Andererseits erkenne ich im Modifizieren „alter Sprachmuster“ eine Chance für den Patienten, im Alltag mit seiner Stottersymptomatik umgehen zu können.

Im Verfahren eines erfolgreichen Auseinandersetzens und Identifizierens mit der eigenen Sprechablaufstörung können meiner Meinung nach die Weichen für einen neuen Selbsthilfeversuch alternativ gestellt werden. Modifikationsleistungen, die programmatisch ein Stattfinden der Symptomatik verhindern wollen und mit Kraftanstrengung als Vermeidungsverhalten Stottern aus dem Wege zu gehen versuchen, sind dem Stotterpatienten zweifelsohne langfristig nicht dienlich. Damit werden Angstkognitionen und die damit verbundenen Muskelverspannungen im Sprechapparat gesteigert, was eine Manifestation der Symptomatik in ihrer Häufigkeit und Schwere eher provozieren als neutralisieren kann. Ich sehe aber u. a. in phonematisch-prosodischen Modifikationsleistungen, die aus einem neuen, „nicht vermeidenden“ Bewusstsein heraus generiert worden sind, eine dichotomische Variante zur erst dargestellten Methodik, also einen legitimen Modus, abnorme Bewegungen und Gewohnheiten im Sprechablauf umgestalten zu können. Das

kann aber realiter nur gelingen, wenn die Angst vor dem Stottern in Folge eines Störungsbewusstseins, das durch die Umwelt determiniert wird, besiegt wird. Das Störungsbewusstsein hingegen, das im Selbsterleben und in der Selbstwahrnehmung empfunden wird und sich nicht im Spiegel der Außensicht begreift, erkenne ich als wichtige Prämisse, die den erfolgreichen Modifikationsleistungen und Kompensationsmechanismen vorangestellt sein muss. Die Angst vor dem Stottern liegt meiner Meinung nach und im Einklang zu den Erläuterungen, die mir meine Probanden zukommen ließen, nur oder zumindest größtenteils in der Angst vor der Bewertung der Sprechablaufstörung durch die Zuhörerschaft und die Gesellschaft begründet. Die Angst lässt die Muskeln nämlich übermäßig anspannen, und die Kontraktion der Sprechmuskeln im Sprechapparat evoziert u. a. die Manifestation von Stottersymptomatik bzw. bildet zumindest einen „fruchtbaren Nährboden“, auf dem die Störung gedeihen kann.

Die Ergebnisse dieser Abhandlung haben aber nicht nur „Werkzeugcharakter“, sondern vermögen auch bereits existierenden, für den ein oder anderen Patienten möglicherweise wirksamen Therapien, die in der einschlägigen Fachwelt nicht anerkannt werden, einen wissenschaftlichen Rahmen zu verleihen und/ oder sie zu aktualisieren. Zu einer solchen Therapieform zähle ich beispielsweise die Hausdörfer'sche Methode (⁴1993).

Die folgende Tabelle möge zur Veranschaulichung dessen drei wesentliche Grundpfeiler der Hausdörfer'schen Therapie mit den linguistischen Erkenntnissen meiner Abhandlung zusammenbringen:

Tabelle (10): „Gegenüberstellung der Hausdörfer’schen Theorie und der linguistischen Sicht in dieser Abhandlung“

Hausdörfer’sche Theorie	Linguistische Sicht
1) „Der Stotterer muss ein Phlegmatiker werden.“ (vgl. ebd.: 82)	Die starke innere Erregung und die Sprechangst verhärten alle an der Sprechhandlung beteiligten Muskeln. Körperspannung und Muskeltonus können nach einer langen Leidensgeschichte nicht mehr rhythmisch arbeiten. Hier muss therapeutisch angesetzt werden: Der Abbau der Sprechangst und die Konzentration auf eine gezielte Wahrnehmung der Muskelaktivitäten (alternierender Wechsel von Anspannung und Loslassen) müssen Zielsetzungen der Therapieform sein.
2) „Fortwährendes Tönen“ ist der Schlüssel zum flüssigen Sprechen.	Die etwas plakativ formulierte `Sonoritätsgleichung’ <i>„Je sonorer das sprachliche Material, desto weniger Störmomente manifestieren sich im Sinne der Stotter-symptomatik“</i> greift hier. Die Betonung der Vokalentitäten, ohne sie „unnatürlich“ zu prolongieren, ist Teil des „tönenden Stimm-einsatzes“. Therapeutisch anzuraten ist hier meiner Meinung nach, eine innere Bereitschaft und eine praktische Konsequenz des Stotterpatienten, sich in den Vokal „hineinfallen“ zu lassen, um so die prä-vokalische, „schwierige“ <i>Onset</i>-Position ohne Störmoment zu überwinden. Da die Akzentuierung in direkter modaler und lokaler Korrelation mit der Blockierung steht, muss der Stimmfaktor mit der Prominenzrelation abgestimmt werden.

3) „Der Stotterer muss Buchstaben und Mundstellungen außer Acht lassen.“	Die Erkenntnis, dass die Lage der Einzellaute in der Mundhöhle ein Stattfinden und dessen quantitative und qualitative Ausprägung determinieren können, mündet in der therapeutischen Konsequenz, dass taktile Wahrnehmung mit einer Konzentration des Stotternden auf feinmotorische Bewegungsabläufe bei der Artikulation wichtig wird. Der Fokus des Stotternden darf nicht auf der negativen Kognition bezüglich einzelner Laute liegen, die er glaubt, nicht aussprechen zu können. Vielmehr muss beim Patienten die Bereitschaft gesteigert werden, einzelne Laute „erfühlen“ zu wollen.
4) Gebundenes Sprechen sollte in Angriff genommen werden.	Die Silbenonsets als potentielle Angriffsorte der Stotter Symptomatik werden durch assimilatorische Kompensation an den <i>Offset</i> gebunden.

Das Programm, das linguistische Parameter betrifft und das der Stotterpatient als „sein eigener Therapeut“ angreifen muss, ist die bewusste Veränderung des abnormen Sprechverhaltens, was in die eigeninitiierte Kontrolle der Blockierungen mündet, deren Schwere und Ausmaß reduziert werden muss.

Meiner Meinung nach muss eine Therapie das Vermögen aufzeigen können, den Stotterpatienten situativ „flüssig“ werden zu lassen. Das kann auch durchaus in dem Modus des „flüssigen Stotterns“ realisiert werden.

Mit der Analyse der Modifikationsleistungen, die noch im „alten Bewusstsein“ als Flucht- und Vermeidungsstrategien generiert worden sind, können „neue Kompensationsmechanismen“ für den einzelnen Patienten im Rahmen der Therapie entwickelt werden. Die bisherigen, eigeninitiierten Lösungsstrategien können den Patienten in die falsche Richtung geführt haben. Dies gilt es zu erkennen und die Weichen neu zu stellen. Dass das sprechsprachliche Verhalten, das man Stottern nennt, modifizierbar ist und dass der Patient schließlich in der Lage ist, diese Veränderungen vorzunehmen, haben die „alten, trickreichen Verfahren und Techni-

ken“ bewiesen. Vielleicht war die eine oder andere Modifikationstechnik aber funktionell richtig auf die besonderen Bedürfnisse des symptombelasteten Sprachbenutzers abgestimmt, was sich aus der genauen linguistischen Analyse seines gestörten Sprechmusters und seiner Modifikationstechniken ergeben hat. Dann müssen nur die entsprechende Einstellung und Haltung im Modifikationsverhalten verändert werden: Die Vermeidung wird ersetzt durch die Reparatur und die Modifikation.

In der folgenden Tabelle sollen die Ergebnisse dieser Abhandlung aus linguistischer Sicht noch einmal zusammengefasst werden und mögliche, entsprechende Schwerpunkte, die in einer therapeutischen Maßnahme fokussiert werden könnten, aufgelistet werden:

Tabelle (11): „Einige Ergebnisse dieser Abhandlung und mögliche Entsprechungen in Bezug auf therapeutische, bekannte Vorschläge und Entwürfe neuer Konzeptionen“

Linguistische Erkenntnisse	Therapiemöglichkeit
Dem vokalisch besetzten Anfangsrand der Silbe ist ein glottaler Verschluss vorgeschaltet.	Öffnen des Verschlusses durch „gähndes Sprechen“, „weichen Stimmeinsatz“, „In-den-Vokal-Gleiten“
Manifestation des Stotterblocks findet ausschließlich auf dem Silbenonset statt.	Übung des „weichen Stimmeinsatzes“, Anlaut- und Vorschalttechnik, Prominenz des Silbennukleus, „Sonorierung“ des Onsets. Modifikation der Onsets.
Linguistische Erkenntnisse:	Therapiemöglichkeit:
Mit wachsendem Sonoritätswert lässt die Manifestation der Symptomlastigkeit tendenziell nach.	Artikulatorische Bearbeitung der Onsets durch den Einsatz individuell abgestimmter, zielgerichteter, therapeutischer Modifikationstechniken; Prominenz des Silbennukleus, „Hineingleiten“ in den Nukleus.
Bevorzugung offener Silben mit gleicher, struktureller „Bauart“ im Kontinuum.	Langsames Sprechen, von Silbe zu Silbe „gleiten“.

Bevorzugung der Polysyllabizität hinsichtlich einer Vermeidung der Stottersymptomatik.	Gestaltung der Redesequenzen in silbische Einheiten, Silbisches, betontes Sprechen.
Ein „guter Silbenkontakt“ verringert tendenziell die Möglichkeit der Manifestation von Symptomatik.	Bearbeitung der Silbenkontakte, „Gebundenes Sprechen“, „weicher Stimmeinsatz“.
Die Akzentverteilung ist relevantes Regulativ für Symptomlastigkeit	Metronomsprechen, Spannungsregulation, Übung des Wechsels zwischen prominenten und nicht-prominenten Entitäten.

Die Erkenntnisse, die in den Analysen der Primärsymptomatik und der eigeninitiierten Modifikationstechniken der einzelnen Probanden gezogen werden konnten, können Wegweiser aus linguistischer Sicht für therapeutisch initiierte Modifikationskataloge für die einzelnen Patienten darstellen, um ihr individuelles, „altes“, stark und häufig symptombelastetes Sprechmuster gezielt und auf die speziellen Bedürfnisse des Einzelfalls abgestimmt, verändern zu können. Die Vorgehensweise kann dabei exemplarisch auch für andere Stotterpatienten gelten. Zu Beginn einer Therapie, deren Zielsetzung in Richtung „Sprachliche Umorganisation und Variation des Sprechmusters“ geht, muss eine genaue Analyse des Status quo des Sprechverhaltens des Patienten stattfinden. Da Sprechen im Allgemeinen und damit auch die symptombelastete Abweichung über die Koordination der am Sprechakt beteiligten Organfunktionen hinausgeht, muss die ichhaft motivierte Ganzheitsreaktion auch im Dialog mit symptomfreien Sprechern als „sprechende Du-Personifikationen“ beobachtet werden, auch um einen Transfer der neu erworbenen Modifikationsleistungen in den Alltag zu gewährleisten.

Im Folgenden möchte ich noch kurz Beispiele für aus der Einzelanalyse gezogenen Erkenntnisse der Probanden Doris, Enrico und Daniela aufstellen. Im therapeutischen Alltag muss die Analyse für den einzelnen Patienten breit gefächert und multidimensional, unter Bezugnahme aller linguistischen Teilkategorien angelegt werden:

Bei Doris wirkte sich beispielsweise die eigeninitiierte, syntaktische Hyperkorrektur mit der Manifestation der Sprechpause gut auf ein „In-Gangkommen“ des Sprechflusses aus. Nach dem Pausensignal konnte Doris insbesondere auch primärprominente Entitäten artikulieren, ohne die Manifestation starker und häufiger Stottersymptomatik erwarten zu müssen.

Für eine therapeutisch initiierte Modifikationsleistung sollte ein Sprechmuster eingeplant werden, das viele Sprechpausen mit anschließenden, prominenten Onsetpositionen vorsieht.

Bei Enrico wirkten sich beispielsweise die Dehnungen und eigeninitiierten Prolongationen günstig auf den Sprechfluss aus. Der Patient zeigt aber eine Vielzahl an Vermeidungsstrategien in Bezug auf die Verwendung von Synonymen für die Wortentitäten, deren Onsets der Erstsilben er umgehen möchte, was in den Hyperkorrekturleistungen der „phonetischen Alliterationen“ deutlich wird. Hier steht eine artikulatorische Bearbeitung der Onsetpositionen an, die Vermeidungsstrategien müssen sukzessive abgebaut werden.

Daniela verwendet zu viele phonetisch motivierte Hyperkorrekturen auf einmal. Der Einschub vom Kontext scheinbar losgelöster Laute bzw. Lautverbindungen und die zahlreichen Schaltungen von „Ähm“ bzw. „Ahm“ müssen kontrolliert werden. Interessant war u. a. die Beobachtung bei Daniela, dass sie die Modifikationsleistung, die für eine Verbesserung ihres Sprechablaufmusters gewinnbringend zu nutzen wäre, falsch anwendet: Die Hyperkorrektur, die Offsetposition an die Onsetposition artikulatorisch zu binden, ist grundsätzlich zweifelsohne förderlich für die Manifestation der häufigen und starken Primärsymptomatik bei Daniela. Die Konnexion von gebundenem Sprechablauf und der immer wieder keh-

renden Reduplikation der Entitäten, die Träger der Offsets vor den entsprechenden Stotterorten oder zu erwartenden Loci für Primärsymptomatik sind, hemmt den Sprechfluss hingegen (vgl. „vom italienischen“). Hier gilt es insbesondere am Stotterort zu verharren, nicht wieder auf die „ungefährliche Offset-Position der Vorgängersilbe“ zurückzukehren und die Onset-Position entsprechend artikulatorisch zu modifizieren.

Die Konnexion zwischen allgemeiner linguistischer Sprachbetrachtung, die vorwiegend mit Daten „gesunden“ Sprechmaterials argumentiert, und der pathologischen Anwendungsdomäne kann also symptombelastete Vorkommnisse im Sprechablauf und in der Wahl der eigeninitiierten Hyperkorrekturen beschreiben, Lösungsansätze eruieren und soll zudem auch ein soziales Integrationsbemühen aufzeigen.

Im Hinblick auf zukünftige Studien, die sich mit **„Stottern, Modifikationstechniken und Therapiemöglichkeiten“** beschäftigen, wäre in Bezug auf eine Analyse des kommunikativen Verhaltens und des interaktiven Bewusstseins des einzelnen Stotterpatienten im Dialog, interessant zu eruieren, bei welchen globalen Typen illokutionärer Akte und Sprechhandlungstypen sich vorwiegend Blockaden im Sinne der symptomatischen Ausprägung des Stottersyndroms manifestieren. Wie wirken sich expressive Sonderbedürfnisse des symptombelasteten Sprechers wie Intensivierung oder Ermäßigung, Iterativität, Insistenz oder Penetranz auf die Manifestation, Stärke und Häufigkeit der individuellen Stottersymptomatik aus? Welche Ergebnisse kann die Adaption der einzelnen, dargestellten linguistischen Parameter und/ oder die Allianz der sprachwissenschaftlichen Größen auf die semantische Domäne der Linguistik generieren? Die Wahl der Synonyme, die der Stotternde ursprünglich als Vermeidungsverhalten genutzt hat, kann auch nach phonematischen und gesprächsanalytischen Gesetzmäßigkeiten untersucht werden, um die Modifikationsleistungen des Stotterers besser verstehen zu können und aus diesem Erfassen Richtlinien für therapeutische Maßnahmen aus linguistischer Sicht zu exzerpieren. Fest steht, so meine ich, dass das Stotterthe-

ma auch in Zukunft ein breites Analyse- und Beschreibungsspektrum für linguistische Betrachtungen aufspannen wird, getreu dem Motto

*„Wir wollen das Individuum – das aus dem
Einen und dem Vielen entsteht und sowohl
das Bestimmte wie das Unbestimmte
von Geburt in sich trägt – nicht eher ins Grenzen-
lose verschwimmen lassen, bevor wir nicht
alle seine Vorstellungsreihen überblickt haben,
die zwischen dem Einen und dem Vielen
vermitteln.“ (Plato)*

5. Anhang

Hier sind Auszüge eines „gesprochene(n) Brief(s)“ von Enrico einzusehen, sowie die Vorlesetexte:

- „Gesprochener Brief an Christine 2“ von Enrico²³⁵:

„Liebe Christine,

(...), dass ich aufgefordert bin, jeden Tag diese beiden Buchstaben zu zu üben und zu trainieren und zwar (2 sec.) das läuft folgendermaßen ab: Ahm ich falle bewusst in ein Pseudostottern, wenn ich ein, wenn ich ein Wort mit einem „G“ oder einem „K“ anfängt und versuche mich durch die „Pullouts“ dann aus diesen (4 sec.) oder aus d ja oder aus (2 sec.) diesen Blockaden herauszuziehen und ich muss sagen, es fun (.) ktioniert eigentlich recht gut (Atmen), und mehr oder weniger dazu da, dass ich (4 sec.) gew-wappnet bin, wenn es wirklich einmal ein richtiger Hänger is und ja und und ahm dann nicht wie ein (2sec.) i ähm Typ vorm abgeschlossenen Tor steh, ja.

Ich muss gestehen, dass mir diese Therapie m eigentlich sehr viel Kraft gibt, ahm zuerst hatte ich ja nicht mehr an Wun-wwu-nder geglaubt, nach diesem rießen Reinfall mit Herrn X²³⁶, obwohl es ja wirklich zwei drei Jjahre funktioniert hat bei mir, aber aber ich bin dir sehr dankbar, dass du mich auf diese Therapieart aufmerksam gemacht hast und (2 sec.) ich konnte das Glück genießen, dass wir auch hier in Wernigerode jemanden haben, der diese Therapieform appliziert und und (4 sec.) zwischen-zeitlich würd ich sagen, dass mir die „Van Riper“-Therapie sehr, sehr viel gibt (...).“

²³⁵ Die in Kapitel 1.2.2 angesprochenen „Assimilationstendenzen der phonetischen Artikulationsorte“ sind im obigen Basistext unterstrichen. Der Text zeigt aber auch syntaktische Modifikationsleistungen, die im Syntaxkapitel angesprochen wurden. Diese sind dann mit Fettdruck markiert. Die Verschiebung von Silbengrenzen sind mit Hilfe von Bindestrichen zwischen den einzelnen Segmenten gekennzeichnet worden. Die unterstrichenen Onset-Positionen zeigen Blockierungen im Sinne der typischen, klonischen Stottersymptomatik.

²³⁶ Der Name des Therapeuten soll in diesem Kontext keine Erwähnung finden.

Vorlesetexte:

- 1) Die beiden Artikel der Apothekenzeitschrift „*Medicom*“ „Höchste Zeit aufzuwachen! – Fünf Tipps für Frühjahrsmüde“ und
- 2) „Fit durch Bewegung“, weiters
- 3) einige Seiten der Seminararbeit: „Heinrich Mann: `Die kleine Stadt´ – Das Bild des Südens“ und schließlich
- 4) „Catherine David“, ein Artikel aus der Kulturzeitschrift *Max*.

Zu 1)

Höchste Zeit

Aufzuwachen!

Fünf Tipps für Frühjahrsmüde

Tipp 1:

Machen Sie es wie Sebastian Kneipp

Kalte Güsse regen den Kreislauf an und machen hellwach. So geht´s: Mit der kalten Brause von den Zehen beginnend, in kreisenden Bewegungen langsam aufwärts zu den Knien wandern (30 Sekunden lang). Erst das rechte, dann das linke Bein.

Tipp 2:

Lieber leichte Kost

Oftmals ist auch extrem eiweißhaltige Nahrung schuld an Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Statt zu deftigen Speisen lieber öfter zu Gemüse und Obst greifen und sich ballaststoff- und vitaminreich ernähren.

Tipp 3:

Spaziergehen statt Kaffee trinken

Auch wenn Ihnen die Augen zufallen: Verzichten Sie auf Wachmacher und Aufputzmittel. Besser (und vor allem auch langfristig wirksamer) als mit Kaffee

oder Schwarztee, können Sie die Müdigkeit mit einem Spaziergang an der frischen Luft bekämpfen.

Tipp 4:

Sauerstoff und Sonne tanken

Bewegung bringt Ihren Stoffwechsel wieder in Gang. Machen Sie ausgedehnte Spaziergänge oder Fahrradtouren an der frischen Luft, bei denen Sie viel Sonne und Sauerstoff tanken. Das hilft Ihnen, die Frühjahrsmüdigkeit zu überwinden und depressive Verstimmungen gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Tipp 5:

Kräuter für den Kreislauf

Wenn Ihnen der kalte Guss zu ungemütlich ist, können Sie auch mit einem Kräutertee Ihren Kreislauf von innen aktivieren. Einfach einen Teelöffel Mistelblätter (sind in der Apotheke erhältlich) in einem Viertelliter kaltem Wasser über Nacht ansetzen. Morgens die Mischung leicht anwärmen und durch ein feines Sieb gießen. Den Tee mit einem Teelöffel Honig süßen und in kleinen Schlucken langsam trinken. Die Wirkstoffe der Mistelblätter beeinflussen Herz und Kreislauf positiv und stimulieren das Immunsystem.

Zu 2)

Fit durch Bewegung

Möchten Sie mehr Bewegung in Ihr Leben bringen? Dann versuchen Sie es doch einmal mit Schwimmen. Die Bewegung im Wasser ist eine empfehlenswerte Sportart für Einsteiger, die gerne etwas mehr für Ihr körperliches Wohlbefinden tun möchten.

Kaum eine andere Sportart bietet so viele Vorteile wie das Schwimmen. Und ist gleichzeitig so entspannend. Denn die Bewegung im Wasser trainiert nicht nur alle große Muskelgruppen (Oberarme, Rumpf und Beine), sondern entlastet unseren Körper im selben Moment. Wer regelmäßig einige Bahnen im Schwimmbad zurücklegt, sichert sich viele Pluspunkte fürs körperliche Wohlbefinden. Bereits beim Eintauchen ins kalte Nass sichern Sie den ersten Pluspunkt: Sie schonen Ihr Herz. Denn im Wasser wird die Haut weniger durchblutet, und das führt zu einer im Vergleich zu anderen Sportarten relativ niedrigen Pulsfrequenz. Der Wasserwiderstand fordert automatisch die ganze Muskulatur, was ideal für Kraftzuwachs und mehr Gelenkigkeit ist. Dadurch, dass wir im Wasser unser eigenes Gewicht nicht tragen müssen, wird der gesamte Stützapparat entlastet. Wirbelsäule, Sehnen, Bänder und Gelenke werden so geschont. Das konzentrierte Ein- und Ausatmen sorgt zudem für einen bewussten, regelmäßigen Atemrhythmus, der sich positiv auf das Lungenvolumen auswirkt. Wer regelmäßig schwimmt, vergrößert sein Lungenvolumen und nimmt mehr Sauerstoff auf. Und wenn Sie schließlich aus dem Becken steigen, gibt es einen Abschiedsbonus: Der Temperaturunterschied zum Wasser und die Massagewirkung der Bewegung regen jetzt Ihre Durchblutung an. Welche Sportart könnte Sie auf angenehmere Weise fit halten?

Trainings-Empfehlung:

2-mal trocken, 1-mal nass

Wer sportlich aktiv sein möchte, fragt sich zu Beginn oft, welche Sportart und welches Trainingspensum wohl richtig sind. Hier eine Empfehlung von Sporttherapeuten: Das ideale Trainingspensum besteht aus 3 sportlichen Aktivitäten

pro Woche, zwei „trockenen“ (z.B. *Walking*) und einer „nassen“ (Schwimmen). Für die Wahl der Sportarten gilt folgendes: Verzichten Sie, gerade als Anfänger, auf Stop-and-go-Sportarten (Tennis, Squash). Denn die schnellen, abrupten Bewegungen dieser Ballsportarten belasten Gelenke und Bänder sehr. Die gleiche gilt für Joggen. *Walking* (zügiges Gehen), Radfahren und Schwimmen hingegen sind empfehlenswerte Sportarten. Sie kurbeln den Fettstoffwechsel an, stärken Herz und Kreislauf, lassen Pfunde purzeln und Muskel allmählich anwachsen.

Zu 3)

Seite 1 des Fließtextes:

Das Eintreffen einer Künstlergruppe und die Aufführung des Theaterstücks „Die arme Tonia“ bewegen die Bürger einer „kleinen (italienischen) Stadt“:

Dieses künstlerische und gesellschaftliche Ereignis weckt den Geist der Bevölkerung, setzt bisher unterdrückte oder noch unbekannte Gefühle und Triebe frei und verändert das soziale Bewusstsein.

Unmittelbar nachdem der Vorhang gefallen und die Beifallsrufe verstummt sind, herrscht eine geeinte gehobene Stimmung beim Publikum vor. Aber der Kampf zwischen der Fortschrittspartei und ihrer konservativ-klerikalen Opposition, Intrigen, Zügellosigkeit und Anarchie brechen unmittelbar in die Welt der Harmonie und des schönen Scheins ein und holen die Bürger schon wenig später in die reale Welt zurück.

Ein gemeinsames Streben nach Freiheit, sozialer Gleichheit und gesellschaftlichem Fortschritt beginnt.

Der durch den Kunstgenuss ausgelöste Denk- und Wahrnehmungsprozess beim Volk endet auf Umwegen mit der Erlangung der angestrebten Ideale und mit der Rückkehr der Stadt zu bürgerlicher Eintracht, denn am Ende weiß der Advokat *Belotti* zu sagen: „Wir haben uns begeistert, wir haben gekämpft, und wir sind ein Stück vorwärts gekommen in der Schule der Menschlichkeit!“ (S.421)

Im Roman „Die kleine Stadt“ ist das als Oper konzipierte Bühnenwerk „Die kleine arme Tonia“ eingelagert. Die dargestellte Kunst setzt einen Demokratisierungs-

prozess beim Volk in Gang und vollzieht einen Prozess der ästhetischen Erziehung, die die Bürger auf ihre Weise politisch aktiv werden lässt.

1. Das Kunstverständnis im Norden und im Süden

Die Opernaufführung in der „kleinen Stadt“ entspricht einem breiten gesellschaftlichen Ereignis, fast die gesamte Bürgerschaft nimmt teil. Obwohl die sozialen Schichten streng voneinander getrennt sind (denn die Logenplätze sind ausschließlich

Seite 2 des Fließtextes:

der „Herrenkaste“ vorbehalten, während die Ränge von Handwerkern und Kleinbürgern, das Parkett von Knechten, Mägden und edlen Dirnen eingenommen werden), schlägt die Kommunikation quer durch den ganzen Zuschauerraum eine Brücke zwischen ihnen. Trotzdem wird die erstarrte Einteilung in gesellschaftliche Klassen zunehmend bedrohlich für die „untere Kaste“ und die Mittelschicht der „kleinen Stadt“: Dies äußert sich erstmals im Streit um einen Logenplatz. Im wilhelminischen Deutschland hingegen nähme ausschließlich die Oberschicht, das Bildungs- und Besitzbürgertum, an solch einem Kunstspektakel teil.

Die intensive Einfühlung der Zuschauer der „kleinen Stadt“ in die dargebrachte Spielsphäre ist durch Kommentare, Zurufe an die Schauspieler und Gefühlsbrüche gekennzeichnet und zeugt von der temperamentvollen, südlichen Mentalität des Publikums. Teilweise identifizieren sich die Zuschauer mit den vorgeführten Handlungen der Charaktere und erleben während der Vorstellung beglückende, gefühlssteigernde Momente.

Die ständige Kommunikation und der Mitteilungsdrang unter den Zuschauern dienen der gemeinsamen Bewältigung der Spielwelt; sie sorgen für besseres Verständnis dessen, was das Theaterstück vermitteln will.

„(...) in Deutschland (hingegen sind) all die Einzelpersönlichkeiten, die sämtlich etwas bedeuten wollen, alle untereinander Feind sind. In deutschen Theatern arbeiten

die Gehirne angestrengt, jedes will alleine sein, für keinen soll das andere mitarbeiten. Was herauskommt ist in allen Fällen etwas Halbes, etwas Angelerntes, Missverständenes.“ schreibt Mann einer Notiz und stellt damit die Wesensunterschiede eines deutschen und eines italienischen Publikums heraus.

Nah der Vorstellung wächst das durch die sozialkritische Tendenz der Oper geweckte Bewusstsein der Bürger „der (italienischen) Kleinstadt“ für soziale Ungerechtigkeit.

Im dritten Kapitel, in welchem das als Oper konzipierte Bühnenwerk „Die arme *Tonietta*“ durch die Umschreibung der Zuschauerreaktionen episch dargestellt wird, sind die Scheinwelt der Kunst und die Seinwelt des realen Lebens am engsten miteinander verflochten.

Während das italienische Publikum Kunst und Leben zusammenzuschließen vermag, trennt die wilhelminische Gesellschaft, so Heinrich Mann, beide Aspekte voneinander (2).

2. Kunst und Leben – das große literarische Thema der Jahrhundertwende

Das Leben der „kleinen Stadt“ findet hauptsächlich auf der Piazza, dem öffentlichen Platz und Stadtkern, statt: Hier trifft man sich im Café „Zum Fortschritt“, diskutiert, trägt Streitigkeiten aus und prügelt sich schließlich sogar in einem „Beinahe-Bürgerkrieg“. Am Ende der Geschichte der „kleinen Stadt“ sterben auf der Piazza, der „Theaterbühne“, die beiden Liebenden *Alba* und *Nello* einen

Seite 3 des Fließtextes:

tragischen Tod: „ Von den beiden dort am Rande des stillen, grellen Platzes zog sich, Strich um Strich, der Schatten (der Theaterwelt) zurück“ (S. 430), der Uralte „dienerte ringsum, vor einer unsichtbaren Gesellschaft“ (S. 430) und selbst die Unsichtbare klappt am Ende der „Vorstellung“ den Fensterladen ihres „Logenplatzes“ zu.

Es scheint, als werde in diesem tragischen Augenblick die Welt des schönen Scheins von der bitteren Realität verdrängt. Die Integration von Kunst und Leben, als Motiv im Roman realisiert wird in dieser Schlussszene direkt fassbar: Das Leben als

vergängliche Komödie im *Schoppenbauer*'schen Sinn erscheint als ebenso begrenzt wie die Gegenwart der Theatergruppe in der italienischen Kleinstadt.

Im Roman bricht das künstlerische Ereignis die Verkrustungen des Alltags auf, fördert die geistige Wachheit der Bevölkerung und vermittelt ihr neue Überzeugungen, weil alte Ordnungen plötzlich fragwürdig erscheinen:

Die Geburt einer fortschrittlichen, demokratischen Stadt ist dargestellt als Folge des Auftritts einer Künstlergruppe.

Mit der „kleinen Stadt“ gelang es Mann somit, die Synthese von Kunst und Leben, das sich hier im politischen Interesse des Volkes äußert, episch darzustellen. In einem Brief legte er sein Interesse an dem Zusammenwirken von Kunst und Politik dar: „Die enge welt- und bewegungsfeindliche Heimatkunst (gemeint ist: die Kunst, die die wilhelminische Gesellschaft produziert und rezipiert) scheint mir, ganz so wie ihr Gegensatz, der Ästhetizismus, ein Ergebnis politischer Gleichgültigkeit. Ich glaube in diesem demokratischen Zeitalter nur Jemand, dem am endgültigen Sieg der Demokratie gelegen ist, wirkliche Schönheit hervorbringen kann. Jedenfalls ist der geistige Radikalismus meiner Bücher untrennbar von dem politischen, den mein nächster Roman gestalten soll.“ (3) Voraussetzung für eine aktivierende Wirkung des Kunstwerks ist allerdings der Rezipient sich den künstlerischen Illusionscharakter vergegenwärtigen kann, ohne auf das Gelernte im realen Lebensverzicht zu müssen. Bei der Figur des *Nello* hingegen tritt eine Vermischung von Kunst und Leben ein: *Nello* ist sowohl Handlungsträger der Bühnen- als auch der Romanebene. Er gerät mit sich selbst in Konflikt, als er sich vor die Entscheidung gestellt sieht, bei *Alba* zu bleiben oder der „kleinen Stadt“ Lebewohl zu sagen. Dann steht für *Nello* fest: „Ich taue nur zu den Dolchstößen, bei denen man singt.“ (S. 311). Jedoch auch der Entschluss, sein Leben ausschließlich auf die Kunst auszurichten, ist *Nello* unbehaglich und er überzeugt sich manchmal zweifelnd, ob „der Himmel (noch) weit und blau war“ (S. 311). Sein fehlendes Vermögen, die Grenze zwischen Realität und Rolle auszumachen, lässt ihn schließlich scheitern.

Auch in der Figur der Künstlerin *Flora* lässt sich das Beziehungsgefüge zwischen Kunst und Leben sichtbar machen: „Eine bewusste Trennung dieser Bereiche (ist) unabdingbare Voraussetzung ihres ehrgeizigen Künstlerdaseins“ (4). Die Kunst dient nur *Floras* Wunsch im irrealen Theaterspiel über die Masse zu herrschen, die nur eine wesenlose Kulisse für ihr Erfolgsgefühl darstellt. Der Kontrast zwischen ihrer

Bühnenrolle in der „Armen *Tonietta*“ und ihrem tatsächlichen Wesen ist drastisch: Während sie im Leben voll Hass und Kälte ihren Mitmenschen gegenüber tritt, zeigt *Flora* auf der Bühne Sentimentalität, Güte und Menschlichkeit. Ihr Ehrgeiz, Voll- (...).

Seite 8 des Fließtextes:

Daher kann der Demokratisierungsprozess erst auf Umwegen der Anarchie und eines „Beinahe-Bürgerkrieges“ durchlaufen werden. Mann stellt aber auch einige exponierte Persönlichkeiten neben das Volk: den Politiker und Vorreiter des Fortschritts Belotti, Don *Taddeo*, Vertreter der klerikalen Opposition, den Kapellmeister *Dorlenghi* und den blinden Literaten Ortensi, die beiden Vertreter der Künste.

Nachdem der Advokat einen individuellen demokratischen Lernprozess durchlaufen hat, ist er wieder beim Volk geachtet. Sein nicht immer redliches Verfahren (Korruption, Protektionswirtschaft, falsche Bezichtigungen) hat ihn aber auch Volksverachtung spüren lassen, denn die südliche Mentalität der Bürger lässt deren Stimmungen rasch von einem Extrem in das andere umschlagen.

Heinrich Mann billigt „der Volksmasse im Süden größeren Wert zu als ihrem deutschen Äquivalent“ zu, aber schätzt „jeden einzelnen Deutschen höher ein als jeden einzelnen Italiener“. (17)

Im Roman zeichnet sich deutlich heraus, dass die Mitgliedschaft in einer Gruppe für die Bürger der „kleinen (italienischen) Stadt“ keinen Verlust des Selbst bedeutet, was auch im folgenden Beispiel klar wird: „Als mein Mann in *Cesena* erschossen werden sollte, (...)“, erzählte die alte Frau *Mandolini*, „(...) nahm ein Gerber (...) die Stelle des Verurteilten ein (...). *Mario* aber entkam. Jenes Volk liebte ihn, weil er es geliebt hatte.“ (S.156).

Das Volk der „kleinen Stadt“ hat Kleinbürgermentalität: Jeder kennt jeden, Gerüchte werden verbreitet, und man klatscht. Dennoch zeigt es sich nicht „animalisch“ wie die wilhelminische Gesellschaft „im Schlaraffenland“, sondern im Großen und Ganzen „gutartig und menschlich.“

Oft steigert sich das Kleinbürgerliche ins Lächerliche, weil ein Volk, das sich fremder Schönheit und Größe (=Kunst) hingibt, Missverständnissen unterliegt (vgl. S. 436, Nachwort). „Bei seiner Anstrengung neue Ideen festzuhalten“ (S. 436, Nachwort) und alte Ordnungen zu hinterfragen, wird das Volk der „kleinen Stadt“ erfinderisch: Brandstiftung, Verleumdung, Prügeleien auf der Piazza sind die Folge; das neu erworbene Gedankengut bleibt aber trotzdem im Volksgehirn präsent. Das Volk der „kleinen Stadt“ stellt zweifelsohne einen utopischen Gegenentwurf zur wilhelminischen Gesellschaft dar, vielleicht sogar zu einer „kleinen Stadt“ im Norden, in der Heinrich Mann aufgewachsen ist.

Er Priester *Don Taddeo*, ein aufrechter Kirchenmann, der strenge Zucht und Ordnung favorisiert und in seiner Gemeinde aufrechterhalten will, ist sicherlich die mit dem tiefsten Konflikt ausgestattete Figur des Romans: *Don Taddeos* Übergreifer, in seine „kleine Stadt“ wieder Sitte und Anstand einkehren zu lassen, lässt sich scheinbar zunächst mit seinem „Menschsein“ nicht vereinbaren; so pfeift er als Gegner der Theateraufführung deren Lieder (S. 271), als streng katholischer Priester, der in Armut und Keuschheit leben soll, genießt er Mahlzeit und Leben (S. 313), verspürt sexuelle Lust (S. 314/315).

Nach einer ersten, überheblichen Konsequenz, die der Priester aus seiner Selbsterkennung zieht, („...die Stadt muss brennen!“, S. 316), gesteht er seine Tat und siegt damit über sich selbst. Der Verfechter konservativer Auffassungen handelt damit im Mann'schen Sinne fortschrittlich. Nach Mann wird der historische Fortschritt

Seite 9 des Fließtextes:

von der Initiative humanistischer Intellektueller bestimmt: (18). Obwohl *Don Taddeo* eine Idealfigur darzustellen scheint und die „kleine Stadt“ ein Idealvolk, wirken sie echt und in Wirklichkeit ersetzbar.

Zu V.:

„Die kleine Stadt“ stellt eine Absage an den Persönlichkeitskult dar: Zunächst scheitert der Advokat an seiner absolutistischen Gesinnung („Ich bin das Volk“), dann sterben *Alba* und *Nello*, die beiden Liebenden, einen einsamen Tod.

Nicht umsonst legt der uralte *Bràbrà* „den Finger an die Lippen“ und „lächelt schelmisch“ (S. 430), als er die beiden „umarmt am Boden“ (S. 430) in der menschenleeren Stadt liegen sieht. Es scheint, als möchte er seinen Gesten andeuten, dass jeder Versuch, etwas im Alleingang zu tätigen, misslingen muss, und strenger Individualismus zwangsläufig zum tödlichen Ende führt.

Auch ist hier Rousseaus Prinzip über individuelle Machtentfaltung realisiert. Nach seiner Auffassung geht das Einzelindividuum nach seiner Beitragsleistung zum allgemeinen Fortschritt ins Nichts ein. Kommt es vom „rechten Weg“ ab und stellt seine Einzelinteressen vor das Gesamtinteresse, scheitert es – wie *Belotti*.

Der Roman attackiert aber nicht zuletzt auch gegen die „enge, welt- und bewegungsfeindliche Heimatkunst“ (gemeint ist: die Kunst, die die wilhelminische Gesellschaft in Deutschland produziert und rezipiert; S. 459, Materialien) und gegen den Ästhetizismus. Dem Kunstverständnis der Deutschen stellt Mann das der „kleinen Stadt“ gegenüber. Die Bürger der italienischen Kleinstadt sehen sich zwar unvermittelt mit etwas völlig Fremden, Irrealen und Bewegungen konfrontiert, lassen sich aber durch die Kunst berauschen. Ihr südliches Temperament zwingt sie zu Gefühlsausbrüchen, ihr natürliches Kunstverständnis wälzt ihr soziales Bewusstsein um und lässt sie erstarrte, alte Ordnungen in Frage stellen. Die Bevölkerung der kleinen(n) Stadt“ wird schließlich ein „Volk der Herren.“ (19)

Rousseaus demokratisches Modell kann in der italienischen Kleinstadt mit ihrer rund Hundert-Seelengemeinde realisiert werden, fortschrittliche und althergebrachte Ideen vereinigen sich anstatt sich gegenseitig auszulöschen.

Mann gelingt es mit Hilfe der doppelten Optik seines Romans zu veranschaulichen, dass Kunst und Leben zusammengehören – so wie das komödiantische Panorama und der ernsthafte Denkprozess in der „kleinen Stadt“.

Und mögen *Belotti* und die Bürger der „kleinen Stadt“ noch so kleinbürgerlich und lächerlich erscheinen, sie handeln doch vor-bildlich und fungieren als Idealbeset-

zung“ im Volkserziehungsprozess der „kleinen Stadt“. Es scheint, als vermag das mediter-

Seite 10 des Fließtextes:

rane Klima des Südens nicht nur die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich ein Volk auf der Piazza versammeln und somit geschlossene Selbstverwaltung betreiben kann. Vielmehr erscheinen Geist und die Mentalität der Menschen offener für neue Ideen, spontaner, temperamentvoller und witziger und nicht zuletzt aufnahmebereit für Kunst und Leben.

Zu 4)

Catherine David

Kassel, 28. September. Die *documenta*

Schließt mit einem Besucherrekord.

Chefin Catherine David, 43, triumphiert über Deutschlands Kunstkritiker. Die schmallen und Schweigen. MAX lässt Catherine David selbst sprechen – in einer Zitaten-Collage.

Von Klaus Thomae

Man hat mir ganz liebenswürdig das in die Hand gedrückt, was wir in Frankreich eine heiße Kartoffel nennen.

Die *documenta* ist zugleich eine große Maschine und eine leere Schale. Man muss hier alles machen, es gibt nichts was bereits existieren würde. Diese Stadt hat keine Eigenart und keine intellektuelle Tradition.

Ich erwarte Disziplin. Wir befinden uns in einer Zeit, wo man global denken muss – das ist sehr komplex. Man muss Perspektiven finden: von Texten, von Diskursen. Wichtig ist, dass große Veranstaltung etwas anderes sein kam als Disney World, eine Talk-Show oder ein Krimi, und zwar ein Raum der Erfahrung, der Konfrontation, der Qualität.

Ich sehe den Künstler mehr als „*acteur culturel*“, das können auch Architekten, Wissenschaftler, Filmmacher oder Musiker sein, die die brennenden ethischen und ästhetischen Fragen am Ende des Jahrtausends debattieren. Ich lehne kategorisch das besinnliche „Kunst = schön“ ab. Ich suche, ihren neuen Ort zu bestimmen.

Ich glaube nicht, dass es noch eine Art „reine Wirkung“ des Kunstwerks geben kann. Ich verweigere mich geradezu irrationalen oder subjektiven Geschmacksurteilen. Ich finde sie sogar reaktionär. Es gibt keinen zeitgenössischen Stil, nur Haltungen und Befindlichkeiten. Glücklicherweise! Das Ästhetische ist für mich der letzte Raum der Freiheit. Ich glaube nicht, dass Kultur ausschließlich amüsieren soll. Künstler wollen nicht unterhalten, sondern in erster Linie etwas sichtbar machen. „Kunst *light*“ interessiert mich ebenso wenig wie *Cola light*. Ich bin mehr für das Original.

Es gibt Tage, wo es mir auf die Nerven geht. Es ist entwürdigend, geradezu schmierig. Mich interessieren nur echte Auseinandersetzungen um Positionen. Die Medien regen sich oft über Dinge auf, die ich gar nicht gesagt habe. Das ist ein Effekt, der unvermeidbar ist. Ich bin doch nicht dazu da, dass mich die Leute lieben. Die Anzahl der Missverständnisse und falschen Erwartungen steigt proportional mit der Größe des Ausstellungsraumes. Eine *documenta* ohne Polemik wäre keine *documenta* mehr. Besser man verursacht Neid als Mitleid!

Mir ist gleichgültig, dass man mich als postexistentialistische Intellektuelle verschreit. Konsens ist nicht das Wort, das in der Kultur am häufigsten in den Mund genommen werden sollte. Ich mag die Einsamkeit in mitten vieler Menschen; manchmal muss ich mich zurückziehen. Ich habe große Angst vor Menschen, die nicht allein sein können.

Ich habe nie geglaubt, dass man eingeschlossen in einer Seifenblase glücklich sein kann. Liebe funktioniert nicht im Rückzug aus der Gesellschaft. Heimat hat für mich keine Bedeutung – zumindest immer weniger. Reisen bringen mich nicht aus dem Gleichgewicht, weil ich mein Haus im Kopf habe.

Mein Ziel ist es, dass die Leute mit Fragen heimgehen und nicht nur mit der Befriedigung, dass sie sechs Stunden lang inmitten von Kunstwerken herumgelaufen sind. Wir haben bewiesen, dass ein dezidiertes, inhaltliches Konzept und eine ernsthafte Auseinandersetzung mit aktuellen künstlerischen Positionen nicht im Widerspruch zu einem Großereignis wie der *documenta* stehen müssen.

Wenn ich noch einmal von vorn anfangen könnte: Ich würde noch viel radikaler sein!

6. Verzeichnis der verwendeten und zitierten Literatur

Adams, M. R. (1987). „Voice onsets and segment durations of normal speakers and beginning stutterers.“ in: Journal of Fluency Disorders 12, 133-139.

Adams, M. R. (1990). „The demands and capacities modell: I. Theoretical elaborations.“ in: Journal of Fluency Disorders 15, 135-141.

Altmann, H. (1981). „Formen der `Herausstellung´ im Deutschen. Rechtsversetzung, Linksversetzung, Freies Thema und verwandte Konstruktionen.“, Tübingen.

Andrews, G. (1983) et alteri. „Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982.“ in: Journal of Speech and Hearing Disorders 48, 226-246.

Aschenbrenner, A. (1983). „Sprachheilpädagogische Technologie.“ in: Aschenbrenner, A./ Rieder, (Hrsg.) Sprachheilpädagogische Praxis. Wien, Frankfurt, Aarau, 185-192.

Auer, Peter /Uhmann, Susanne (1988) „Silben- und akzentzählende Sprachen: Literaturüberblick und Diskussion.“ in: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 7, Heft 1, 214-259.

Bartsch, R./ Vennemann, T. (1982) „Grundzüge der Sprechtheorie. Eine linguistische Einführung.“. Tübingen: Niemeyer.

Baumgartner, S. und Füssenich, J. (1992). „Sprachtherapie mit Kindern.“ München/ Basel.

Behagel, O. (1932). „Deutsche Syntax.“, Band 1-4, Heidelberg.

Becker, T. (1998). „Das Vokalsystem der deutschen Standardsprache.“ in: Ehlich, K. (Hrsg.). Arbeiten zur Sprachanalyse 32, Frankfurt/ Berlin/ Bern/ New York/ Paris/ Wien: Lang.

Becker, K.-P./ Sovak, M. (²1975). „Lehrbuch der Logopädie.“, Berlin.

Berg (1992). „Umrisse einer psycholinguistischen Theorie der Silbe.“ in: Eisenberg, P./ Ramers, K. H./ Vater, H. (Hrsg.) „Die Silbenphonologie des Deutschen.“

Berry, M. (1938). „The developmental history of stuttering children.“ in: Journal of Pediatrics 12, 209-217.

Blood, G./ Seider, R. (1981). „The concomitant problems of young stutterers.“ in: JSHD „Journal of Speech and Hearing Disorders“ 46, 31-33.

Bloodstein, O. (1974). „The rules of early stuttering.“ in: JSHD 39, 379-394.

Bloodstein, O. (1975). „A handbook of stuttering.“, National Easter Seal Society, Chicago.

Bloodstein, O. (1980). „The nature of early stuttering.“ In: Stournaras, G. (Hrsg.). „Stotterdam. '79.“ Rotterdam: Erasmus, University Rotterdam, 1-15

Bloodstein, O./ Grossman, M. (1981). „Early stutterings: Some aspects of their form and distribution“ in: Journal of Speech and Hearing Research, 20, 148-155.

Bloodstein, O. (⁵1995). „A handbook of stuttering“, London: Chapman & Hall.

Braun, O. (1997). „Der pädagogisch-therapeutische Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Eine historisch-systematische Studie.“, Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess.

Busler, C. (1996). „Über elliptische Konstruktionen im gesprochenen Deutsch.“ Unveröffentlichte Magisterarbeit an der Universität München, Fakultät für Sprach- und Literaturwissenschaft.

Busler, C. und Schlobinski, P. (1997). „`Was er [schon] [...] konstruieren kann – das sieht er [oft auch] als Ellipse an.` Über `Ellipsen`, syntaktische Formate und Wissensstrukturen.“ in: Schlobinski, P. (Hrsg.). Syntax des gesprochenen Deutsch., Opladen: Westdeutscher Verlag, 93-115.

Busler, C. (1999). „Wenn der Fluss nicht fließt.“, unveröffentlichte Zeilen, München.

Bußmann, H. (²1990). „Lexikon der Sprachwissenschaft“, Stuttgart: Kröner

Chomsky, N. (1970). „Sprache und Geist.“, Frankfurt.

Chomsky, N. / Halle, M. (1968). „The Sound Pattern of English“, London.

Demosthenes (384-322 v. Chr.) in: Braun, O. (1997:13). „Der pädagogisch-therapeutische Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Eine historisch-systematische Studie.“, Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verlag Spiess.

Dieffenbach, J. F. (1841). „Die Heilung des Stotterns durch eine neue chirurgische Operation.“ Berlin.

Duden – Die Grammatik der deutschen Gegenwartssprache (⁴1984). Mannheim: Bibliographisches Institut.

Durand, M. (1946). „Voyelles longues et voyelles brèves. Essai sur la nature de la quantité vocalique.“, Paris.

Eisenberg, P. (1991). „Syllabische Struktur und Wortakzent. Prinzipien der Prosodik deutscher Wörter.“ in: Ramers, K. H./ Wiese, R. (Hrsg.) Prosodische Phonologie, Zeitschrift für Sprachwissenschaft 10/1.

Eisenberg, P. (1991). „Syllabische Struktur und Wortakzent: Prinzipien der Prosodik“ in: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 10: 37-64.

Engel, U. (1988). Deutsche Grammatik. Heidelberg: Groos.

Fernau-Horn, H. (²1973) „Die Sprechneurosen“. Stuttgart.

Fiedler, P./ Standop, R. (²1986) „Stottern. Ätiologie – Diagnose – Behandlung.“, München/ Weinheim.

Fiedler, P./ Standop, R. (1978). „Stottern. Wege zu einer integrativen Theorie und Behandlung.“, München.

Freud, S. (1940). „Gesammelte Werke“, Band 13, London: Imago.

Freud, S. (1943). „Über `wilde´ Psychoanalyse (1910)“ in: Gesammelte Werke“, Band 8, London: Imago.

Freud, S. (1992). „Hemmung, Symptom und Angst.“, Frankfurt am Main: Fischer.

Froeschels, E. (1948). „Speech and Voice Correction.“, New York.

Giegerich, H. (1985). Metrical phonology and phonological structure: German and English. Cambridge: Cambridge University Press.

Goldsmith, J. A. (1990). „Autosegmental and metrical phonology.“, Oxford: Basil Blackwell.

Grice, P. (1975). „Logic and conversation.“ in: Cole & Morgan (Hrsg.), 41-58.

Grohnfeldt, M.(1982). „Störungen der Sprachentwicklung.“, Berlin: Marhold.

Grohnfeldt, M. (1992). „Redeflussstörungen – mehr Fragen als Antworten? Zur Vielfalt des Erscheinungsbildes, vermuteten Bedingungsgefüges und therapeutischen Ansatzes.“ in: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). Störungen der Redefähigkeit, Handbuch der Sprachtherapie, Band 5, Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess, 3-18.

Gutzmann, A.(1924). „Sprachheilkunde.“, Berlin.

Gutzmann, A. und H. (1891) „Zu unserer Methode der Stotterheilung.“ Medizinisch-pädagogische Monatsschrift 1, 361-367.

Hartlieb, K. (1969). „Praktikum der Stimm- und Sprachheilkunde aus biokybernetischer Sicht.“ München.

Hausdörfer, O. (⁴1993). „Durch Nacht zum Licht“ (Erstausgabe: 1905), Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe.

Hayes, B. P. (1984). „The phonology of rhythm in English.“, in: Linguistic Inquiry 15, 33-74.

Heidemann-Tagmann, B./ Motsch, H. J. (1984). „Stottern im Kindes- und Erwachsenenalter.“ in: Bauer, H./ Pascher, M. (Hrsg.). Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen.“, Stuttgart; New York, 239-279.

Henne, H./ Rehbock, H. (²1982). „Einführung in die Gesprächsanalyse.“, Berlin; New York: de Gruyter/ Sammlung Göschen; 2212.

Hinteregger, F./ Meixner, F. (1988). „Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten.“, Wien.

Hofmann, A. (1840). „Theoretisch-praktische Anweisung zur Radikalheilung Stotternder.“, Berlin.

Jacobson, E. (1938). „Progressive relaxation.“, Chicago.

Jakobson, R. (1941). „Kindersprache, Aphasie und allgemeine Lautgesetze.“ Uppsala: Almqvist & Wiksell. 's-Gravenhage 1962: Mouton. Frankfurt 1969: Suhrkamp.

Jäncke, L. (1993). „Stottern, eine psychologische oder physiologische Störung?“ in: Deutscher Bundesverband für Logopädie/ Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. (Hrsg.): Stottern. Tagungsbericht Münster. Ulm, 43-58.

Jäncke, L. (1989). „Stimmeinsatz und Phonationsdauer bei stotternden und nichtstotternden Personen.“ in: Stimme - Sprache – Gehör 13, 101-106.

Jastrebowa, A. W. (1986). „Korrektion des Stotterns.“ in: Die Sonderschule 31, 2. Beiheft, 1-48.

Johannsen, H. W./ Schulze, H. (1986). „Stottern bei Kindern im Vorschulalter.“, Ulm.

Johannsen, H. W./ Schulze, H. (Hrsg.) (1993). „Praxis der Beratung und Therapie bei kindlichem Stottern.“, Werkstattbericht. Phoniatriische Ambulanz der Universität Ulm.

Johannsen, H. W./ Schulze, H. (Forschungsbericht Nr. 58, 1996)

Johnson, W. (1959). „The onset of stuttering.“, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Keller, R. (1990). „Sprachwandel. Von der unsichtbaren Hand in der Sprache.“, Tübingen (UTB 1567)

Keller, R. (1982). „Zur Theorie des sprachlichen Wandels.“ In: ZGL (Zeitschrift für Germanistische Linguistik) 10, S. 1-27.

Köpp, G. (³1998). „Leben mit Stimme. Stimme mit Leben. Die Atem- und Stimmkunst der Clara Schläffhorst und Hedwig Andersen; mit praktischem Übungsteil“, Kassel: Bärenreiter.

Kofler, L. (²1912). „Richtig Atmen. Atemgymnastik für Gesunde, Schwache, Kranke nebst besonderen Übungen für Lungenkranke.“ aus dem Englischen übersetzt von Andersen, H., Leipzig.

Krauß, H. (1984). „Atemtherapie.“, Stuttgart.

Lenneberg, E. H. (²1986). „Biologische Grundlagen der Sprache.“, Frankfurt.

Liebmann, A. (1898). „Vorlesungen über Sprachstörungen.“, Berlin.

Maas, U. (²1994). „Abriss einer funktionalen Phonetik (Phonologie) des Deutschen.“, Osnabrück.

Mc Knight, R. C./ Gullinan, W. L. (1987). „Subgroups of stuttering children. Speech and voice reaction times, segmental durations, and naming latencies.“ in: Journal of Fluency Disorders 12, 217-233.

Mercurialis, H. (1584). „De puerorum morbis.“, Frankfurt.

Motsch, H. J. (1981). „Theorie des Stotterns am Ende?“ in: Die Sprachheilarbeit 26, 282-288.

Motsch, H. J. (1992). „Die idiografische Betrachtungsweise – Metatheorie des Stotterns.“, in: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). Störungen der Redefähigkeit, Handbuch der Sprachtherapie, Band 5., Berlin: Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess, 21-42.

Motsch, H. J. (⁴1994). in: Wirth, G. „Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen.“, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Murray, R. W. (1982). „Consonant developments in Pàli.“ in: Folia Linguistica Historica 3, 163-184.

Nadoleczny, M. (1926). „Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.“, Leipzig.

Plutarch (46-125 n. Chr.) in: „Große Griechen und Römer“

Rehbein, J. (1979). „Sprechhandlungsaugmente. Zur Organisation der Hörersteuerung.“ in: Weydt, H. (Hrsg.), 58-74.

Reis, M. (1974). „Lauttheorie und Lautgeschichte. Untersuchungen am Beispiel der Dehnungs- und Kürzungsvorgänge im Deutschen.“, München: Fink.

Rieder, K./ Zeller, W. (1983). „Die Phasen der Sprachentwicklung.“ in: Aschenbrenner, H./ Rieder, K. (Hrsg.). Sprachheilpädagogische Praxis, Wien, Frankfurt, Aarau, 14-18.

Rommel, D. (1993). „Psycholinguistische Aspekte des Stotterns.“ in: Deutscher Bundesverband für Logopädie/ Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. (Hrsg.) (1993): Stottern. Tagungsbericht Münster. Ulm, 59-73.

Rommel, D./ Häge, A./ Johannsen, H. W./ Schulze, H. (1996). „Der sprachliche Faktor beim Stottern im Kindesalter.“, Forschungsbericht 58, 1996.

Russel, G. O. (1928). „The vowel. Some X-ray and photo laryngoperiskopik evidence.“ Columbus, Ohio: Ohio State University Press.

Saussure, F. de (1916). „Cours de linguistique générale.“ Hrsg. Von Bally, C. und Sechehaye, A., 1972, Paris: Payot.

Saatweber, M. (³1997). „Einführung in die Arbeitsweise Schlaffhorst/ Andersen: Atmung, Stimme, Sprache, Haltung und Bewegung in ihren Wechselwirkungen.“ Idstein: Schulz/ Kirchner.

Sadow, L. (1898). „Mechanik des Stotterns. Gründliche Selbstheilung ohne Atem-, Artikulations-, Stimmbildungs- und Sprechübungen.“, Nordhausen.

Schlaffhorst, C./ Andersen, H. (1928). „Atmung und Stimme.“, Wolfenbüttel.

Schegloff, E. (1979). „The relevance of repair to syntax-for-conversation.“ in: Boden, D./ Zimmermann, H. D. (Hrsg.). Syntax and Semantics, 12, Cambridge, 44-70.

Schegloff, E./ Jefferson, G. & Sacks, H. (1977). „The preference for self-correction in the organisation of repair in conversation.“ in: Language 53, 361-382.

Scheutz, H. (1997). „Satzinitiale Voranstellungen im gesprochenen Deutsch als Mittel der Themensteuerung und Referenzkonstitution.“ in: Schlobinski, P. (Hrsg.) Syntax des gesprochenen Deutsch., Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schilling, A. (1965). „Die Behandlung des Stotterns.“ in: Folia phoniatrica 17, 365-458 übernommen aus Scholz/Eckert 1978:38 „Sachwörterbuch: Stottern und Poltern unter Berücksichtigung internationaler Terminologie“.

Schlaffhorst, C. (1923). „Die Bedeutung der Atmung.“ in: Pallat, L. und Hilker, F. (Hrsg.). Künstlerische Körperschulung, Breslau.

Schlobinski, P. (1992). „Funktionale Grammatik und Sprachbeschreibung. Eine Untersuchung zum gesprochenen Deutsch sowie zum Chinesischen.“, Opladen.

Schlobinski, P. (1997). „Zur Analyse syntaktischer Strukturen in der gesprochenen Sprache.“ in: Schlobinski, P. (Hrsg.). Syntax des gesprochenen Deutsch, Opladen: Westdeutscher Verlag, 9-26.

Schulze, H. (1984). „Bedeutung von Elternvariablen in theoretischen und therapeutischen Konzepten des Stotterns bei Kindern.“, Forschungsbericht Nr. 2 aus der Phoniatriischen Ambulanz der Universität Ulm, Ulm.

Schulze, H. (1988). „Stottern und Interaktion.“, Ulm.

Seeman, M. (⁴1974). „Sprachstörungen bei Kindern“, Berlin.

Seeger, T. (1988). „Stottern und gestörte Sprache. Über den Zusammenhang von Entstehung und Verlauf des Stotterns und psycholinguistischen Faktoren.“. Inauguraldissertation der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt.

Selting, M. (1993). „Vorstellungen vor den Satz.“ in: Zeitschrift für Germanistische Linguistik 21, 291-319.

Sievers, E. (1901). „Grundzüge der Phonetik zur Einführung in das Studium der Lautlehre der indogermanischen Sprachen. 5“, verbesserte Auflage, Leipzig: Breitkopf & Härtel. Nachdruck 1976, Hildesheim: Olms.

Sievers, E. (1872). „Grundzüge der Lautphysiologie zur Einführung in das Studium der Lautlehre der indogermanischen Sprachen.“ Weimar/ Hildesheim/ New York (1980).

Slis, I. H. (1971). „Articulatory effort and its durational and electromyographic correlates.“ in: Phonetica 23, 171-188.

Spiekermann, H. (2000). „Silbenschnitt in deutschen Dialekten.“, Tübingen: Niemeyer.

Starke, Andreas. „Stottern vereinfachen. Modifikationstechniken nach *Charles Van Riper*. Ein Übungsprogramm für Menschen, die stottern von Andreas Starke.“, Begleitbuch zur Videokassette, Köln: Demosthenes-Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V. und Videokassette

Starkweather, C. (1987). „Fluency and stuttering.“, Eaglewood Cliffs.

Stecker, H.-W. (1988). „Der Selbsthilfeansatz in der Therapie des Stotterns“ in: Hinteregger, F./ Meixner, F. Hsrg.). „Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten“, Wien, 129-138.

Sweet, H. (1877). „A handbook of phonetics including a popular exposition of the principles of spelling reform.“ Oxford: Clarendon Press.

Thim-Mabrey, C. (1988). „Satzadverbialia und andere Ausdrücke im Vorfeld.“ in: Deutsche Sprache 16, 52-67.

Trubetzkoy, N. S. (1939). „Grundzüge der Phonologie.“ (⁴1967), Göttingen: Vadenhoek & Ruprecht.

Van Riper, Ch. (1973). „The Treatment of Stuttering.“, Englewood Cliffs, New York.

Van Riper, Ch. (²1992). „Die Behandlung des Stotterns.“, Köln: Bundesverein der Stotterer-Selbsthilfe e.V.

Van Riper, Ch. (1971). „The Nature of Stuttering.“, Englewood Cliffs, New York.

Van Riper, Ch. (1986). „Die Behandlung des Stotterns.“, Solingen.

Vennemann, T. (1975). „Topics, sentence accent, ellipsis: a propositional for their treatment.“ in: Formal Semantics of Natural Languages. Papers from a colloquium sponsored by the King's College Research Centre. Hrsg. von Keenan, E., Cambridge, 313-328.

Vennemann, T. (1982). „Zur Silbenstruktur der deutschen Standardsprache.“ in: Vennemann, T. (Hrsg.). Silben, Segmente, Akzente. Tübingen: Niemeyer, 261-305.

Vennemann, T. (1972). „Phonetic detail in assimilation: Problems in Germanic phonology.“ in: Language 48. 863-892.

Vennemann, T. (1990). „Syllable structure and simplex accent in Modern Standard German“ in: Michael Ziolkowski et al., eds. Papers from the 26th Regional Meeting of the Chicago Linguistic Society, Vol.2: The Parasession on the syllable in Phonetics and phonology: 399-412, Chicago: Chicago Linguistic Society

Vennemann, T. (1986). Neuere Entwicklungen in der Phonologie, Berlin: Mouton de Gruyter.

Vennemann, T. (1991a). „Syllable structure and syllable cut prosodies in Modern Standard German“ in: Piermarco et al. (Hrsg.) Certamen Phonologicum II: Papers from the Cortona Phonology Meeting 1990: 211-243. Turin: Rosenberg & Sellier.

Vennemann, T. (1991b). „Skizze der deutschen Wortprosodie“, Zeitschrift für Sprachwissenschaft 10: 86-111.

Weickert, Kerstin (1996). „Stottern - Belastung und Bewältigung im Lebenslauf“, Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung der Stotterer-Selbsthilfe e.V.

Westrich, E. (1988). „Was ist Stottern?“ in: Hinteregger, F./ Meixner, F. (Hrsg.) „Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten“, Wien/ Frankfurt/ Aarau, 21-30.

Westrich, E. (1992). „„Zum personenzentrierten Verständnis der Redeauffälligkeiten. Das Gespräch als Therapie.“ in: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). Störungen der Redefähigkeit, Handbuch der Sprachtherapie, Band 5., Edition Marhold im Wissenschaftsverlag Volker Spiess, 359-377.

Wiese, R. (1996). „The phonology of German.“, Oxford: Clarendon Press.

Wiese, R. (1991). „Was ist extrasilbisch im Deutschen und warum?“. Zeitschrift für Sprachwissenschaft (10), S. 112-133.

Wiese, R. (1988). „Silbische und lexikalische Phonologie: Studien zum Chinesischen und Deutschen“. Linguistische Arbeiten 211, Tübingen: Niemeyer.

Wingate, M. E. (1964). „A standard definition of stuttering.“ in: Journal of Speech and Hearing Disorders 29. : 484-489.

Wingate, M. E. (1969). „Stuttering as a phonetic transition defect.“ in: Journal of Speech and Hearing Disorders 34., 107-108.

Wingate, M. E. (1976). „Stuttering Theory and treatment.“, New York: Irvington.

Wingate, M. E. (1982). „Early Position and Stuttering Occurrence.“ in: Journal of Fluency Disorders 7, 243-258.

Wingate, M. E. (1988). „The structure of stuttering. A psycholinguistic analysis.“, New York/ Berlin.

Wirth, G. (⁴1994). „Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen.“. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Wyatt, G. L. (1975). „Entwicklungsstörungen der Sprachbildung und ihre Behandlung.“, Stuttgart.