

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## STOTTERN

### Hauptmerkmale – sekundäre Symptome – psychosoziale Belastungen – diagnostische Einordnung – Häufigkeit – Ursachen – Therapie

Stottern - ein leidvolles Phänomen für die Betroffenen und ggf. eine Belastung eigener Art für das näheren Umfeld. Dabei nicht selten, besonders in der Kindheit, beim männlichen Geschlecht häufiger. Die Krankheits-Ursachen geben eine Reihe von Rätseln auf: nicht nur durch die geschlechts-spezifischen, sondern auch situations-bezogenen Unterschiede, den zeitlichen Verlauf, die Frage genetischer Einflüsse (Erbanlage), vor allem aber die große Spannweite der Behinderung von kaum merkbar bis im Alltag ernstlich beeinträchtigend (jeder zweiter Stotterer muss mit einer Sozialphobie rechnen). Was weiß man nun über beweisbare Ursachen, Hintergründe, prädisponierende und auslösende Faktoren, psychosoziale Belastungen, differentialdiagnostische Aspekte u. a.? Und welche therapeutischen Möglichkeiten stehen heute zur Verfügung? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

### Erwähnte Fachbegriffe:

Stottern – Repetitionen – Prolongationen – „blocks“ – klonisches Stottern – tonisches Stottern – „broken words“ – stumme Unterbrechungen des Redeflusses – verkrampte Artikulations-Organen – Einschleichen von Lauten oder Silben – Einsetzen von Pausen – Austausch von gefürchteten Wörtern – Laut-Übergänge – Verkrampfungen der Sprechorgane (Lippen, Kiefer, Bauchmuskeln) – Mitbewegungen bei unflüssigem Sprechen (Kopf, Arme, Beine, Nase, Stirn) – Antizipieren von Sprech-Problemen – Vermeidungs-Strategie: Austausch von Wörtern, Umstellung von Sätzen u. a. – psychosoziale Folgen des Stotterns: Scham, Schuldgefühle, Befürchtungen, Angst vor negativer Bewertung, Rückzug, Isolationsgefahr – Stottern und Sozial-Phobie – soziale Phobie durch Stottern – Stottern und Berufswahl – Stotter-Diagnose und Klassifikation (WHO, DSM) – ICD-10-Diagnose des Stotterns – DSM-Diagnose des Stot-

terns – Häufigkeit des Stotterns – Beginn des Stotterns – Verlauf des Stotterns – Stottern und Geschlecht – Ursachen des Stotterns: situations-bezogen, zeitlich, Behinderungs-Art – prädisponierende Faktoren des Stotterns: familiär, genetisch, spezifische Belastungen – auslösende Faktoren des Stotterns: Umwelt-Reaktion, Persönlichkeitsstruktur, Verhaltensweise, psychologische Aspekte u. a. – Stottern und Umfeld – Diagnose des Stotterns – Differentialdiagnose des Stotterns – Poltern – Stottern oder normale Sprech-Unflüssigkeit bei Kindern – therapeutische Möglichkeiten: Desensibilisierung, kognitive Umstrukturierung, Training sozialer Kompetenz, sprach-therapeutische Verfahren wie Einübung von Sprechtechniken, Psychopharmaka usf. – u.a.m.

## STOTTERN – WAS IST DAS?

Die Gabe des flüssigen Redens, unabhängig von Thema und intellektueller Basis, ist eine der dankenswertesten Gaben, die uns das Schicksal vermitteln kann. Den meisten ist das nicht bewusst, wie so vieles. Anders jenem 1% der Bevölkerung, das von der so genannten Redefluss-Störung Stottern betroffen ist. Das kann schon in der Kindheit beginnen und sich im Verlaufe der kommenden Jahre wieder zurückbilden. Es kann sich aber auch über die Jugend bis ins Erwachsenen-Alter fortsetzen - und dann zumeist chronisch werden. Dann wird es ernst, was die ungestörte psychosoziale Entwicklung und ein problemloses Miteinander betrifft (wobei schon stotternde Kinder ihre bitteren Erfahrungen machen müssen, die sie oftmals nie mehr vergessen werden). Kurz: Es drohen so oder so sozial-emotionale Belastungen, die nicht nur dem Alltag entspringen (und zwar tagtäglich), sondern auch ohne äußere Einflüsse, gleichsam aus dem innerseelischen Erleben mit seinen sorgenvollen Ahnungen und furchtsamen Reaktionen diesen Alltag mitbestimmen, und zwar negativ, zumindest aber belastend.

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zum Thema *Stottern*, basierend auf der Fach-Weiterbildung von Diplom-Psychologen Dr. Johannes von Tiling, IVT-Kurpfalz, Institut für Ausbildung in klinischer Verhaltenstherapie, Mannheim, in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 6 (2012) 537 unter dem Titel *Stottern – Symptome, Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Im Einzelnen:

Stottern ist eine Störung der Sprach-Produktion. Sie ist durch häufige und vor allem auffällige(!) Unterbrechungen des Rede-Flusses charakterisiert. Das Problem: Der Betroffene meint trotz adäquater Sprechplanung nicht mehr weitersprechen zu können. Und er versucht auf diese (subjektive!) Wahrnehmung hin mit einer Vielzahl von Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien zu reagieren. Das führt notgedrungen zu häufigen Einschränkungen im psychosozialen Bereich im Allgemeinen und beruflichen Alltag im Speziellen.

• Die **Kern-Symptome** und Hauptmerkmale lassen sich in drei Gruppen einteilen, beschrieben mit den Fachausdrücken: Repetitionen, Prolongationen und „blocks“. Das ist die moderne Beschreibung der Störung. Im Einzelnen:

- Repetitionen: Wiederholungen von Lauten, Silben oder Wörtern (z. B. K-K-K-K-Karina oder Ka-Ka-Ka-Karina)
- Prolongationen: Dehnungen von Lauten (z. B. Karrrrrina)
- „blocks“ (Blockierungen, „broken words“): stumme Unterbrechungen des Redeflusses, bei denen es zu einem Innehalten mit verkrampften Artikulations-Organen kommt (z. B. K- -harina)

Die frühere und durchaus populäre Einteilung wird heute nicht mehr als sinnvoll erachtet. Sie umfasste

- das klonische Stottern mit Repetitionen und Prolongationen
- das tonische Stottern (blocks oder Blockierungen, „broken words“). Einzelheiten s. o.

Das sind die Symptome bzw. Hauptmerkmale des Stotterns. Es drohen aber natürlich auch

• **Sekundäre Symptome:** Sie kommen im weiteren Verlaufe hinzu, also Reaktionen auf die wahrgenommenen Sprechprobleme (s.o.). Damit versuchen die Betroffenen ihr Sprechvorhaben so zu modifizieren, dass die erwähnten Störungen nicht oder weniger stark auftreten. Hier unterscheiden die Experten in

- Einschleichen von Lauten oder Silben (z. B. „Hallo, ich bin ähh Karina“),
- Einsetzen von Pausen (z. B. „Hallo, ich bin (kurze Pause) Karina“) und/oder
- Umschreiben bzw. Austauschen von gefürchteten Wörtern (z. B. „Hallo, Müller mein Name“ oder einfach „Hallo“).

Es versteht sich: Kernsymptome sind für den Betroffenen ein großes Problem, die sekundären Symptome (bzw. die zusätzlichen und meist mühseligen Aufgaben, die sich dadurch täglich, stündlich oder fortlaufend stellen) ein erheblicher (Kraft-)Aufwand; aber auch das Umfeld kommt nicht ohne jegliche Belastung weg. Das Stottern irritiert und die sekundären Symptome bzw. Versuche, das Stottern möglichst zu umgehen oder gering zu halten, sind für die Zuhörer oft schwierig zu erkennen, so der Experte Dr. J. v. Tiling. Und er fährt fort:

Allen diesen Krankheitszeichen liegt die objektive Erwartung zugrunde, bestimmte Laute oder Laut-Übergänge in einer konkreten Situation nicht artikulieren (letztlich: deutlich aussprechen) zu können. Beispielsweise der Übergang von K zu a bei Karina. Diese „Problem-Laute“, wie sie die Experten nennen, sind oft zeitlich langwierig, wenn nicht gar überdauernd. Und das Problem im Alltag: So könnte ein Stotternder alle Wörter mit K, P und A am Anfang fürchten und bei ihnen vielleicht nur gelegentlich stottern (wobei er bei allen anderen Wörtern jedoch keine Sprechprobleme haben muss). Dafür liegt es für ihn dann nahe, alle solche Wörter zu vermeiden, indem er sie zum Beispiel durch Synonyme (also bedeutungsgleiche Wörter) austauscht.

## **PSYCHOSOZIALE ASPEKTE UND IHRE FOLGEN**

Dabei spielt natürlich das psychosozial bestimmte Umfeld eine große Rolle: Hier erklärt sich auch die erstaunliche Erkenntnis der sogenannten situativen Variabilität, oder kurz: warum hier und ausgeprägt, aber dort wenig bzw. gar nicht? So ist es nachvollziehbar, dass es in bedeutsamen Situationen durchaus vermehrt irritiert (z. B. wichtige Diskussionen oder gar Vorstellungsgespräche), in Selbstgesprächen dagegen kaum.

Das kann man sich gut vorstellen, geht es doch schon Gesunden ähnlich, wenngleich weitgehend unauffällig und ohne ernstere Konsequenzen. Allein die Befürchtung kann zur Verkrampfung führen, vor allem was die Motorik (also das Bewegungsschema generell) anbelangt, was jeder von einer entsprechenden Situation kennt (z. B. Balancieren) - und was sich selbstverständlich auch auf die entsprechende Sprech-Muskulatur auswirkt.

### **Sichtbare Verkrampfungen**

So gehören zu den Kern-Symptomen die sichtbaren Verkrampfungen der Sprechorgane, vor allem der Lippen, des Kiefers und der Bauchmuskeln. Darüber hinaus kann es zu Mitbewegungen während des jetzt unflüssigen Sprechens kommen. Am häufigsten sind es Bewegungen des Kopfes, ja der Arme oder Beine, aber auch bestimmter Gesichtspartien (z. B. Nase oder Stirn).

Solche Bewegungen sind an sich gar nicht so abwegig. Häufig werden sie nämlich von den Betroffenen anfangs gezielt als Mittel zur Verbesserung der Sprech-Flüssigkeit eingesetzt. Das mag in dieser Hinsicht Nicht-Betroffenen sonderbar erscheinen, aber es kann manchem Stotternden durchaus helfen, dass er „Karina“ flüssiger sagen kann, wenn er dabei den Kopf ruckartig nach unten bewegt.

Dieser Effekt geht vermutlich auf eine Ablenkung zurück, die vielleicht anfangs ihren Sinn erfüllt. Aber solche so genannten operant-gelernten Mitbewegungen, wie der Fachausdruck heißt, verlieren rasch ihre Wirksamkeit und werden dann zu einer zusätzlichen Belastung. Gleichwohl halten Stotternde oft lange an ihnen fest, was nicht zuletzt auf die dann eingetretene Automatisierung zurückgeht, so Dr. Johannes von Tiling.

## **Spezielle Belastungen**

Stottern führt aber auch zu weiteren belastenden Folgen. Dies vor allem auf der Ebene der so genannten Kognitionen und Emotionen, sprich, etwas vereinfacht ausgedrückt: geistige Leistungsfähigkeit und Gemütsleben. Warum?

- Die meisten Menschen können ihre Sprach-Produktion weitgehend automatisieren. Das merken sie aber nicht, registrieren es jedenfalls nicht als Vorteil, wie alles, was sich schließlich als selbstverständlich erweist. Anders beim Stottern. Hier kann die Sprach-Produktion auf Grund der meist früh einsetzenden Sprech-Probleme nicht vollständig automatisiert werden. Das kostet Kraft, um es schlicht auszudrücken. Oder konkret: Stotterern steht dadurch in Gesprächs-Situationen weniger kognitive Kapazität für die Sprech-Planung zur Verfügung.
- Darüber hinaus verwenden viele Betroffene einen großen Teil ihres so genannten Arbeits-Gedächtnisses für das Antizipieren von Sprech-Problemen. Was heißt das? Sie müssen rechtzeitig solche Wörter mit wahrscheinlicher oder gar sicherer artikulatorischer Problematik vorausahnen, zumindest vorgehen nehmen. Konkret: Gleichsam im Detail vorher planen, was sie gleich sprechen werden. Denn danach kommt sofort die zweite Aufgabe, nämlich eine entsprechende Vermeidungs-Strategie. Beispiele: Das Austauschen von Wörtern, das Umstellen von Sätzen u. ä. Und dies alles permanent. Das kann zur eigenen Aufgabe, zusätzlichen Arbeitsleistung und zu erheblichem Aufwand und damit zum Kräfte-Verschleiß werden.

Ein Entkommen aus dieser laufenden Zusatzleistung oder einfach Darüberhinweg-Sehen ist zwar möglich, aber natürlich nicht empfehlenswert. Dafür häufen sich dann schon sehr früh negative Emotionen und vor allem bittere Erinnerungen an Scham, Schuldgefühle, Befürchtungen, Peinlichkeiten, Niederlagen, Kränkungen - und vor allem Angst vor negativer Bewertung. Also empfiehlt sich eine entsprechende Umgehungs-Strategie, und zwar pausenlos. Und das kostet Kraft. Es kostet im Übrigen auch Zeit, wenn vielleicht auf den ersten Blick nicht deutlich werdend, in der Summe dann aber sehr wohl.

Nun könnte man vielleicht meinen: Diese befürchtete negative Wertung oder gar Stigmatisierung, wenn nicht Diskriminierung gehört der Vergangenheit an. Wir leben schließlich in einer aufgeklärten, tolerant denkenden und handel-

den und damit letztlich konstruktiv-hilfreichen Gesellschaft. Das ist gut gemeint, aber für den Alltag zu „blauäugig“, denn diese moderne Welt ist keinesfalls toleranter und hilfreicher geworden, auch wenn davon ständig die Rede ist. So gibt auch Dr. Johannes v. Tiling zu denken: „Dass die Mitmenschen tatsächlich mit Abwertung und Stigmatisierung auf Stotternde reagieren, ist in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden“. Dazu braucht es also keinen weiteren Kommentar.

Gleichzeitig lassen sich aber bei vielen Stotternden in der Tat übertriebene(!) Ängste nachweisen. Für sie entwickelt das Merkmal „Sprech-Flüssigkeit“ eine unrealistisch große Bedeutung und wird zur unverzichtbaren Voraussetzung für beruflichen Erfolg und soziale Integration. Was also tun, um die Folgen möglichst klein zu halten? Man vermeidet so oft es geht schwierige zwischenmenschliche Situationen, und gerät dadurch in die Gefahr eines folgenreichen sozialen Rückzugs. Und so wählen viele Stotterer schon einen Beruf, der nicht mit entsprechenden Sprech-Anforderungen verbunden ist.

Damit droht sogar eine Sozial-Phobie, oder schlicht gesagt: die Angst vor dem Anderen schlechthin. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Das gibt zu denken, zumal nach entsprechenden Studien etwa die Hälfte der Betroffenen die wissenschaftlichen bzw. diagnostischen Kriterien einer sozialen Phobie erfüllen – etwa die Hälfte!

## **DIAGNOSE UND KLASSIFIKATION**

Wie definieren nun die ton-angehenden internationalen Institutionen das Stottern?

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht in ihren Forschungskriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 von:

anhaltendem oder wiederholtem Stottern als Sprache mit häufigen Wiederholungen oder Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern oder auch häufigem Zögern oder Pausieren beim Sprechen. Und dies in einem so schweren Ausmaß, dass der Sprechfluss deutlich unterbrochen wird.

Näher ausgeführt wird dies in der ICD-10 in dem Abschnitt über „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“.

- Etwas ausführlicher ist die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) in dem Kapitel „Störungen, die in der Kindheit und Jugend auftreten“. Dort wird vor allem auch die Beeinträchtigung im Alltagsleben berücksichtigt. Dabei heißt es beispielsweise:

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: 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 (Wort-Substitutionen, um problematische Wörter zu umgehen). 7. Unter starker körperlicher Anspannung geäußerte Wörter. 8. Wiederholung einsilbiger ganzer Wörter (z. B. „Ich geh, geh, geh weg“.) – B. Redefluss-Störung, die die schulischen bzw. beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation behindert. – C. Liegt ein sprech-motorisches oder sensorisches Defizit vor, sind die Sprechschwierigkeiten wesentlich größer als diejenigen, die gewöhnlich bei diesem Problem auftreten.

## EPIDEMIOLOGISCHE ASPEKTE

- *Stottern beginnt* in Dreiviertel der Fälle vor dem sechsten Lebensjahr, bei so gut wie allen Betroffenen vor dem 12. Lebensjahr. Meist sprechen die Kinder zunächst durchaus flüssig, bevor schrittweise entsprechende Beeinträchtigungen (Unflüssigkeiten) auftreten. Das kann bisweilen plötzlich sein, beispielsweise nach einem subjektiv bedeutsamen, wenn nicht gar belastenden Ereignis. Dazu gehören auch Aspekte, die erst einmal als positiv erscheinen, von dem Kind aber zunächst anders interpretiert werden (z. B. Geburt eines Geschwisters).
- Allerdings sprechen viele Kinder nur für kurze Zeit flüssig, d. h. einige Wochen. Wenn man - wie die ICD-10 - als kennzeichnendes Merkmal eine Dauer von mindestens drei Monaten heranzieht, so ergibt sich daraus eine *Häufigkeit* von rund 5% oder konkret: Etwa 5% der Kinder sind bis zu ihrer Pubertät von einem mindestens dreimonatigen Stottern betroffen.
- Stottert ein Betroffener noch nach der Pubertät, so droht er sein Stottern nicht mehr zu verlieren – selbst bei intensiver Therapie, fasst der Diplom-Psychologe Dr. J. v. Tiling die wissenschaftlichen Erkenntnisse zusammen. Das ist aber deutlich seltener, konkret: Die Prävalenz (Häufigkeit) unter Schulkindern liegt bei etwa 1%, die unter Erwachsenen bei etwa 0,8%.
- *Geschlechts-spezifisch* tritt Stottern deutlich häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf. In der frühen Kindheit liegt das Verhältnis noch bei 2 : 1. Dann aber sind es die Mädchen, die ihr Stottern eher verlieren als die Jungen. So liegt das Verhältnis ab dem zehnten Lebensjahr bei 5 : 1. Mit anderen Worten: Etwa 80% der jugendlichen und erwachsenen Stotternden sind männlich. Die Ursachen sind unklar. Eines aber gibt zu denken: Dieser geschlechts-

spezifische Unterschied hat sich auch über die Kulturen hinweg als gültig erwiesen, d. h. findet sich praktisch überall. Und es ist das männliche Geschlecht, das sich auch bei anderen sprach-bezogenen Störungen als anfälliger erwiesen hat (Beispiele: Artikulations-Störungen, Lese-Rechtschreib-Schwäche). Das spricht weniger für eine psychosoziale, eher für eine biologische Ursache.

- Außerdem können bei solchen umfeld-trächtigen Beeinträchtigungen auch *weitere Folgen* drohen. So erhalten stotternde Kinder häufig zusätzliche Diagnosen für phonologische und artikulatorische Störungen, also Stimme, Sprechen und Sprache betreffend. Und - was nicht verwunderlich ist - etwa jeder zweite stotternde Jugendliche und später Erwachsene gerät - wie erwähnt - in die Gefahr einer Sozial-Phobie (schlicht gesprochen: die Angst vor den anderen – siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

## URSACHEN

Stottern ist eindeutig, doch die Ätiologie (Krankheits-Ursache) gibt dann doch wieder eine Reihe von Rätseln auf. Dazu gehören beispielsweise nach J. v. Tiling:

- *situations-bezogene Unterschiede*. Oder konkret: Warum können die Betroffenen in manchen Situationen flüssig sprechen, in anderen dagegen nicht, besonders wenn sie sie für subjektiv bedeutsam halten. Das könnte mit der nachvollziehbaren Erwartungs-Angst zusammen hängen: Die Befürchtung, stottern zu müssen, führt zu einer körperlichen Anspannung, was wiederum das flüssige Sprechen erschwert oder unmöglich macht.
- Der Faktor *zeitlicher Verlauf* (s. o.), d. h. was über Pubertät hinausgeht, droht eher zu bleiben. Das legt eine genetische Komponente (Erbanlage) nahe.
- Schließlich die große *Spannbreite der Behinderung*: bei manchen merkt man kaum etwas, andere können sich kaum verständlich machen.

Das legt eine multifaktorielle Ätiologie nahe, d. h. ganz unterschiedliche Ursachen und Bedingungs-Muster. Was aber könnte dann das Stottern bahnen, auslösen und schließlich zum dauerhaften Problem werden lassen? Dazu gehören

- **Prädisponierende Faktoren**

Zu den so genannten prädisponierenden Faktoren gehört beispielsweise die Erkenntnis:

- Stottern tritt *familiär* gehäuft auf. So ist beispielsweise das Kind einer stotternden Mutter mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa 25% selbst vom Stottern betroffen. Auch belegen Zwillings-Studien, dass bei ein-eiigen Zwillingen häufiger beide Geschwister stottern als bei zwei-eiigen. Allerdings ist dies nicht so ausgeprägt, dass man nicht gleichzeitig andere Aspekte, vor allem Umgebungsfaktoren einrechnen müsste. Trotzdem spricht man von einer ausgeprägten *genetischen (Erb-)Grundlage*.

- Allerdings weiß man darüber noch relativ wenig. Zur wissenschaftlichen Diskussion tragen deshalb beispielsweise bestimmte Defizite in der Koordination der Sprechbewegungen bei, etwa beim Zusammenspiel von Kehlkopfmuskulatur und Atmung. Oder ein Defizit der akustischen Rückmeldung beim Sprechen (wenn Stotternde einen Kopfhörer mit lauter Musik aufsetzen und sich daher nicht beim Sprechen zuhören können, zeigen sie oft deutlich weniger Stotter-Symptome). Kurz: Es tut sich was. Aber allen diesen Bemühungen ist - wie die Experten betonen - das Problem gemeinsam, dass bei den erhobenen Unterschieden zwischen Stotternden und Nicht-Stotternden unklar bleibt, ob es sich wirklich um eine Ursache oder um eine Folge des Stotterns handelt. Denn die meisten Betroffenen sind seit ihrer Kindheit dauernd damit beschäftigt, ihre Sprech-Prozesse willentlich zu kontrollieren, während Nicht-Stotternde ihre Sprechprozesse längst automatisiert haben.

### ● **Auslösende Faktoren**

Hier erweitert sich also die Diskussions-Ebene auf bio-psycho-soziale Faktoren. Dazu gehören beispielsweise:

- die besorgten oder gar *kritischen Reaktionen der Umwelt* (vor allem der Eltern) auf eine beginnende Sprech-Unflüssigkeit des Kindes, was zu vermehrter Erwartungs-Angst und Anspannung beim Sprechen führt. Und das wiederum verhindert die Automatisierung des Sprechens und damit jene Sprech-Flüssigkeit, die allen anderen ohne dieses Problem gar nicht mehr auffällt. Das lässt sich in dem Satz ausdrücken: „Stottern ist der Versuch, nicht zu stottern“. Soweit, so nachvollziehbar, in dieser Konkretisierung aber heute nicht mehr wissenschaftlich vertretbar, so der Diplom-Psychologe Dr. Johann von Tiling vom IVT-Kurpfalz, Institut für Ausbildung in klinischer Verhaltenstherapie, Mannheim.

Denn es konnte dann doch belegt werden, dass die Eltern stotternder Kinder sich in ihrem Erziehungsverhalten oder in ihren Reaktionen nicht von Eltern diesbezüglich unauffälliger Kinder unterscheiden.

- Auch bei den betroffenen Kindern selber ließen sich bisher keine eindeutigen Hinweise für Stottern im *Verhalten oder in der Persönlichkeitsstruktur* fin-

den, sprich: stotternde Kinder sind *nicht* ängstlicher, verhaltensauffälliger, depressiver oder weniger intelligent als andere.

- Da die vorliegenden Befunde aber durchaus unterschiedlich und meist sehr vielschichtig sind, werden auch andere Theorien, vor allem *psychoanalytisch* geprägte erörtert, die Stottern als ein Resultat „defizitärer frühkindlicher Emotions-Regulation“ deuten. Das ist allerdings unter den Experten mangels wissenschaftlicher Fundierung derzeit kein häufig diskutiertes Thema.

- Deshalb muss man *zusammenfassend* festhalten: Es gibt ganz offenbar keine bestimmten auslösenden Prozesse für Stottern. Oder in einem Satz von Dr. J. v. Tiling: „Die betroffenen Kinder beginnen flüssig zu sprechen, werden dann bei zunehmenden Anforderungen unflüssig und entwickeln im weiteren Verlauf anscheinend nicht die nötigen sprech-motorischen Ressourcen, um diese Unflüssigkeit abzustellen.“

### **Aspekte, die das Stottern aufrechterhalten**

Was lässt nun das Stottern fort dauern? Auch das lässt verschiedene Gesichtspunkte und damit wissenschaftliche Diskussionen zu. Eines aber fällt dann doch auf: Während das frühkindliche Stottern in der Regel „nur“ oder überwiegend aus Stottern besteht, entwickeln sich danach bestimmte Sekundär-Symptome (also nachfolgende Krankheitszeichen), die sehr unterschiedlich ausfallen und auch starken Schwankungen ausgesetzt sind.

Beispiele, wie schon erwähnt: Mitbewegungen (z. B. von Armen, Beinen oder Kopf, Grimassieren), kognitive Beeinträchtigungen (wie „schwierige“ Wörter vermeiden, Austausch von Wörtern planen, Füllwörter nutzen), gemütsmäßige Belastungen wie soziale Befürchtungen, wenn nicht gar Scham, Schuld und damit vermindertes Selbstwertgefühl. Und schließlich Rückzug und dadurch Isolationsgefahr.

Das lässt eine Schlussfolgerung zu, die in der Tat von vielen Untersuchungen bestätigt wird: Der Schweregrad des Stotterns wird durch individuelle Bewältigungs- und Vermeidungsprozesse maßgeblich mitbestimmt: Je stärker mit sozialer Angst, Scham, geringem Selbstwertgefühl, Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug auf entsprechende Sprechprobleme reagiert wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass der Schweregrad des Stotterns zunimmt, also immer häufiger und länger unflüssig gesprochen wird. So eine durchaus nachvollziehbare Erkenntnis. Bestätigt wird das von Zwillings-Studien, wonach der Schweregrad des Stotterns vorwiegend von Umweltfaktoren abhängt.

Und dennoch kann im Einzelfall selbst von stark ausgeprägtem Stottern nicht automatisch auf eine schwere gemütsmäßige Folge-Problematik geschlossen

werden, mahnt Dr. J. v. Tiling. Oder kurz: Es gibt auch schwer Stotternde, die ihr Stottern emotional gut bewältigen.

Weshalb führt nun aber die Furcht vor negativen Reaktionen des Umfelds zu einer Verstärkung des Stotterns? Dazu gibt es bislang wenig empirisch abgesicherte Erkenntnisse. Eines aber ist dann doch nachvollziehbar (z. B. parallel zu der Erforschung der Prüfungs-Angst): Einerseits ist es die durch Furcht ausgelöste körperliche Anspannung, die flüssiges Sprechen schwieriger macht, andererseits die von Angst-Gedanken regelrecht konsumierte kognitive Kapazität (geistige Leistungsfähigkeit). Oder wissenschaftlich ausgedrückt: „Wer einen großen Teil seines Arbeits-Gedächtnisses mit der Antizipation (Vorwegnahme) möglicher Stotter-Ereignisse, deren sozialen Konsequenzen und Möglichkeiten der Vermeidung verbrauchen muss, hat nicht mehr hinreichend Zeit, Platz oder gar Kraft für die komplexen Prozesse der Sprech-Planung und -Ausführung. Damit werden normales Stocken des Sprechflusses, entsprechende Anstrengungs-Reaktionen und schließlich Stottern immer wahrscheinlicher.

Diese Sichtweise hilft dann auch, die zuweilen erstaunlichen Unterschiede des Stotterns je nach Situation zu erklären. So stottern beispielsweise viele Jugendliche im Schulunterricht besonders stark, während sie sich im lockeren Pausengespräch problemlos unterhalten können.

Und etwas anderes ist offensichtlich von Bedeutung, nämlich die sozialen Anforderungen und Erwartungen, schnell und flüssig zu sprechen. Denn der Stotternde wird - auch und nicht zuletzt in unserer Zeit und Gesellschaft - wegen seines Stotterns emotional und zwischenmenschlich-kommunikativ abgewertet, wenn nicht gar in so manchen Lebensbereichen stigmatisiert, wie Dr. J. v. Tiling wissenschaftlich belegen konnte.

Diese sozialen Befürchtungen begleiten den Stotternden auf allen Wegen. Zum einen darf er nicht stottern, zum anderen auch nicht langsam oder monoton sprechen - und ist deshalb fortwährendem Stress ausgesetzt.

## **DIFFERENTIAL-DIAGNOSTISCHE ASPEKTE**

Die *Diagnose des Stotterns* bereitet in der Regel keine Schwierigkeiten. Die Sprech-Unflüssigkeiten sind zumeist rasch erkennbar. Die sekundären Folgen muss man konkret abfragen, vor allem Befürchtungen und Vermeidungsverhalten.

Wichtig ist allerdings ein Faktor, den es sich zu merken gilt: Liegt der Beginn der Sprech-Unflüssigkeiten nicht in der Kindheit, muss man es als Symptom einer noch unbekanntem oder bereits bekannten neurologischen Krankheit

werten (z. B. Parkinson). Denn der Beginn von Sprech-Unflüssigkeiten im Erwachsenenalter ohne neurologische Ursache ist - wenn überhaupt - äußerst selten.

Differentialdiagnostisch (also was könnte es sonst noch sein) ist Stottern vom so genannten *Poltern* abzugrenzen. Poltern äußert sich in einer hastigen, undeutlichen Sprechweise mit Wiederholungen auf Silben- und Wort-Ebene. Die Betroffenen haben dabei auch ein geringes Störungs-Bewusstsein. Sie können durch verstärkte Konzentration auch flüssiger sprechen. Allerdings treten Stottern und Poltern häufig zusammen auf.

Schwieriger ist die Diagnose bei einer beginnenden Unflüssigkeit. Denn vorübergehende Sprech-Unflüssigkeiten kommen bei vielen Kindern vor. Deshalb sollten sie laut ICD-10 (s. o.) mindestens drei Monate anhalten.

Dabei gibt es durchaus einfach zu handhabende Differenzierungs-Hilfen, die zwischen normalen Sprech-Unflüssigkeiten und Stottern bei Kindern unterscheiden helfen. In dem Artikel von J. v. Tiling in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 6 (2012) 537 werden die entsprechenden Kriterien zitiert, nämlich:

- Art der Sprech-Unflüssigkeiten: Typisch für normale Unflüssigkeiten sind Wiederholung von Wörtern bzw. Wiederholung von Lauten zwei- bis drei-Mal.
- Typisch für Stottern ist eine Wiederholung von Lauten mindestens vier-Mal und die schon beschriebenen „Blocs“.
- Reaktionen des Kindes auf die Unflüssigkeiten sind im Normalfall nicht sichtbar, bei stotternden Kindern dagegen Wort-Austausch und die erwähnten Mitbewegungen.
- Zahl der Unflüssigkeiten: In jedem fünften Satz eine ist normal. Beim Stottern mindestens eine Unflüssigkeit pro Satz.
- Bei den Reaktionen der Umwelt finden sich im Normalfall keine Beeinträchtigungen, beim Stottern hingegen die Gefahr von Hänseleien.
- Und was die bisherige Dauer der Unflüssigkeiten anbelangt so ist normal: wenige Wochen und bei Verdacht auf Stottern: sechs Monate.

Soweit die Theorie. Die Untersuchung im Alltag, und zwar durch Experten, ist jedoch aufwendig (etwa ein bis zwei Stunden, einschließlich Auswertung) und erfordert ein kontinuierliches Training. Hier gilt es sich deshalb entsprechend zu informieren.

## THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

Denn danach folgt ja ggf. die Therapie, wobei die Behandlung des Stotterns immer auf zwei Ziele ausgerichtet ist, nämlich 1. die gemütsmäßige Bewältigung des mit dem Stottern verbundenen Stigmas und 2. die Reduzierung der Sprech-Unflüssigkeiten.

Die meisten Therapieprogramme kombinieren deshalb

- psychotherapeutische Methoden, d. h. in Fachbegriffen ausgedrückt: Desensibilisierung, kognitive Umstrukturierung, Training sozialer Kompetenz
- mit sprach-therapeutischen Verfahren, vor allem der Einübung von Sprech-techniken.

Dabei spielt der akademische Hintergrund des Therapeuten keine entscheidende Rolle, weshalb Stottern in Deutschland von Sprachtherapeuten und Logopäden (die auch psychotherapeutische Techniken anwenden) sowie Psychotherapeuten angeboten wird, die sich hinsichtlich der sprech-motorischen Vorgänge beim Stotternden entsprechend fachlich weitergebildet haben.

Für Psychopharmaka hingegen, die ansonsten für vieles eingesetzt und durchaus nutzbar angewendet werden können, gibt es jedoch derzeit keine gesicherten Erfolgs-Belege. Einzel-Hinweise mit entsprechenden Substanzen werden zwar immer wieder veröffentlicht und diskutiert, bisher aber nicht allgemein akzeptiert, da keine ausreichende empirische Grundlage gegeben ist.

In dem ausführlichen Fortbildungs-Beitrag des Experten Dr. J. v. Tiling, IVT-Kurpfalz, Institut für Ausbildung in klinischer Verhaltenstherapie, Mannheim sowie Institut für Psychologie der Universität Kassel, geht es dann in einem zweiten Teil um konkrete Therapie-Hinweise für Jugendliche und Erwachsene. Einzelheiten siehe die Fachzeitschrift Psychotherapeut 6 (2012) 545 und die dort angeführte (meist englisch-sprachige) Literatur-Übersicht.

Beschrieben werden so genannte integrative Behandlungs-Ansätze, d. h. eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung der negativen Emotionen sowie der Einübung von Sprech-Techniken. Beispiele in Fachbegriffen: Phase I: Bewusstmachung, Psychoedukation, Festsetzung des Therapieziels. – Phase II: Desensibilisierung und kognitive Umstrukturierung. – Phase III: Einübung lokaler und/oder globaler Sprechtechniken. – Phase IV: Übertragung der Sprechtechniken in den Alltag. – Phase V: Optionales Hinzuziehen apparativer Sprechhilfen. – Phase VI: Rückfallprophylaxe.

Auch wenn Rückfälle eher die Regel als die Ausnahme sind und sich deshalb eine langfristig angelegte Nachsorge empfiehlt (z. B. in Form von Auffrischungs-Wochenenden, häufiger beim Auftreten von Krisensituationen), kann

doch tröstlicherweise behauptet werden, was der Experte im Fazit seines Beitrags zusammenfasst:

„Auch wenn Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen in der Regel einen chronischen Verlauf nimmt, können die Klienten bedeutende Fortschritte in Kommunikations- und Lebensqualität erreichen“.

Und im Hinblick auf die Behandlungs-Chancen, sprich einen solchen Arzt zu finden: „Psychotherapeuten könnten Stottern behandeln, indem sie vertraute Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie anwenden und sich hinsichtlich der einzuübenden Sprechtechniken entweder fortbilden oder mit einem Sprachtherapeuten oder Logopäden zusammenarbeiten. Das sollte dabei helfen, das in Deutschland vergleichsweise geringe Angebot aller akademisch ausgebildeten Stotter-Therapeuten zu verbessern“.

## LITERATUR

Grundlage vorliegenden Beitrags ist der Fortbildungs-Artikel:

Johannes von Tiling: *Stottern – Symptome, Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Psychotherapeut 6 (2012) 537

Auszug aus dem dortigen Literaturverzeichnis in Form deutschsprachiger Fachbücher:

*Bosshardt, H.-G.: Stottern*. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2008

*Kollbrunner, J.: Psychodynamik des Stotterns*. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2004

*Sandrieser, P., P. Schneider: Stottern im Kindesalter*. Thieme-Verlag, Stuttgart 2008