

1 Beschreibung der Störung Stottern

1.1 Symptome und Hauptmerkmale der Störung

Stottern ist eine häufig auftretende Störung der Sprechflüssigkeit, die meist in der frühen Kindheit einsetzt (Bosshardt, 2008; Von Tiling, 2012). Hauptmerkmal sind häufige und auffällige Unterbrechungen des Redeflusses. Die betroffenen Personen haben dabei keine Defizite in der Sprechplanung, d.h. sie sind nicht schlechter als andere Menschen darin, bei gegebener Sprechabsicht die passenden Worte zu finden. Beeinträchtigt ist jedoch die Sprechmotorik, also die Fähigkeit, die beabsichtigten Worte in einer bestimmten Situation adäquat aussprechen zu können.

Die Unterbrechungen im Redefluss lassen sich gemäß gängiger Konventionen in drei Gruppen einteilen, die als *Kernsymptome* des Stotterns bezeichnet werden (Natke & Alpermann, 2010; ►Tab. 1.1): Repetitionen, Prolongationen und Blocks. In früheren Publikationen wurde oft unterschieden zwischen klonischem Stottern (= Repetitionen und Prolongationen) und tonischem Stottern (= Blocks); da diese Unterscheidung aber schon Annahmen über die Entstehung des Stotterns enthält und daher weniger beobachtungsnah ist, wird sie heute nicht mehr häufig verwendet.

Kernsymptome

Repetitionen sind Wiederholungen von Lauten, Silben oder Wörtern. Beispiele wären etwa »Ich heiße K-K-K-Kirsten« oder »Ich bin Ka-Ka-Karina«. Im ersteren Fall hat die stotternde Person Schwierigkeiten, den Lautübergang vom K zum i zu artikulieren und setzt daher immer wieder neu beim K an. Sie schafft es dann beim vierten Versuch. Im zweiten Fall hat sie Probleme, den Übergang vom r zum i zu artikulieren und wiederholt daher immer wieder die vorherige Silbe, in der Absicht, dadurch den Übergang besser bewältigen zu können und eine sonst entstehende Sprechpause zu vermeiden. Hier ist sie beim dritten Anlauf erfolgreich. Repetitionen von Wörtern werden in ähnlicher Absicht eingesetzt (»Ich bin – ich bin – ich bin – ich bin Kirsten«). Die Anzahl der Repetitionen beträgt meist, wie in den obigen Beispielen, wenige Male. Sie kann aber auch höher sein, also etwa bei 10 oder gar 20 liegen. Die meisten Stotternden beenden aber nach mehreren erfolglosen Versuchen das Wiederholen und bemühen sich stattdessen, die Sprechabsicht auf eine andere Art und Weise umzusetzen, z. B. durch Prolongation.

Repetitionen

Bei einer *Prolongation* dehnt die Person einen Laut in die Länge. Beispiele sind »Ich heiße Wwwwwwwerner« oder »Gib mir bitte die Mmmarmelade«. Die Person hat Schwierigkeiten, den Übergang zwischen zwei Lauten zu formulieren (z. B. zwischen dem W und e bei »Werner«) und dehnt, in Reaktion darauf, den ersten Laut in die Länge, in der Absicht, irgendwann den Übergang artikulieren zu können. Wiederum kann die Länge des Symptoms individuell sehr unterschiedlich sein.

Prolongationen

Blocks (auch: Blockierungen, broken words) sind stumme Unterbrechungen des Redeflusses, bei denen es zu einem Innehalten mit verkrampften Artikulationsorganen kommt. Beispiele sind: »Ich hätte gern ein Stück K-___-häsekuchen« oder »Ich bin ___Axel.« Im ersten Beispiel ist der Übergang zwischen dem K und dem ä problematisch. Die Person artikuliert zwar noch das K, aber die Stimme springt nicht an, so dass eine Zeit lang Luft durch den Rachen gepresst wird, was, je nach Stärke des Pressens, sich wie ein stimmloses H anhören kann. Die Person bemüht sich, die Stimme anspringen zu lassen, und meist gelingt es ihr irgendwann, so dass sie weitersprechen kann. Im zweiten Beispiel kann die Person den Vokal A zu Beginn des Wortes nicht aussprechen. Sie verharrt mit offenstehendem Mund und hält dabei die Luft an. Irgendwann presst sie das Wort heraus. Blocks dauern meist 1 bis 5 Sekunden, können im Einzelfall aber auch deutlich länger sein.

Blocks

Während die Kernsymptome bereits mit Einsetzen der Störung in der Kindheit auftreten, kommen im Verlauf weitere, sogenannte *sekundäre Symptome* hinzu: In Reaktion auf die Be-

sekundäre
Symptome

fürchtung, bei einem bestimmten Wort stottern zu müssen, modifizieren die Betroffenen ein Sprechvorhaben so, dass Kernsymptome nicht oder weniger stark auftreten. Sie versprechen sich davon vor allem, dass ihre Sprechprobleme so für den Zuhörer weniger auffällig und störend sind. Sehr verbreitet sind das Einschleichen von Lauten oder Silben (z. B. »Hallo, ich bin äh-hKarina«), das Einsetzen von Pausen (z. B. »Hallo, ich bin [2 sec. Pause] Karina«) und das Umschreiben bzw. Austauschen von gefürchteten Wörtern (z. B. »Hallo, Müller mein Name« oder »Hallo«). Diese Symptome sind für den Zuhörer oft nicht leicht als Stottern zu identifizieren. Es gibt Stotternde, die eine gewisse Perfektion darin entwickeln, in großer Geschwindigkeit Synonyme für schwierige Wörter zu finden und Sätze spontan umzubauen, so dass keine Kernsymptome auftreten. In der Regel aber führt der häufige Gebrauch dieser »Tricks« dazu, dass die Sprache von Stotternden umständlich, zögerlich, abgehoben, unpräzise oder unsicher klingt. Es besteht die Gefahr, dass die Zuhörer keine Sprechstörung mehr wahrnehmen (was der Stotternde ja auch beabsichtigt), die erlebten subtilen Besonderheiten im Kontakt aber (fälschlich) der Persönlichkeit des Betroffenen zuschreiben und ihn gerade deshalb abwerten. Diese an sich gut nachvollziehbaren Versuche, sich selbst das Stottern erträglicher zu gestalten und sich mit der Störung zu arrangieren, haben damit gravierende psychologische und soziale Nachteile, die den Betroffenen selbst oft nicht bewusst sind. Es handelt sich dabei um Folgeprobleme der – bzw. um Reaktionen auf die – ursprünglichen Stottersymptome, die sich mit der Zeit zu einem Gesamtbild ausgestalten, bei welchem Ursache und Folge nicht mehr klar zu trennen sind. Die psychologischen Reaktionen und Folgeprobleme erscheinen aber mit psychotherapeutischen Methoden grundsätzlich gut behandelbar (►Kap. 5), was sich auf die Gesamtbeeinträchtigung des Stotternden positiv auswirken kann. Dies entspricht auch der unten erläuterten Konzeption vom Stottern als körperlich bedingter, aber psychisch aufrechterhaltener Störung.

Die Kernsymptome sind meist mit sichtbaren Verkrampfungen der Sprechorgane verbunden, vor allem der Lippen, des Kiefers und der Bauchmuskeln. Darüber hinaus kann es zu *Mitbewegungen* (Parakinesen) während der Sprechunflüssigkeiten kommen. Beispiele sind etwa das Bewegen des Kopfes, der Arme, der Beine, aber auch der Gesichtspartie (Nase, Stirn). Diese Bewegungen werden vom Betroffenen anfangs gezielt als Mittel zur Verbesserung der Sprechflüssigkeit eingesetzt. Beispielsweise bemerkt der Stotternde, dass er »Axel« flüssiger sagen kann, wenn er dabei den Kopf ruckartig nach unten bewegt. Dieser anfängliche Effekt ist vermutlich auf Ablenkung zurückzuführen. Obwohl diese operant gelernten Mitbewegungen rasch ihre Wirksamkeit verlieren, halten Stotternde oft lange Zeit an ihnen fest, nicht zuletzt aufgrund der dann bereits eingetretenen Automatisierung. Auch diese Mitbewegungen und Verkrampfungen sind als unwillkürliche Kompensationsversuche der grundlegenden Artikulationsstörung zu verstehen. Für die soziale Interaktion des Stotternden stellen sie – über das eigentliche Stottern hinausgehend – einen erheblichen Nachteil dar, der in der Therapie systematisch aufgegriffen, dem Stotternden verständlich vermittelt und durch übende Maßnahmen erheblich reduziert werden kann.

Tabelle 1.1 listet die bislang genannten Symptome des Stotterns überblickshaft auf. Gemeinsam ist all diesen Symptomen, dass sie Verhaltensreaktionen auf die subjektive Wahrnehmung sind, trotz adäquater Sprechplanung nicht mehr weitersprechen zu können. Der Stotternde ist also immer mehr oder weniger frei darin, seine Symptome zu modifizieren. Insbesondere bei Kindern und zu Beginn der Therapie können die Reaktionen allerdings auch so automatisiert sein, dass es den Betroffenen zunächst unmöglich erscheint, sie zu verändern. Ein wichtiges Ziel der Therapie ist daher, die sprechmotorischen Prozesse besser bewusst zu machen und wieder Kontrolle über sie zu gewinnen. Dies ist aufgrund der Komplexität des Sprechvorgangs, bei dem eine Vielzahl unterschiedlicher Muskelgruppen beteiligt ist, nicht einfach.

Fallbeispiel 1 veranschaulicht die zeitliche Abfolge der Entwicklung von verschiedenen Symptomen eines fiktiven Stotternden, den wir Axel nennen. Es wird hierbei fokussiert auf die Symptomentwicklung bei einem einzigen Wort, nämlich der Nennung des eigenen Vornamens. Dass Axel vermutlich auch bei vielen anderen Wörtern stottert, wird hierbei ausgeklammert. Das Beispiel soll verdeutlichen, dass Stotternde oft Sprechprobleme mit ganz bestimmten Lauten oder Wörtern haben, die über die Zeit hinweg recht konstant bleiben, aber dass sich die Symptome bei diesem Wort mit der Zeit verändern können. Übrigens ist das Beispiel nicht willkürlich gewählt, da viele Stotternde tatsächlich besondere Probleme mit ihrem Namen haben, vermutlich weil sie vermuten, dass ein Stottern bei ihrem Namen besonders negative Reaktionen bei den Zuhörern hervorruft.

Symptombereich	Unterkategorien und Beispiele
Sprechunflüssigkeiten	<p>Kernsymptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetitionen (Wiederholungen von Lauten, Silben oder Wörtern) • Prolongationen (Dehnungen von Lauten) • Blocks (verkrampftes stimmloses Innehalten) <p>sekundäre Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Füllwörter (z. B. »ähh«) • Pausen • Wort austausch, Satz umstellung
Mitbewegungen	z. B. der Extremitäten oder des Kopfes Grimassierungen
Kognitionen	fortwährendes Antizipieren von »schwierigen« Wörtern Planung von Wort austausch und Füllwörtern weniger Arbeitsgedächtnis für Sprechinhalt zur Verfügung
Emotionen	soziale Angst Scham, Schuld vermindertes Selbstwertgefühl (wegen dem Stottern und/oder dem schamhaften Umgang damit)
Sozialverhalten	sozialer Rückzug soziallängstliches Verhalten

Tab. 1.1:
Symptombereiche
des Stotterns

Fallbeispiel 1

Axel fing mit vier Jahren an zu stottern. Erst hatte er nur bei schwierigen Wörtern und komplizierten Sätzen Probleme, aber irgendwann stotterte er auch bei der Nennung seines Namens. Die ganze Kindergartengruppe lachte, als er etwas länger brauchte: »A--A--Axel«. Ein Kind sagte: »Jetzt stottert er ja schon bei seinem Namen! Dabei ist das doch das Leichteste.« Axel lernte, dass »Axel« ein besonders gefährliches Wort war, das er nicht gut aussprechen konnte. Er verkrampfte immer mehr, wenn er seinen Namen nennen musste, und produzierte daher immer längere Repetitionen. Irgendwann lachten die anderen Kinder nicht mehr, sondern schauten betreten auf den Boden, wenn er wieder so lange brauchte. Axel schämte sich. Er suchte nun Strategien, die Repetitionen zu vermeiden, denn sie waren es ja schließlich, wegen derer er sich schämte. Als er in die Schule kam, hatte er eine gute Strategie gefunden: Er hielt nun einfach so lange die Luft an, bis er das A bei Axel endlich herauspressen konnte. Das funktionierte zu Anfang noch ganz gut, der Block dauert nur etwa eine Sekunde. Er vermutete, dass dies nicht mehr so auffällig und lächerlich klang wie die Repetitionen. Doch leider wurden die Blocks mit der Zeit immer länger, er presste immer stärker. Er versuchte nun, beim Herauspressen des A den Kopf nach vorn zu bewegen, was wiederum zunächst gut half, aber bald seine Wirkung einbüßte. In der dritten Klasse entwickelte er andere Strategien: »ähmmAxel« sagte er nun meistens, wenn er nach seinem Namen gefragt wurde, das konnte er ohne Stottern sagen. Doch auch hier merkte er bald, dass die Zuhörer es seltsam fanden, dass er bei der Nennung seines Namens anscheinend erst nachdenken musste. Eine andere Variante war »Ich bin-Axel«, also eine Zusammenziehung mit dem vorherigen Wort, was in manchen Situationen auch gut klappte. Als er in die Pubertät kam, wurde er sich der negativen Reaktionen seiner Mitmenschen stärker bewusst und vermied die Nennung seines Namens zunehmend. Auf Partys sagte er zu neuen Bekanntschaften oft nur »Hi« anstatt, wie allgemein üblich, seinen Namen beim Handschlag zu nennen. Oder er sagte »Kormann-Axel«, was auch meist flüssig funktionierte. Aber er bemerkte auch, dass beide Varianten seine Zuhörer verwirrten oder belustigten. »Der stellt sich gleich mit Nachnamen vor, was für ein komischer Kauz«, war ein Kommentar. Heute ist Axel 22 Jahre alt. Er hat in einer Therapie gelernt, seinen Namen mit einem weichen Stimmeinsatz recht flüssig auszusprechen. Aber er vermeidet die Nennung seines Namens immer noch, so weit es ihm gerade möglich erscheint. Er versucht immer abzuschätzen, was in der jeweiligen Situation schlimmer wäre: stottern oder schweigen. Manchmal kann er sich nicht entscheiden und befürchtet, dann auf seine Zuhörer zögerlich zu wirken und den Eindruck zu erwecken, er sei nur mit sich selbst beschäftigt.

Fallbeispiel 1: Axel
und sein Vorname
– eine lange
Geschichte

Kognitionen und Emotionen Stottern zeigt sich auch auf der Ebene der *Kognitionen und Emotionen*. Da die Betroffenen die Sprachproduktion aufgrund ihrer früh einsetzenden Sprechprobleme nicht vollständig automatisieren konnten, steht ihnen in Gesprächssituationen weniger kognitive Kapazität für die Sprechplanung zur Verfügung als anderen Menschen. Schon allein deswegen ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie sich nicht so eloquent ausdrücken und nicht so schnell sprechen können wie andere Menschen. Darüber hinaus verwenden viele Stotternde einen großen Teil ihres Arbeitsgedächtnisses für das Antizipieren von Sprechproblemen und entsprechende Vermeidungsstrategien wie das Austauschen von Wörtern, Umstellen von Sätzen etc. Diesen Strategien liegen negative Emotionen wie Scham, Schuld und Angst vor negativer Bewertung der Mitmenschen zugrunde. Dass Mitmenschen tatsächlich mit Abwertung und Stigmatisierung auf Stotternde reagieren, ist in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden (MacKinnon, Hall, & MacIntyre, 2007). Die bei fast allen Stotternden gegebenen Ängste haben also durchaus eine realistische Grundlage, die nicht bagatellisiert werden sollte. Gleichzeitig sind die Ängste bei vielen Stotternden aber *übertrieben*, d.h. sie überschätzen die negativen Konsequenzen des Stotterns und weisen dem Merkmal Sprechflüssigkeit eine unrealistisch große Bedeutung für beruflichen und sozialen Erfolg zu. Stotternde vermeiden daher schwierige Sprechsituationen und reagieren mit sozialem Rückzug. Sie wählen ihren Beruf oft vorrangig aufgrund der jeweiligen Sprechanforderungen aus und weniger aufgrund ihrer Neigungen und Fähigkeiten. Nach Stein, Baird und Walker (1996) erfüllen etwa die Hälfte der Betroffenen die DSM-IV-Symptomkriterien einer Sozialen Angststörung (synonym: Soziale Phobie). Für dieses Störungsbild ist das Vermeiden sozial negativer Konsequenzen ebenfalls typisch, es liegen im Unterschied zum Stottern aber hervorragend bewährte Behandlungsmodelle vor, die geeignet sind, das Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Aufbauend auf diesen Konzepten gehen wir in Kapitel 2.3 näher darauf ein, wie die stotterbezogenen Kognitionen und Emotionen das Stottern aufrechterhalten und verstetigen.

situative Variabilität Die mit dem Stottern verbundenen Emotionen sind vermutlich einer der wichtigsten Gründe dafür, warum die Sprechunflüssigkeiten durch eine zuweilen erstaunliche *situative Variabilität* gekennzeichnet ist: In manchen Situationen treten sie sehr stark auf, in anderen gar nicht. Ein wichtiger Faktor ist hierbei die soziale Bedeutsamkeit der Situation: In einem Vorstellungsgespräch ist es beispielsweise sehr wichtig, möglichst flüssig zu sprechen, so dass Stotternde hier besonders viel Angst vor Unflüssigkeiten haben und daher eher die Sprechmuskeln verkrampfen. Im Gespräch mit sich selbst, mit Tieren oder Kleinkindern hingegen gibt es wenig zu »verlieren«, daher sprechen hier die meisten Stotternden flüssig. Manchmal stottern Kinder nur im Schulunterricht, sind aber in der Pausenhalle und in der Familie fast völlig flüssig. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass auch körperliche Faktoren eine Rolle spielen: Viele Stotternde berichten, dass sie in Zeiten mit viel Stress und wenig Schlaf mehr Symptome haben als in ruhigeren, ausgeglicheneren Zeiten. Viele Schwankungen in der Sprechflüssigkeit wirken sogar für die Betroffenen selbst eher zufällig: »Komisch, da war ich plötzlich völlig flüssig« oder »Plötzlich hab ich nichts mehr rausgekriegt« sind typische Kommentare in der Stottertherapie. Über mögliche Ursachen dieser Schwankungen wird in Kapitel 2 berichtet. Die situative Variabilität lässt sich im therapeutischen Sinne positiv interpretieren: Sie legt nahe, dass durch die systematische Korrektur emotionaler Erregung die Sprechunflüssigkeiten reduziert werden können.

Die hohe situative Variabilität ist übrigens auch der Grund dafür, dass wissenschaftliche Studien über Stottern äußerst schwierig sind: Wie können Sprechunflüssigkeiten beispielsweise in einer Therapievergleichsstudie reliabel erfasst werden, wenn sie zufällig wirkenden Schwankungen unterliegen? Dies geht nur, wenn man besonders große Stichproben heranzieht, so dass sich die Schwankungen ausgleichen. Dafür ist jedoch ein hoher finanzieller Aufwand genauso unerlässlich wie eine große Zahl teilnahmemotivierter Stotternder. So verwundert nicht, dass das Stottern trotz des damit verbundenen erheblichen Leidens vergleichsweise wenig erforscht ist. Immerhin gibt es bereits zahlreiche Studien, über die beispielsweise Bloodstein und Bernstein Ratner (2008) oder Natke und Alpermann (2010) einen vertieften Überblick geben. In diesem Buch haben wir uns deshalb entschieden, den theoretischen Teil, in dem wir auf wissenschaftliche Studien eingehen, auf das notwendige Maß zu beschränken und dafür dem praktischen Teil mehr Raum zu geben, in dem Psychotherapeuten, Sprachtherapeuten und Logopäden konkrete Handlungsanweisungen finden sollen.

1.2 Diagnosekriterien und Klassifikation

Stottern (amerikanisch: stuttering; englisch: stammering) wird in den internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV in den Kapiteln über Störungen mit Beginn in der Kindheit aufgeführt. In der ICD-10 ist dies der Abschnitt 9 (»Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend«), im DSM-IV das Kapitel 1 (»Störungen, die in der Kindheit und Jugend auftreten«). Tabelle 1.2 ist zu entnehmen, dass im DSM-IV differenziertere Diagnosekriterien vorliegen als in der ICD-10. Das DSM-IV gibt einen differenzierteren Katalog möglicher Formen von Sprechunflüssigkeiten und bezieht die Ebene der Beeinträchtigungen im Alltagsleben mit ein.

ICD-10 (F98.5 Forschungskriterien)	DSM-IV (307.0)
A. Anhaltendes oder wiederholtes Stottern (d. h. eine Sprache mit häufigen Wiederholungen oder Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern, oder auch häufiges Zögern oder Pausen beim Sprechen) in einem so schweren Ausmaß, dass der Sprechfluss deutlich unterbrochen wird.	A. Eine dem Alter der Person unangemessene Störung des normalen Redeflusses und des Zeitmusters beim Sprechen, die durch häufiges Auftreten von mindestens einem der folgenden Kriterien charakterisiert ist: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiederholungen von Lauten und Silben, 2. Lautdehnungen, 3. Einschleichen von Lauten und Silben, 4. Wortunterbrechungen (z. B. Pausen innerhalb eines Wortes), 5. hörbares oder stummes Blockieren (z. B. ausgefüllte oder unausgefüllte Sprechpausen), 6. Umschreiben (Wortsubstitutionen, um problematische Wörter zu umgehen), 7. unter starker physischer Anspannung geäußerte Wörter, 8. Wiederholungen einsilbiger ganzer Wörter (z. B. »Ich geh, geh, geh weg«).
B. Dauer mindestens drei Monate.	B. Redeflussstörung behindert die schulischen bzw. beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation. C. Liegt ein sprechmotorisches oder sensorisches Defizit vor, sind die Sprechschwierigkeiten wesentlich größer als diejenigen, die gewöhnlich bei diesem Problem auftreten.

Tab. 1.2:
Diagnosekriterien
des Stotterns nach
ICD-10 und DSM-IV.

1.3 Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität

Stottern ist eine Störung, die nahezu immer bereits in der Kindheit auftritt. Sie beginnt bei 75 % der Fälle vor dem 6. Lebensjahr, bei mehr als 99 % vor dem 12. Lebensjahr (Andrews, 1985). Meist sprechen die Kinder zunächst flüssig, bevor schrittweise Unflüssigkeiten auftreten. Eltern berichten manchmal von einem plötzlichen Beginn des Auftretens von Unflüssigkeiten nach einem bedeutsamen Ereignis (z. B. Geburt eines Geschwisterkindes). Dies ist aber keineswegs immer der Fall. Wie in Kapitel 2 erläutert wird, handelt es sich bei solchen Ereignissen wohl eher um Auslöser als um Ursachen des Stotterns.

Viele Kinder sprechen – vermutlich als Ausdruck eines natürlichen Reifungsprozesses – für eine kurze Übergangszeit (einige Wochen) unflüssig. Wenn die Sätze komplizierter werden und die Kinder schneller sprechen wollen, als sie es von der Motorik her können, kommt es zu Unflüssigkeiten. Diese vorübergehenden Unflüssigkeiten sind insofern keine Störung, sie sind eher ein normaler Teil der Sprachentwicklung. Erst wenn die Unflüssigkeiten länger andauern (mindestens drei Monate, wie in Tabelle 1.2 ausgewiesen), sollte Stottern diagnostiziert werden. Legt man das Kriterium der dreimonatigen Dauer zugrunde, kommt man bis

zur Pubertät auf eine Prävalenz von 5 %, d.h. etwa fünf Prozent der Kinder sind bis zur Pubertät über mindestens drei Monate vom Stottern betroffen. Auch von diesen, längere Zeit betroffenen Kindern verlieren die meisten (ca. 75 %) ihr Stottern wieder. Dabei ist ungeklärt, ob dies infolge einer Behandlung oder infolge natürlicher Reifung geschieht. Die Prävalenz unter Schulkindern liegt bei etwa 1 %, die unter Erwachsenen bei etwa 0,8 % (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Ab dem späten Jugendalter sind die Remissionsraten vernachlässigbar klein: Das heißt, dass ein erwachsener Stotternder in der Regel (auch bei intensiver Therapie) sein Stottern nicht mehr verlieren wird. Eine erhebliche Reduktion des Leidens und der oben beschriebenen, im Rahmen sozialer Interaktionen auftretenden Folgeprobleme ist aber dennoch möglich.

Jungen Deutlich mehr Jungen als Mädchen sind vom Stottern betroffen. In der frühen Kindheit liegt das Verhältnis noch bei 2:1. Da aber deutlich mehr Mädchen als Jungen ihr Stottern wieder verlieren, beträgt das Verhältnis ab dem zehnten Lebensjahr 5:1, d.h. etwa 80 % der jugendlichen und erwachsenen Stotternden sind männlich (Bosshardt, 2008). Die Ursachen für diesen Unterschied sind weitgehend unklar. Für eine biologische Ursache spricht jedoch, dass der Unterschied sich als kulturübergreifend gültig erwiesen hat und dass Jungen sich auch bei anderen sprachbezogenen Störungen wie Artikulationsstörungen oder Lese-Recht-schreib-Schwäche als anfälliger erweisen.

Artikulationsstörungen und phonologische Störungen Stotternde Kinder erhalten häufig *zusätzlich* Diagnosen für Artikulationsstörungen (34 %) und phonologische Störungen (13 %) (Blood, Ridenour, Qualls, & Scheffner Hammer, 2003). Artikulationsstörungen sind Abweichungen bei der Aussprache von Lauten aufgrund von sprechmotorischen Problemen. Die Lautbildung eines oder mehrerer Laute entspricht nicht dem sogenannten Standardmuster einer Sprache, d.h. ein Laut wird nicht oder falsch gebildet. Am häufigsten sind im Deutschen die Zischlaute davon betroffen (Sigmatismus). Phonologische Störungen hingegen beschreiben die Unfähigkeit des Kindes, Laute an der korrekten Position im Wort verwenden zu können. Diese Häufung von komorbid auftretenden Artikulationsproblemen kann als Hinweis auf neurologisch bedingte Grundlagen des Stotterns verstanden werden.

Soziale Angststörung/Soziale Phobie Etwa 50 % der stotternden Jugendlichen und Erwachsenen erfüllen die Symptomkriterien einer Sozialen Angststörung bzw. Sozialen Phobie nach DSM-IV (Kraaimaat, Vanryckeghem, & Van Dam-Baggen, 2002; Stein, Baird, & Walker, 1996). Da aber das DSM-IV reale Beeinträchtigungen wie Stottern als Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Sozialen Phobie betrachtet, ist es per definitionem nicht vorgesehen, sowohl die Diagnose »Stottern« als auch die Diagnose »Soziale Phobie« zu vergeben, obwohl es für die Betroffenen (und ggf. auch für die Behandlungsplanung) eine erhebliche zusätzliche Komplikation bedeutet, wenn beide Störungen gegeben sind. Aufschlussreich ist aber die Beobachtung, dass Angst vor negativen sozialen Reaktionen und eine Tendenz zur Vermeidung sozialer Situationen unter Stotternden sehr häufig vorkommt. Über erhöhte Komorbiditäten zu anderen Störungen, etwa Persönlichkeitsstörungen oder depressiven Erkrankungen, liegen bislang nur kleinere Studien vor, so dass hier keine gesicherte Aussage getroffen werden kann.

komorbide Störungen Vom Blick auf die komorbiden (d.h. häufig gleichzeitig mit dem Stottern auftretenden) Störungen erhoffen sich viele Forscher Aufschluss über mögliche Ursachen des Stotterns. Lange Zeit wurde fälschlich vermutet, dass Stottern nur ein Symptom für eine »dahinterliegende« Angststörung sei. Aus heutiger Sicht jedoch erscheint es plausibler, die jeweils gefundenen überzufälligen Komorbiditätsmuster als Ausdruck von Folgeerkrankungen zu werten, nicht als Hinweis auf ursächliche Bedingungen. Lediglich die oben genannten Defizite in phonologischen und artikulatorischen Bereichen könnten als ursächlicher Faktor des Stotterns in Frage kommen, wie im folgenden Abschnitt näher ausgeführt wird.

2 Störungstheorien und Erklärungsmodelle

Theorien über die Entstehung des Stotterns müssen eine Vielzahl von Phänomenen erklären, die auf den ersten Blick rätselhaft erscheinen. Da wäre zum einen die situative Variabilität: Warum können die Betroffenen in manchen Situationen flüssig sprechen, in anderen, insbesondere subjektiv bedeutsamen dagegen nicht? Dieses Phänomen lässt Psychologen zunächst an einfache Modelle der Erwartungsangst denken: Die Befürchtung, stottern zu müssen, führt zu körperlicher Anspannung, welche wiederum ein flüssiges Sprechen verunmöglicht. Diese Hypothese ist nicht ganz falsch, aber sie kann andere Phänomene nicht erklären, beispielsweise die zeitliche Stabilität: Anders als etwa bei Angststörungen, bei denen ja ähnliche Prozesse eines sich selbst verstärkenden Teufelskreis eine Rolle spielen, geht die Remissionsrate bei stotternden Jugendlichen und Erwachsenen gegen Null. Dies legt die Vermutung einer genetischen Grundlage des Stotterns nahe. Außerdem muss auch das Phänomen Berücksichtigung finden, dass die meisten Kinder ihr Stottern rasch wieder verlieren, einige wenige hingegen nicht. Schließlich sollte eine befriedigende Theorie des Stotterns auch die große Spannbreite der Symptomausprägung erklären können, also dass manche Betroffene kaum merklich stottern, andere sich dagegen kaum verständlich machen können.

Störungstheorien

Wie schon angesichts der komplexen Phänomenologie des Störungsbilds nahe liegt, werden heute nicht uni-, sondern multifaktorielle Modelle zur Erklärung des Stotterns herangezogen. Sie nehmen an, dass Stottern ein Phänomen ist, das durch individuell ganz unterschiedliche Bedingungsmuster und das Zusammenspiel mehrerer Faktoren zu erklären ist. Stotternde stellen dementsprechend eine heterogene Population dar. Diese Annahme multifaktorieller Bedingungen wird heute für die meisten psychischen Störungen vertreten (Wittchen & Hoyer, 2011). Die Tragweite dieser Mehrfachbedingtheit ist aber gerade im Bereich der Stottertherapie nicht zu unterschätzen: Stottern erscheint vielen Menschen bei oberflächlicher Betrachtung als ein »einfaches« Problem, leicht wahrnehmbar, intuitiv verständlich – für das es auch eine eindeutige Ursache und eine eindeutige Lösung geben *sollte*. Bei Betroffenen wie auch bei Angehörigen ist der Wunsch, ja die Sehnsucht nach einer »Pille« oder einer anderen einfachen Strategie gegen Stottern stark ausgeprägt. Wie in Kapitel 5 deutlich werden wird, ist es eine wichtige Aufgabe des Stottertherapeuten, dem Klienten das im Folgenden dargestellte multifaktorielle Modell des Stotterns glaubwürdig, überzeugend und lebensnah zu vermitteln und in allen seinen Konsequenzen durchzusprechen.

Erklärungsmodelle

Exkurs: Eine Störung – hundert Theorien. Historische Wandlungen in der Erklärung des Stotterns.

Exkurs

Stottern wurde in allen Kulturen und zu allen Zeiten beobachtet. Schon in der Bibel wird Stottern direkt und indirekt mehrfach erwähnt. Beispielsweise gehen Historiker davon aus, dass Moses vom Stottern betroffen war. Weil die Symptomatik einerseits so leicht wahrnehmbar ist, andererseits aber keine einfach wahrzunehmende Ursache auszumachen ist, gab es zu allen Zeiten Theorien über die Entstehung des Stotterns. Im Folgenden sollen einige davon exemplarisch vorgestellt werden (vgl. ausführlicher: Silverman, 2004). Es sollte deutlich werden, dass Stottern ein Phänomen ist, das anfällig erscheint für Mythen, vorschnelle Verallgemeinerungen und drastische Therapiemaßnahmen. Die differenzierte Betrachtungsweise, die wir heute für das Stottern verwenden, sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass vermutlich auch heute noch eine Sehnsucht nach einfachen Lösungen besteht, insbesondere bei den Betroffenen und ihren Angehörigen.

- *Stottern als Bestrafung für Sünden*: In der Antike wurde Stottern teilweise als Bestrafung der Götter für sündhaftes Verhalten gedeutet.
- *Stottern als Resultat unausgewogener Körpersäfte*: Hippokrates stellte im fünften Jahrhundert v. Chr. die Theorie auf, dass Stottern die Folge eines gestörten Gleichgewichts der Körperflüssigkeiten sei. In eine ähnliche Richtung geht die Theorie des Arztes Mercurialis, der im 16. Jahrhundert vermutete, Stottern sei auf eine Störung der Hirnflüssigkeiten zurückzuführen.
- *Stottern als Resultat fehlgebildeter Artikulationsorgane*: Antike Philosophen wie Aristoteles waren der Überzeugung, Stottern sei auf eine Fehlbildung der Zunge zurückzuführen. Von Demosthenes ist überliefert, dass er das Stottern überwinden konnte, als er sich kleine Kieselsteine unter die Zunge legte. Daher heißt die Zeitschrift der Selbsthilfeorganisation BVSS heute »Der Kieselstein«. Die Zunge spielte bis ins 18. Jahrhundert hinein eine große Rolle in der Theoriebildung, wurde dann aber langsam vom Kehlkopf abgelöst. Eine besonders spektakuläre Behandlungsform des Stotterns erfand der deutsche Chirurg Johann Fredrick Dieffenbach. Er operierte in den 1840er Jahren etwa 250 Stotternde im Bereich der Zunge und Stimmritze. Die Methode kam rasch wieder außer Mode, nachdem andere Chirurgen nicht zu den behaupteten positiven Resultaten gelangt waren – und nachdem einige von Dieffenbachs Patienten bei der Operation verstorben waren. Aus jener Zeit, in der die Begeisterung über die Möglichkeiten der Chirurgie besonders groß war, sind weitere, ähnliche chirurgische Eingriffe überliefert (z. B. das Durchstechen der Zunge mit einem Ring).
- *Stottern als Resultat falscher Atemtechnik*: Im 20. Jahrhundert wurde die Ansicht populär, Stottern sei direkt auf eine falsche Atemtechnik zurückzuführen, beispielsweise auf unnormale Bewegungen des Zwerchfells. Es bildeten sich viele private Therapieinstitute (vor allem in den USA, sogenannte »commercial stuttering schools«), die damit warben, durch konsequentes Training einer neuen Atemtechnik könne Stottern geheilt werden. Wenngleich sicher nicht falsch ist, dass Stotternde sich oftmals eine dysfunktionale Atemtechnik angewöhnen, so kann nach heutigem Wissensstand doch eine kausale Bedeutung ausgeschlossen werden. Auch die Therapieprogramme, die Atemtechniken vermitteln, konnten (und können bis heute) keine empirischen Wirksamkeitsnachweise erbringen.
- *Stottern als Symptom innerpsychischer Konflikte*: Seit dem 19. Jahrhundert wurden immer wieder auch psychologische Theorien des Stotterns vertreten. Doch erst mit dem Aufkommen der Freudschen Psychoanalyse fanden diese Theorien weite Verbreitung. Obwohl Freud selbst nach einigen Behandlungsversuchen zu dem Ergebnis kam, dass Stottern nicht mit den Mitteln der Psychoanalyse zu behandeln sei, gab es dennoch viele psychoanalytische Behandler, die dies anders sahen. Der Psychoanalytiker Abraham Brill behandelte in den 1920er Jahren 69 Stotternde und berichtete von Verläufen mit vollständiger Heilung – allerdings nur in vier Fällen. Er kooperierte in der Folgezeit mit dem Arzt Edward Scripture, weil er der Meinung war, dass es neben der psychoanalytischen Angstbehandlung auch einen Therapiebaustein geben müsse, der auf die dysfunktionalen sprechmotorischen Angewohnheiten fokussieren müsse. Damit war die Idee einer Kombination aus Sprechtherapie und Psychotherapie geboren, die in der Folgezeit immer mehr die Oberhand gewann und die auch diesem Buch zugrunde liegt.

2.1 Prädisponierende Faktoren

genetische Grundlage Prädisponierende Faktoren sind diejenigen Bedingungsfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch ein Stottern entwickelt, im Sinne einer genetisch vorgegebenen oder frühkindlich erworbenen Disposition erhöhen. In vielen Studien konnte belegt werden, dass Stottern familiär gehäuft auftritt. So lässt sich schätzen, dass das Kind einer stotternden Frau mit

einer Wahrscheinlichkeit von etwa 25 % selbst vom Stottern betroffen sein wird (Andrews et al., 1983). In Zwillingsstudien wurde gezeigt, dass es bei eineiigen Zwillingen wesentlich häufiger als bei zweieiigen Zwillingen vorkommt, dass beide Geschwister stottern. Da aber auch deren Konkordanzrate deutlich unter 100 % liegt (nämlich 63 % nach Howie, 1981), zeigt dieser Befund gleichzeitig die Bedeutung von Umgebungsfaktoren. Mit 70 bis 80 % erklärter Varianz scheint Stottern im Vergleich zu den meisten anderen psychischen Störungen dennoch eine *starke genetische Grundlage* zu haben.

Aufgrund dieser Befunde wurden in den letzten Jahrzehnten viele Studien über die Frage durchgeführt, in welcher Form sich diese vermutete Prädisposition in körperlichen Merkmalen niederschlägt. Gesucht wurde nach körperlichen Merkmalen, die die Gruppen der stotternden Kinder von der Gruppe der nicht-stotternden Kinder trennscharf unterteilen oder, besser noch, die Stottern bei Kleinkindern vorhersagen können, bevor es auftritt. Trotz jahrzehntelanger intensiver Bemühungen ist diese Forschung bislang erstaunlich erfolglos geblieben. Viele (aber nicht alle) Stotternde scheinen bestimmte *Defizite in der Koordination ihrer Sprechbewegungen* aufzuweisen, etwa beim Zusammenspiel von Kehlkopfmuskulatur und Atmung (vgl. den Überblick bei Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Dieser Befund lässt sich durch einige empirische Beobachtungen erhärten. Werden etwa die Anforderungen an die Präzision der zeitlichen Koordination der Sprechbewegungen reduziert, indem verlangsamt und monoton gesprochen wird, reduziert sich Stottern deutlich. In eine etwas andere, aber nicht notwendigerweise widersprüchliche Richtung weisen andere Studien, die nahelegen, bei Stotternden ein *Defizit in der akustischen Rückmeldung beim Sprechen* anzunehmen: Wenn Stotternde einen Kopfhörer mit lauter Musik aufsetzen und sich daher nicht beim Sprechen zuhören können, zeigen sie oft kaum noch Stottersymptome. Auch eine leicht verzögerte Rückmeldung über einen Kopfhörer führt häufig zu einer Reduktion der Stottersymptome (vgl. z. B. Unger, Glück, & Cholewa, 2012). Stottern könnte also durch eine fehlerhafte Hemmung der akustischen Rückmeldung des eigenen Sprechens bedingt sein, d. h. Stotternde sind nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit vom Zuhören der eigenen Stimme wegzulenken und sie auf die taktile bzw. propriozeptive Wahrnehmung der Sprechorgane zu richten. Wenngleich diese Effekte seit Jahrzehnten bekannt sind und sich zahlreiche Studien mit ihnen näher auseinandergesetzt haben, konnten sie bislang noch nicht in durchschlagende therapeutische Anwendungen umgesetzt werden (►Kap. 4.4).

In jüngster Zeit bemühen sich die Neurowissenschaften, die neuronalen Grundlagen dieser und ähnlicher Defizite im Gehirn beobachtbar zu machen und zu modellieren (Kell et al., 2009). Wenngleich von diesen Untersuchungen sicherlich noch einiges zu erwarten ist, bleibt doch zu konstatieren, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt über die neurophysiologischen Grundlagen des Stotterns noch wenig bekannt ist.

Dies hat auch damit zu tun, dass – wie bei allen Studien über körperliche Ursachen des Stotterns – das Problem besteht, dass bei den vorgefundenen, bereits bestehenden Unterschieden zwischen Stotternden und Nicht-Stotternden unklar bleibt, ob es sich wirklich um eine Ursache und nicht eher um eine Folge des Stotterns handelt. Da Stotternde seit ihrer Kindheit fortwährend damit beschäftigt sind, ihre Sprechabläufe willentlich zu kontrollieren und zu modifizieren, sind vielfältige hirneurophysiologische und sprechmotorische Unterschiede gegenüber Nicht-Stotternden, deren Sprechprozesse längst automatisiert sind, zu erwarten; sie sind aber nicht notwendigerweise ursächlicher Natur. Benötigt werden daher in Zukunft so genannte prospektive Studien, die bereits vor dem ersten Auftreten des Stotterns beginnen und Merkmale oder Prozesse untersuchen, mit denen sich ein späteres Stottern vorherzusagen lässt.

Defizite

2.2 Auslösende Faktoren

Auslösende Faktoren sind diejenigen Bedingungsfaktoren, die dazu führen, dass sich das Stottern zu einem bestimmten Zeitpunkt herausbildet. Hier muss sorgfältig getrennt werden zwischen folgenden Fragen:

1. Wie kommt es dazu, dass ein Kind in einer bestimmten Entwicklungsphase damit anfängt, Sprechunflüssigkeiten zu produzieren?
2. Wie kommt es dazu, dass diese Sprechunflüssigkeiten nicht – wie bei den meisten Kindern – nach wenigen Wochen wieder verschwinden, sondern sich zu einem chronischen, häufig auch stärker werdenden Stottern verfestigen?

Überforderung der Sprechmotorik

Die erste Frage ist auf der Grundlage vorliegender Studien recht gut zu beantworten: Manche Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter versuchen schneller zu sprechen, als sie es gemäß ihrer artikulatorischen Fähigkeiten können (Kloth, Janssen, Kraaiaat, & Brutten, 1995). Oder anders formuliert: Bei manchen Kindern entwickeln sich die kognitiven Fähigkeiten deutlich schneller als die artikulatorischen Fähigkeiten. Hinzu können erhöhte Anforderungen an die Sprechgeschwindigkeit vonseiten der Mitmenschen kommen, etwa hohe Ansprüche der Eltern oder fordernde ältere Geschwister. Gemäß des weithin akzeptierten »Demands-Capacities-Model« (Starkweather, 1987) liegt also Stottersymptomen immer eine Überforderung der Sprechmotorik zugrunde. Das Kind spricht schneller, als es seine Fähigkeiten zulassen, und »stolpert« daher zwischendurch. Diese Prozesse erinnern an das Gehenlernen, wo sie sich in ähnlicher Form vollziehen. Man könnte also sagen: Es gibt einen entwicklungsbedingten Auslöser, der in dem Moment gegeben ist, ab dem die kognitiven Fähigkeiten stärker entwickelt sind und nach Ausdruck streben, als die Sprechmotorik zu jenem Zeitpunkt zulässt. Diese Asynchronie zwischen Denken und Sprechmotorik kommt bei vielen Kindern vor und kann damit als ein entwicklungsbedingtes Durchgangssymptom bezeichnet werden.

Chronifizierung von Sprechunflüssigkeiten

Die zweite Frage hingegen – zur Chronifizierung von Sprechunflüssigkeiten – ist weitaus schwieriger zu beantworten. Sie ist Gegenstand zahlreicher biopsychosozialer Lerntheorien (vgl. Bosshardt, 2008; Fiedler & Standop, 1994). Als einer der Ersten postulierte Johnson (1959), dass besorgte und kritische Reaktionen der Umwelt (insbesondere der Eltern) auf beginnende Sprechunflüssigkeiten das Kind zu vermehrter Erwartungsangst und Anspannung beim Sprechen veranlassen können, was wiederum eine Automatisierung des Sprechens verhindert und Sprechunflüssigkeiten häufiger werden lässt. Diese sogenannte diagnostische Theorie wird häufig in dem Satz »Stottern ist der Versuch, nicht zu stottern« zusammengefasst. Sie wird heute in dieser Zuspitzung nicht mehr vertreten. Zwar spielen die Prozesse der Erwartungsangst sicherlich bei der Chronifizierung von Sprechunflüssigkeiten eine wichtige Rolle, aber ein besonderer Einfluss elterlichen Verhaltens konnte nicht nachgewiesen werden. In zahlreichen Studien zeigte sich vielmehr, dass die Eltern stotternder Kinder sich in ihrem Erziehungsverhalten oder in ihren Reaktionen auf Sprechunflüssigkeiten nicht von Eltern flüssiger bzw. remittierter Kinder unterscheiden. Auch bei den Kindern selbst konnten bislang keine eindeutigen Prädiktoren für Stottern im Verhalten oder in der Persönlichkeit gefunden werden, d. h. stotternde Grundschul Kinder sind nicht ängstlicher, verhaltensauffälliger, depressiver oder weniger intelligent als andere Kinder (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Aus diesen gruppenstatistischen Befunden ist natürlich anders herum *nicht* zu schlussfolgern, dass nicht *im Einzelfall* unsensibles elterliches Verhalten oder ein ängstliches Temperament des Kindes die Chronifizierung von Sprechunflüssigkeiten begünstigen kann. Die klinische Erfahrung legt nahe, dass dies bei manchen Betroffenen der Fall ist. Unstrittig erscheint, dass negative Reaktionen der Mitmenschen, die entweder explizit geäußert werden (»jetzt spuck es endlich aus!«) oder implizit bleiben und über non-verbale Reaktionen (Ungeduld Zeigen, Wegschauen, etc.) kommuniziert werden können, die Sprechunflüssigkeiten verfestigen können. Aber sie sollten nicht als ursächliche Bedingung, sondern als symptomverstärkender Faktor bei gegebener genetischer Disposition verstanden werden. Gleichzeitig gilt es, im Gedächtnis zu behalten: Es gibt viele Kinder, die ihre Sprechunflüssigkeiten *trotz* ihrer ausgeprägten Ängstlichkeit und *trotz* der kritisch-besorgten Kommentare ihrer Eltern und *trotz* belastender Hänseleien im Kindergarten rasch wieder verlieren.

Weil die Befundlage zu elterlichem Verhalten und emotionalen Kompetenzen des Kindes aber durchaus heterogen und komplex ist, gibt es auch weiterhin psychoanalytisch geprägte Theorien, die Stottern als Resultat defizitärer frühkindlicher Emotionsregulation erklären. Diese hatten ihre Blütezeit in der Mitte des 20. Jahrhunderts. In Deutschland legte Kollbrunner (2004) einen Überblick über diese Forschungsrichtung sowie ein eigenes Modell vor. Da bei diesen Ansätzen jedoch konsequent auf eine methodisch adäquate Evidenzbasierung ver-