

Erkenntnisse über das Stottern

Ulrich Natke

Institut für Experimentelle Psychologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Diese Broschüre widmet sich dem Stottern, das sich in der frühen Kindheit meist ohne offensichtlichen Anlass entwickelt. Hiervon muss das *erworbene Stottern* unterschieden werden, das plötzlich und überwiegend im Erwachsenenalter auftritt. Die Ursache für erworbenes Stottern können Schädigungen des Nervensystems, z. B. aufgrund eines Schlaganfalls oder auch ein psychologisches Trauma sein. Solche auffallenden Ereignisse geschehen bei Beginn des gewöhnlichen Stotterns üblicherweise nicht.

Stottern scheint in besonderem Maße mystifiziert und psychologisiert zu werden. Es regt sehr zu Spekulationen über die betroffenen Menschen und ihre Familien und über die Verursachung an. So sind immer noch Vorurteile verbreitet wie: Stotternde Kinder seien besonders ängstlich, Stottern werde durch eine Krise in der Familie verursacht oder „Stotterer“ seien psychisch auffällige Menschen. Dabei ist Stottern zunächst einmal nur eine Störung des Sprechens, bei der der Redefluss unwillkürlich unterbrochen wird - weiter nichts.

In diesem Einleitungskapitel soll mit Vorurteilen gegenüber dem Stottern aufgeräumt werden, indem kurz zusammengefasst wird, was man bis heute über Stottern weiß und welche Vorstellungen man über dessen Entstehung hat. Dabei wird auf einzelne Quellenangaben verzichtet. Weiterführende Darstellungen finden sich in den Büchern, die im Anhang angeführt sind.

Verbreitung und Vererbung

Stottern tritt in allen Kulturen auf. Erste Zeugnisse sind mehrere tausend Jahre alt. Abbildung 1 zeigt Hieroglyphen, die im antiken Ägypten für Stottern gestanden haben soll. Der größte Redner des antiken Griechenland, Demosthenes, hat gestottert. Er soll es überwunden haben, indem er mit Kieselsteinen im Mund Reden und Gedichte rezitierte. Auch in neuerer Zeit gibt es viele berühmte Menschen, die stottern oder gestottert haben: Charles Darwin, Isaac Newton, König Georg VI. von England, Winston Churchill, Marylin Monroe, Somerset Maugham, Bruce Willis, John Larkin alias Scatman John und viele andere.



Abb. 1: Diese Hieroglyphen zeigen das altägyptische Wort „njtj“, das „zögernd handeln“ bedeutet, mit einer Zusatzhieroglyphe rechts, durch die sie die Bedeutung „zögernd sprechen“/„stottern“ erhalten (Papyrus „Erzählung des Schiffbrüchigen“, St. Petersburg 1115).

Stottern entsteht in der frühen Kindheit, meist im Alter zwischen 2 und 5 Jahren. Die Kinder hatten bis dahin meist eine normale Sprachentwicklung und haben unauffällig gesprochen. Etwa 5 % aller Kinder sind betroffen. Sie haben eine Zeit lang *stottertypische Sprechunflüssigkeiten*. Dazu gehören Wiederholungen von Lauten („k-k-k-kann“), Silben oder einsilbigen Wörtern, Dehnungen („wwwill“) und Blockaden im Sprechen („----kann“), kurz Blocks genannt.¹ Diese Sprechunflüssigkeiten treten nicht bzw. in viel geringerem Umfang bei normal sprechenden Kindern auf, auch wenn ihr Sprechen ebenfalls sehr unflüssig sein kann. Sie haben *normale Sprechunflüssigkeiten*, zu denen Wiederholungen von mehrsilbigen Wörtern oder von Satzteilen, Satzabbrüche und Pausen gezählt werden. Eltern machen sich normalerweise nur beim Auftreten von stottertypischen Sprechunflüssigkeiten Sorgen um ihr Kind.

Etwa gleich viele Jungen wie Mädchen beginnen zu stottern. Mädchen verlieren das Stottern jedoch häufiger wieder, so dass im Erwachsenenalter schließlich 4 bis 5 mal mehr Männer als Frauen stottern. Dies passt in das allgemeine Bild der Sprachentwicklung, die von Mädchen schneller und mit weniger Störungen bewältigt wird.

Die meisten Kinder verlieren das Stottern wieder, insbesondere in den ersten 2 Jahren nach dem Beginn. Bis zur Pubertät stottern etwa 80 % nicht mehr. Im Erwachsenenalter wird nur noch sehr selten berichtet, dass sich das Stottern vollständig verliert. In der Erwachsenenbevölkerung bleibt damit etwa 1 % übrig, das stottert.

Bislang lässt sich nicht vorhersagen, welche Kinder das Stottern wieder verlieren und bei welchen es dauerhaft bestehen bleibt. Die Kinder, die das Stottern wieder verlieren, werden zum Teil wegen des Stotterns therapiert, zum Teil aber auch nicht. Man weiß bei einem einzelnen Kind nicht, ob sich sein Stottern von selbst zurückbilden würde. Nach vorsichtigen Schätzungen würde die Hälfte der Kinder das Stottern auch ohne therapeutische Unterstützung wieder verlieren. Mit anderen Worten: Die Chance ist 50:50, dass das Kind weiter stottert, wenn nichts unternommen wird.

Stottern tritt familiär gehäuft auf. Stotternde Menschen haben im Vergleich zu nichtstotternden etwa dreimal häufiger Verwandte, die ebenfalls stottern. Stotternde Frauen haben häufiger stotternde Kinder als stotternde Männer. Zwillingsstudien haben ergeben, dass bei eineiigen Zwillingen, die identisches Erbgut aufweisen, häufiger beide Zwillinge stottern als bei zweieiigen Zwillingen, die unterschiedliches Erbgut haben. All dies zeigt, dass ein Erbfaktor bei der Entstehung des Stotterns eine Rolle spielt. Stottern wird jedoch nicht direkt vererbt, sondern man stellt sich vor, dass eine Veranlagung zum Stottern weitergegeben wird. Stottern kann sich aus dieser Veranlagung entwickeln, muss es aber nicht zwangsläufig. Die Vorfahren stotternder Kinder können demnach eine Veranlagung zum Stottern weiter gegeben haben, ohne dass sie selbst stotterten.

Da es auch eineiige Zwillinge gibt, von denen der eine stottert, der andere jedoch nicht, steht fest, dass auch Einflüsse aus der Umgebung eine Rolle bei der Entstehung des Stotterns spielen. Wissenschaftler haben anhand der vorliegenden Daten Rechenmodelle entwickelt, mit denen sie versuchen, den Einfluss und die Art der Vererbung beim Stottern zu erklären. Nach diesen Mo-

¹ Im deutschsprachigen Raum werden auch die Begriffe klonisches Stottern für anspannungsfreie Wiederholungen und tonisches Stottern für angestrengte Dehnungen und Blocks gebraucht. Die Praxis zeigt allerdings, dass sich die Symptomatik bei entwickeltem Stottern mit diesen Begriffen häufig nur unzureichend beschreiben lässt.

dellen wird geschätzt, dass 70-80 % der Wahrscheinlichkeit, ob ein Kind stottert, genetisch bedingt ist, während die Umgebung 20-30 % beiträgt.

Man kann vermuten, dass die meisten stotternden Kinder eine genetisch übertragene Veranlagung zum Stottern aufweisen. Worin diese Veranlagung besteht, ist allerdings nicht bekannt. Es könnte sich um eine Anfälligkeit des sprechmotorischen Systems handeln, aber auch um Faktoren, die beeinflussen, auf welche Weise das Kind Verhalten erlernt.

Entwicklung und Erscheinungsbild

Stottern kann äußerst bizarr auf den Zuhörer wirken. Wenn ein stotternder Mensch bei dem Versuch, ein Wort auszusprechen, das Gesicht verkrampft, den Kopf nach hinten wirft, den gesamten Körper versteift und schließlich mit einem Fußstampfen das Wort herausbringt, kann dies den Eindruck eines Anfalls machen. Durch eine genaue Analyse kann man jedoch verstehen, was dabei vor sich geht.

Wiederholungen, Dehnungen und Blocks bilden den Kern des Stotterns. Diese Unterbrechungen des Sprechens treten ungewollt auf und können nicht kontrolliert werden. Bei Kindern, die gerade zu stottern angefangen haben, können die reinen Kernsymptome gut beobachtet werden. Bei ihnen sind Wiederholungen von Wortteilen sehr verbreitet. Aber auch Symptome mit Zeichen von Anspannung wie Blocks oder angestrengte Dehnungen treten bei vielen stotternden Kindern von Anfang an auf. Bleibt das Stottern bestehen, dann entwickelt sich die Symptomatik weiter und wird auffälliger.

Wenn die Kernsymptome viel Zeit in Anspruch nehmen und unangenehm erlebt werden, reagiert das Kind darauf, indem es versucht, die Sprechunflüssigkeit zu beenden. Es flüchtet sozusagen aus dem Symptom, indem es z. B. mehr Kraft beim Sprechen aufwendet, stoppt und neu ansetzt oder mit dem Kopf oder dem Arm eine ruckartige Bewegung ausführt, die ihm über das Stottern hinweg helfen soll. Hiermit wird das Ziel verfolgt, möglichst schnell weiter zu sprechen. Diese Verhaltensweisen helfen tatsächlich eine Zeit lang. Nach einer Weile verlieren sie jedoch ihre Wirksamkeit. Fatalerweise wird das Fluchtverhalten beibehalten und nun in das Stottern integriert. Eine Dehnung wird jetzt vielleicht immer von einer Kopfbewegung begleitet oder ein Block tritt zusammen mit Anspannungen der Gesichtsmuskulatur auf. Das Erscheinungsbild des Stotterns wird so insgesamt auffälliger.

Wenn ein Kind bereits eine Zeit lang stottert, wird es irgendwann erwarten, dass wieder Stottern auftritt. Vielleicht hat es in der Vergangenheit mehrfach bei bestimmten Buchstaben gestottert. Wenn es dann ein Wort mit diesem Buchstaben sprechen will, vermutet es, dass es dabei wieder stottern wird. Das Kind reagiert dann eventuell mit Vermeidung, indem es z. B. ein anderes Wort benutzt. Oder es stellt das schwer auszusprechende Wort an das Satzende oder zögert das Aussprechen durch Einschübe wie „äh“ hinaus. Die Einschübe können auch als sogenannte Starter benutzt werden, die dazu dienen, besser in das Wort hineinzukommen. Auch dieses Vermeidungsverhalten hilft nach einer Weile meist nicht mehr und Stottern tritt wieder auf.

Das gesamte Stottereignis besteht jetzt aus der Erwartung des Stotterns, dem Vermeidungsverhalten, dem eigentlichen Kernsymptom und dem Fluchtverhalten (vgl. Abb. 2). Dieses Muster wird beim Stottern immer wieder durchlaufen, dabei kann es sich verkürzen, und es automatisiert sich. Das Ergebnis ist ein mehr oder weniger auffälliges Stottern, das bei jedem stotternden Menschen anders aussieht.

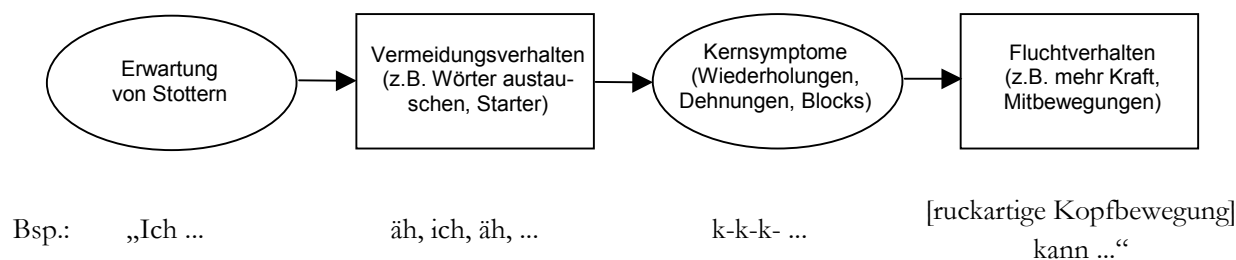


Abb. 2: Typischer Ablauf eines Stottererereignisses bei entwickeltem Stottern.

Das Flucht- und Vermeidungsverhalten stellt den Versuch dar, das Stottern zu bewältigen, um weitersprechen zu können. Diese Reaktion auf die Kernsymptome wird auch als Sekundär- oder Begleitsymptomatik bezeichnet, weil sie später zu den ursprünglichen Symptomen hinzukommt. Auch Auffälligkeiten in der Atmung, die manchmal bei stotternden Menschen beobachtet werden können, entstehen erst im Laufe der Zeit und sind daher nicht die Ursache des Stotterns.

Bislang wurden nur die äußerlich beobachtbaren Symptome beschrieben. Die Gefühle und Einstellungen, die Menschen in Bezug auf ihr Stottern entwickeln, bemerken Zuhörer nicht auf Anhieb. Einige Menschen können ihr Stottern so gut verstecken, dass sie von anderen nicht als „Stotterer“ erkannt werden. Wenn sie ständig bemüht sind, nicht enttarnt zu werden, leiden sie hierunter stark. Gefühle von Angst, Scham und Schuld sind unter stotternden Menschen verbreitet, auch Frustration und Wut. Mit der Zeit entwickeln stotternde Menschen häufig ein negatives Bild von sich. Sie fühlen sich minderwertig und unfähig, in einer Welt bestehen zu können, in der Sprechen als so wichtig angesehen wird. Negative Reaktionen aus der Umwelt wie Spott oder die Darstellung von „Stotterern“ als Witzfiguren oder Psychopathen in den Medien (vgl. Kapitel 2) fördern die negativen Gefühle und Einstellungen noch weiter.

Gesetzmäßigkeiten und Beeinflussbarkeit

Einerseits tritt Stottern in der Kindheit oft phasenweise auf, ohne dass ersichtlich ist, warum das Kind nun in einer bestimmten Zeit mehr oder weniger stottert. Auch stotternde Erwachsene kennen „gute“ und „schlechte Tage“. Andererseits folgt Stottern einigen Gesetzmäßigkeiten: Es tritt meist am Anfang von Sätzen und Wörtern auf, eher bei Konsonanten als bei Vokalen, meist bei Wörtern, die die Bedeutung eines Satzes vermitteln, und häufiger bei betonten als bei unbetonten Silben. Außerdem tritt Stottern häufig immer wieder in bestimmten Situationen auf. Bei der einen stotternden Person kann dies das Gespräch mit dem Vorgesetzten sein, bei einer anderen die Einkaufssituation beim Bäcker. In anderen Situationen gelingt das Sprechen dagegen völlig flüssig (wenn z. B. der stotternde Schüler in der Pause mit seinen Freunden flüssig spricht, während er im Unterricht die Wörter nicht herausbekommt).

So bizarr Stottern wirken kann, so leicht ist es doch zu beeinflussen. Stottern verschwindet z. B. beim Flüstern, beim Singen, beim Sprechen im Takt, wenn etwas wiederholt oder wenn simultan mit einer weiteren Person gesprochen wird und beim Sprechen mit technischen Hilfsmitteln, die beispielsweise die eigene Stimme über Kopfhörer tiefer oder höher wiedergeben. Es wirkt auf Laien sehr beeindruckend, wenn stotternde Menschen durch diese Maßnahmen ihre

auffällige Symptomatik von einem Moment auf den anderen verlieren. Die Wirkungsweise dieser Maßnahmen ist unbekannt. Ablenkung und Änderungen in der Sprechproduktion und in der Verarbeitung des eigenen Sprechens könnten eine Rolle spielen.

Alle Maßnahmen, durch die stotternde Menschen unmittelbar flüssig sprechen können, haben zwei Dinge gemeinsam: 1. Es ist praktisch unmöglich, sie ständig anzuwenden. 2. Das Stottern tritt meist in unveränderter Stärke wieder auf, wenn die Maßnahmen nicht mehr benutzt werden. Damit eignen sie sich nicht als Therapiemethode.

Unterschiede zwischen stotternden und nichtstotternden Menschen

Um die Ursachen des Stotterns herauszufinden, ist man bis heute auf der Suche nach Merkmalen, in denen sich stotternde Menschen von nichtstotternden Menschen unterscheiden. Einfache körperliche Unterschiede, z. B. die Zunge oder Stimmlippen betreffend, bestehen nicht. In vergangenen Zeiten schrieb die Fachwelt stotternden Menschen bestimmte Persönlichkeitseigenschaften zu: Sie seien nervös, leicht reizbar, misstrauisch gegenüber der Umwelt und ängstlich. Diese Urteile beruhten auf persönlichen Einschätzungen und nicht auf systematischen Untersuchungen. Mittlerweile wurden viele Untersuchungen zur Persönlichkeit von stotternden Menschen durchgeführt. Diese ergaben keine Hinweise darauf, dass sich stotternde Menschen von nichtstotternden Menschen in ihrer Persönlichkeit unterscheiden. Auch wenn die körperliche Erregung, z. B. mittels der Herzrate oder Hautleitfähigkeit, gemessen wird, finden sich keine Unterschiede. Genauso liegen keine Unterschiede zwischen Familien mit stotternden Kindern und anderen Familien in ihren Einstellungen oder in dem Umgang mit ihrem Kind vor. Stotternde Menschen sind auch nicht weniger intelligent als nichtstotternde Menschen. Entsprechende Vorurteile sind in der Laienbevölkerung leider immer noch sehr verbreitet.

Im körperlichen Bereich haben Forscher nach nicht offensichtlichen Unterschieden zwischen den Gruppen gesucht. Dahinter steckt die Vermutung, stotternde Menschen hätten ein Defizit in der Sprechmotorik oder in deren Ansteuerung durch das Gehirn, das zum Stottern führt. In folgenden Bereichen wurde man fündig: (1) Stotternde Menschen scheinen akustische Reize weniger effizient im Gehirn zu verarbeiten als nichtstotternde Menschen. (2) Sprache und Sprechen wird üblicherweise auf der linken Seite des Gehirns verarbeitet. Bei stotternden Menschen gibt es Hinweise darauf, dass bei ihnen häufiger Abweichungen von diesem Muster auftreten (siehe auch Kapitel 3). (3) Bezüglich der Sprechmotorik hat man herausgefunden, dass stotternde Menschen langsamere Reaktionszeiten bei sprachlichen Aufgaben aufweisen, was nicht vom Auftreten der Symptome herrührt. Neben diesen drei Bereichen weiß man außerdem, dass stotternde Kinder häufiger eine Verzögerung der Sprachentwicklung und weitere Störungen des Sprechens zeigen. Allerdings ist hiervon nur eine Minderheit der stotternden Kinder betroffen.

Die genaue Bedeutung dieser Ergebnisse für die Verursachung des Stotterns ist unbekannt. Es könnte sich um Hinweise auf ein – möglicherweise vererbtes – Defizit handeln, das eine Veranlagung zum Stottern ausmacht. Bei den Untersuchungen traten allerdings immer große Überlappungen auf, d. h. stotternde Menschen zeigten Ergebnisse im Bereich von nichtstotternden und umgekehrt. Die Auffälligkeiten können daher nicht die direkte Ursache für das Stottern sein. Außerdem wurden größtenteils Erwachsene untersucht, die also bereits viele Jahre gestottert haben. Man kann daher nicht klären, ob die Ergebnisse Hinweise auf die Verursachung des Stotterns geben oder lediglich eine Folge des Stotterns darstellen.

Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass sich stotternde Menschen und nichtstotternde Menschen im großen und ganzen nicht auffällig voneinander unterscheiden – bis auf die Tatsache, dass das Sprechen der einen Gruppe gestört ist.

Theorien zur Entstehung

Das Stottern wird auffällig und schwer, wenn Flucht- und Vermeidungsreaktionen zu den Kernsymptomen hinzukommen. Was auffällig wirkt und es für Zuhörer anstrengend machen kann, stotternden Menschen zuzuhören, ist die *übermäßige Kraft*, die beim Stottern aufgewendet wird. Flüssiges Sprechen vollzieht sich mit sehr geringem Muskeleinsatz. Beim Stottern werden die Muskeln stärker angespannt und sie arbeiten zum Teil gegeneinander. Dies wird in Verkrampfungen der Gesichtsmuskulatur oder z.B. bei einem Tremor im Unterkiefer sichtbar. Die vermehrte Kraft beim Sprechen kann als direkte Ursache für einen Großteil des Stotterproblems angesehen werden. Könnte ein stotternder Erwachsener die übermäßige Anstrengung abstellen, würden möglicherweise nur kurze Unterbrechungen des Sprechens übrigbleiben, die unauffällig wären und an denen sich kaum ein Zuhörer stören würde.

Leider lassen sich die übermäßige Anstrengung und die Reaktionen auf das Kernstottern nicht einfach abstellen. Die Fluchtreaktionen werden zunächst dadurch verstärkt, dass sie Erfolg haben, indem sie das Stottern beenden. Durch diese Verstärkung wird das Fluchtverhalten häufiger. Man nennt dies instrumentelle Konditionierung und bezeichnet damit ein Lernen über Wirkungen des eigenen Handelns. Auch das Vermeidungsverhalten wird auf diese Weise „erlernt“. Beispielsweise kann durch das Austauschen von Wörtern erfolgreich das unangenehme Stottern vermieden werden. Nun entstehen Teufelskreise: Wenn Wörter vermieden werden aus Angst, bei ihnen zu stottern, dann erhöht dies die Angst vor diesen Wörtern weiter und das Vermeidungsverhalten wird häufiger. Wenn sich der Stotternde beim Sprechen anstrengt, um nicht zu stottern, führt dies dazu, dass sein Stottern noch auffälliger und schwerer wird. Dies erhöht die Frustration, was wiederum dazu führt, dass er sich noch mehr anstrengt. Das gesamte Stotterverhalten wird so aufrechterhalten oder sogar noch verstärkt. Es automatisiert sich mit der Zeit und kann dann nur noch schwer wieder verändert werden.

Auf die beschriebene Art und Weise lässt sich die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Stotterns plausibel erklären. Es bleibt aber die Frage, wie es zum ersten Auftreten der Kernsymptome kommt. Hier gibt es zwei Arten von Theorien, die die Entstehung des Stotterns erklären sollen.

Nach den *Lerntheorien* entstehen auch die Kernsymptome aus dem misslungenen Versuch, flüssig sprechen zu wollen. Das Kind erwartet Fehler beim Sprechen und strengt sich an, um diese zu überwinden. Die Anstrengung führt jedoch erst zu Stottersymptomen. Eine ältere Theorie dieser Kategorie besagt, dass das Stottern auf diese Art aus normalen Sprechunflüssigkeiten heraus entsteht, wenn die Eltern das Kind dazu ermahnen, flüssig zu sprechen. Gegen diese Theorie spricht, dass angestrengte Stottersymptome von Beginn des Stotterns an vorliegen können und Eltern erst dann auf die Sprechunflüssigkeiten ihres Kindes reagieren, wenn es bereits stottert. Die Eltern können daher nicht das Auftreten der ersten Stottersymptome verursacht haben. Andere Lerntheorien berufen sich darauf, dass Anspannungen und Unterbrechungen im Sprechen von Kindern sehr verbreitet sind. Bei komplizierten, seriellen und hochautomatisierten motorischen Bewegungen wie dem Sprechen ist dies eine natürliche Reaktion des Körpers auf den alltäglichen kommunikativen Druck. Bei manchen Kindern treten nun mehr dieser Anspan-

nungen und Unterbrechungen auf, so dass sie Schwierigkeiten beim Sprechen erwarten und sich wiederum vergeblich anstrengen, flüssig zu sprechen.

Die zweite Art von Theorien ist die des *Zusammenbruchs unter Belastung*. Obwohl dies den meisten Menschen nicht bewusst ist, ist Sprechen ein hochkomplizierter Vorgang, bei dem über 100 Muskeln zeitlich genau koordiniert werden müssen. Theorien des Zusammenbruchs besagen nun, dass das einzelne Stotterersymptom entsteht, wenn das komplizierte Zusammenspiel zwischen Atmung, Stimmgebung und Lautbildung misslingt. Ursache hierfür sei eine körperliche Veranlagung in der Sprechmotorik oder deren Ansteuerung durch das Gehirn. Vertreter dieser Theorien weisen auf Unterschiede zwischen stotternden und nichtstotternden Personen, die man in den entsprechenden Bereichen gefunden hat, und vermuten, diese körperliche Veranlagung wird vererbt. Normalerweise funktioniert das Sprechen bei stotternden Personen normal. Nur unter besonderen Belastungen gerät das System, das bei stotternden Personen besonders anfällig ist, aus dem Gleichgewicht.

Beide Theoriearten lassen Fragen offen. So können die Lerntheorien nicht erklären, warum sich manche Kinder anstrengen, um flüssig zu sprechen, andere jedoch nicht. Die körperliche Veranlagung zum Stottern, die bei Theorien des Zusammenbruchs angenommen wird, ist nicht identifiziert.

Bei der Entstehung des Stotterns muss man zwischen drei Einflussbereichen unterscheiden. Zunächst können Kinder eine *Veranlagung* zum Stottern mitbringen, wie oben beschrieben wurde. Dann kann es einen *Auslöser* geben, der das Stottern auftreten lässt. Schließlich können *aufrechterhaltende Bedingungen* vorliegen, die dafür sorgen, dass das Stottern bestehen bleibt und sich weiterentwickelt. Bei dieser Betrachtung wird deutlich, dass man kaum von *der* Verursachung des Stotterns sprechen kann. Viele Faktoren beeinflussen dessen Entstehung. Die Geburt eines Geschwisters mag zeitlich mit dem Beginn des Stotterns zusammenfallen, kann aber nicht alleine das Stottern verursacht haben, wenn nicht auch eine Veranlagung oder aufrechterhaltende Bedingungen vorgelegen haben. Den Eltern oder gar dem Kind kann also nicht die Schuld am Stottern gegeben werden.

Auch wenn die genauen Bedingungen zur Entstehung des Stotterns nicht bekannt sind, kann man doch das Wissen über Stottern für die Therapie nutzen. Bei der Therapie stotternder Kinder versucht man beispielsweise, die Kapazitäten des Kindes für flüssiges Sprechen zu stärken und die Anforderungen an das Kind, die zu vermehrtem Stottern führen, zu senken (vgl. Kapitel 4). Bei stotternden Jugendlichen und Erwachsenen nutzt man Erkenntnisse aus der Lernpsychologie und über den genauen Ablauf der Stottererereignisse (vgl. Kapitel 5).

Zusammenfassung

Stottern tritt in allen Kulturen auf und ist seit Menschengedenken bekannt. Es beginnt meist in der frühen Kindheit und 5 % aller Kinder sind betroffen. 80 % verlieren das Stottern wieder, wobei sich nicht vorhersagen lässt, bei welchen Kindern dies der Fall ist. Es sind mehr Männer als Frauen betroffen. Vermutlich weisen die meisten stotternden Kinder eine genetisch übertragene Veranlagung zum Stottern auf. Zu den Kernsymptomen des Stotterns, Wiederholungen, Dehnungen und Blocks, kommen mit der Zeit Reaktionen hinzu, mit denen die Kernsymptome beendet oder vermieden werden sollen. Diese Reaktionen machen schließlich den Großteil der Auffälligkeit des Stotterns aus. Stottern ist leicht zu beeinflussen, woraus sich jedoch keine einfache Therapie ableiten lässt. Stotternde und nichtstotternde Menschen unterscheiden sich nicht in

Persönlichkeit oder Intelligenz. Im körperlichen Bereich gibt es Hinweise auf geringe Abweichungen, die möglicherweise auf ein Defizit bei stotternden Menschen im Bereich der Sprechmotorik oder der Verarbeitung von Sprache hindeuten. Durch Teufelskreise aus Angst und Vermeidung sowie Frustration und Anstrengung wird das Stottern auffällig und festigt sich. Über die Entstehung der ersten Stottersymptome gibt es bislang nur Vermutungen.

Literaturempfehlungen

Bloodstein, O. (1993) *Stuttering: The Search for a Cause and Cure*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Bloodstein, O. (1995) *A Handbook on Stuttering*. 5. Auflage. San Diego, CA: Singular Publishing Group.

Natke, U. (2000) *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Schindler, A. (2003) *Stottern erfolgreich bewältigen*. 2. Auflage, Neuss: Verlag U. Natke.

Van Riper, Ch. (1982) *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Dr. rer. nat. Ulrich Natke
Institut für Experimentelle Psychologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1
40225 Düsseldorf

**Informationen und Links zum Thema Stottern und
Informationen zum Therapieangebot *Intensiv-Modifikation Stottern (IMS)*
finden Sie unter: www.stottermodifikation.de**