

# SPRACH-, SPRECH- UND STIMMSTÖRUNGEN: DAS BEISPIEL DES STOTTERNS

## DISORDERS OF SPEECH, LANGUAGE AND VOICE: THE EXAMPLE OF STUTTERING

*Jürg Kollbrunner, Sylvia Sassenroth-Aebischer*

### Zusammenfassung

Störungen von Sprache, Sprechen und Stimme sind bei Kindern weit verbreitet. Bei Therapiebedürftigkeit werden die betreffenden Kinder meist von spezialisierten Fachleuten – Phoniatern, Sprachheilpädagogen und Logopäden – behandelt, am häufigsten in Form einer verhaltenstherapeutisch orientierten Übungstherapie. Da aber viele Kommunikationsstörungen auch Symptome einer hintergründigen Beziehungsproblematik sind, stossen Fachleute, die nicht psychotherapeutisch ausgebildet sind, oft an Grenzen. Umgekehrt sind Kinder- und Jugendpsychotherapeuten manchmal unsicher, wie weit sie für die Behandlung von Kindern mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen auch zuständig sein sollten. Am Beispiel des Stotterns wird gezeigt, dass die Behandlung aller Arten von Kommunikationsstörungen in die Kompetenz beider Fachbereiche gehört, sofern sich der Psychotherapeut über Sprach- Sprech- und Stimmstörungen genügend informiert und die Logopädin oder Sprachheilpädagogin gewillt ist, sich in Richtung psychotherapeutischen Denkens und Handelns weiterzubilden.

**Schlüsselwörter** Störungen der Sprache, Sprechen, Stimme, Stottern, Beziehungsstörung, Logopädie, Sprachheilpädagogik

### Summary

Disorders of language, speech or voice are widespread among children. Mostly they get diagnosis and therapy by specialists for verbal and written communication – phoniatrians and speech-language therapists. But many disturbances of communication are not only dysfunctions which can be corrected with exercises. They are also symptoms of disturbed interpersonal relations. This fact can lead language and speech therapist to their limits. On the other hand psychotherapist sometimes don't know to which extend they also should be competent for the therapy of disorders of language, speech or voice. The example of stuttering serves here to illustrate the qualifications under which professionals of both groups are appropriate contact persons for most disorders of communication.

**Keywords** disorder of language, speech, voice, stuttering, disturbed interpersonal relations, speech therapists

Den Störungen der verbalen Kommunikation kommen in der Kinderpsychotherapie aus vier Gründen eine besondere Stellung zu: Sie sind sehr verbreitet (die Prävalenz allein von Sprachentwicklungsstörungen beträgt je nach sozialen Gegebenheiten 10-30 %), sie treten in vielfältigen Formen auf, sie beeinträchtigen das Hauptinstrument des psychotherapeutischen Arbeitens (den sprachlichen Dialog), und sie sind die einzigen kindlichen Störungen für deren Diagnostik und Therapie drei spezialisierte Berufsgruppen zuständig sind: Phoniater(innen), Sprachheilpädagog(inn)en und Logopäd(inn)en. Da stellt sich ernsthaft die Frage, ob überhaupt, und wenn ja, bei welchen Störungsbildern und in welchen Situationen Psychotherapeuten zuständig für die Diagnostik und Therapie von kindlichen Störungen der Sprache, des Sprechens und der Stimme sein können.

### 1 Die Vielfalt der Störungsbilder

Die häufigste kindliche Störung im Bereich „Sprache – Sprechen – Stimme“ ist die Sprachentwicklungsstörung (mit Sprachverständnisstörung, Dyslalie, Dysgrammatismus und eingeschränktem Wortschatz). Weniger häufig, aber unter Fachleuten und Laien besonders bekannt (weil besonders

markant) sind die Redeflussstörungen (Stottern und Poltern). Isolierte Dyslalien (Artikulationsstörungen) wie Sigmatismus, Rhotazismus oder G- und D-Sprachen (das Kind ersetzt die Anfangslaute aller Worte durch G- oder D-Laute) sind häufig, Schriftspracherwerbsstörungen und Dyskalkulie sogar sehr häufig. Dasselbe trifft auf kindliche Stimmstörungen zu, meist hyperfunktionelle Dysphonien (Prävalenz: 5-25 %), oft mit sekundärem organischem Befund (Stimm lippenknötchen). Bei Jugendlichen können Mutationsstimmstörungen, aber auch *Vocal Cord Dysfunctions* (ein Atemnot verursachender paradoxer Stimmlippenschluss während der Einatmung, oft mit Asthma verwechselt) auftreten. Selten sind zum Glück die schweren Störungen des elektiven Mutismus (Prävalenz: 1 %) und der (meist traumatogenen) kindlichen Aphasie. Nicht mit Sprache, Sprechen und Stimme verbunden, aber wegen der Lokalisation der Störung im Rachen-Kehlkopf-Bereich auch in der Zuständigkeit von Phoniatrie und Logopädie sind die kindlichen Schluckstörungen, die es auch in funktioneller oder psychogener Form gibt.

Die **ätiologischen Hintergründe** der verschiedenen Störungen sind sicher unterschiedlich. Klinische Erfahrungen lassen aber vermuten, dass es zwischen den vielen Formen doch

wesentliche ursächliche Gemeinsamkeiten geben könnte. Je nach wissenschaftstheoretischer Position stellen die einen Fachleute (die eher psychologisch orientierten) das biographisch geprägte subjektive Erleben der kleinen Patienten und ihrer Eltern in den Vordergrund ihrer Aufmerksamkeit und erkennen ähnliche Strukturen bei unterschiedlichsten Störungen. Andere Fachleute (die eher naturwissenschaftlich orientierten) versuchen hingegen, immer präzisere physiologische (neurologische und endokrinologische) Erklärungen für jedes einzelne Störungsbild zu finden ... und finden sie auch. Die eher naturwissenschaftlich orientierten Experten werden in der vermeintlichen Überlegenheit ihrer wissenschaftstheoretischen Ausrichtung im Berufsalltag unbemerkt immer wieder bestätigt: Die ICD-10, das gängigste Instrument zur Klassierung von Erkrankungen, ein rein phänomenologisches Ordnungsschema, stellt nämlich die Vielfalt der kindlichen Störungen von Sprache, Sprechen und Stimme so „zerrissen“ dar, dass sich der Gedanke an ätiologische Gemeinsamkeiten nicht aufdrängt: Artikulationsstörungen und erworbene Aphasie werden den Entwicklungsstörungen (F8) zugerechnet, Stottern und Poltern den „sonstigen Störungen“ (F98) der „Verhaltens- und emotionalen Störungen“ (F9). Kindliche Stimmstörungen mit Stimmlippenknötchen müssen entweder als „sonstige hyperkinetische Störung“ (F90.1) oder unter dem „Atmungssystem“ (J38.2) „verrechnet“ werden. Schließlich sind Mutationsstimmstörungen unter den „Dissoziativen Störungen“ (F44) und funktionelle Dysphagien unter den „Somatoformen Störungen“ (F45) einzuordnen.

Zwar bietet die ICD-10 die Möglichkeit, jede Klassierung mit einer Zusatzklassierung (Z) für „Faktoren welche die Gesundheit beeinflussen“, zu versehen. Aber dies hebt die grundsätzliche Zerrissenheit nicht auf. Ein ätiologisches Klassifikationssystem würde hingegen von verschiedenen familiendynamischen Hintergründen ausgehen und so die nicht rein organisch begründeten kindlichen Störungen von Sprache, Sprechen und Stimme als sich verzweigende Äste eines „Störungsbaums“ darstellen können. Eine solche Systematik würde der existentiellen Bedeutung der Entwicklung vokalen und verbalen Ausdrucks viel besser entsprechen: Die Stimme erlaubt als „akustische Nabelschnur“ (Sloterdijk, 1998) erste, relativ angstfreie Schritte weg von der Mutter; die Sprache erleichtert durch ihre Symbolisierungskraft die für die weitere Individuation so bedeutungsvolle Auseinandersetzung zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit, und beide zusammen ergeben eine „Lauhülle“, eine Art „symbolische Haut“ (D. Anzieu, 1991), die tragend und gleichzeitig sehr verletzlich ist. Störungen in den Eltern-Kind-Beziehungen in den frühesten Lebensjahren führen deshalb oft zu kumulierten Mikrotraumen, die sich in Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen ausdrücken können.

## 2 Gedanken zur Indikation für Psychotherapie

Die meisten Kinder mit Sprach-, Sprech- oder Stimmstörungen werden vom Kinderarzt primär dem Phoniater, der Logopädin oder der Sprachheilpädagogin zugewiesen. Zum Psychotherapeuten werden ab und zu stotternde oder mutistische, am häufigsten aber solche Kinder und Jugendliche geschickt, die in der logopädischen Therapie besonders unzugänglich waren, über längere Zeit keine therapeutischen Fortschritte

gemacht hatten oder bei denen allmählich die Vermutung aufgekommen ist, dass sie „noch ganz andere Probleme haben“. Die Antwort auf die Frage, wo ein sprach-, sprech- oder stimmgestörtes Kind eher hingehört – zur Logopädin resp. Sprachheilpädagogin oder zur Psychotherapeutin (oder vielleicht gleichzeitig zu beiden) – muss in Abhängigkeit folgender Überlegung beantwortet werden: Je strenger die traditionellen Berufsrollen verstanden werden, desto häufiger werden Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen nur von Sprachtherapeuten und Verhaltensstörungen sowie emotionale Störungen nur von Psychotherapeuten behandelt. Berufspersonen, die sich gegenüber dem je anderen Aufgabenbereich öffnen und sich ihm in ihrer Weiterbildung annähern, können Aufgaben aus dem breiten Überschneidungsbereich zwischen Sprachtherapie und Psychotherapie auf kompetente Weise lösen. Von der Position der Sprachtherapeutin her gesehen beschreibt Zollinger (2004) diese Bewegungsart im „Zwischenreich“ mit folgenden Worten:

„Solange ... die Therapeutin Sprache nicht einfach als eine Anordnung von Lauten aufgrund bestimmter Regeln betrachtet, sondern die Inhalte in den Mittelpunkt stellt, ist Sprachtherapie immer auch psychotherapeutisch, denn sie tut der Seele gut. Dennoch gibt es immer wieder Situationen, in denen eine Zuweisung zu einer Psychotherapeutin angezeigt ist, nämlich immer dann, wenn sich das Kind in einem bestimmten Bereich verweigert und wenn wir es nicht (mehr) verstehen können.“

Von der Position des Psychotherapeuten aus gesehen, bedeutet dasselbe, dass er – sowieso zuständig für die Therapie von Kommunikationsstörungen – mit sprach-, sprech- und stimmgestörten Kindern und Jugendlichen kompetent arbeiten kann, wenn er sich mit den Erkenntnissen aus der Erforschung von Sprache und Sprachentwicklung auseinandersetzt und bereit ist zu erkennen, wenn ihn das Sprachproblem eines Patienten so sehr verunsichert, dass er eine spezialisierte Abklärung veranlassen sollte. Der hier vorliegende Beitrag zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen illustriert diesen fruchtbaren Überschneidungsbereich der beiden Disziplinen. Autor (Psychotherapeut) und Autorin (Logopädin) haben die theoretischen und praktischen Erklärungen gemeinsam ausgearbeitet; alle Fallbeispiele stammen aber aus der Praxis der Logopädin.

Wenn dem Psychotherapeuten ein Kind mit einer Sprach-, Sprech- oder Stimmstörung zugewiesen wird, wird er zunächst seine übliche Diagnostik durchführen und zu einem Indikationsentscheid kommen. Wahrscheinlich wird er sich aber auch fragen, wieweit er für den sprachspezifischen Teil der Störung des Kindes zuständig sein kann. Diese Frage stellt sich ihm verschärft, wenn er wegen einer Therapie mit einem sprachgestörten Kind, das noch keine Logopädie hatte, angesprochen wird oder wenn ein Kind, das ihm aus anderen Gründen zugewiesen wurde, zusätzlich eine Sprachstörung zeigt. Drei Verunsicherungen treten in diesem Zusammenhang häufig auf:

Verunsicherung: sekundäre Neurotisierung?  
 Verunsicherung: Komorbidität?  
 Verunsicherung: der Einfluss der Vererbung?

Die erste ergibt sich aus der Frage, ob es sich bei den erhobenen psychopathologischen Befunden nicht nur um sekundäre Neurotisierungen handelt, die sich von selbst auflösen würden, wenn die Sprachstörung mit gezielter Behandlung „behoben“ würde. Einige Sprachtherapeuten – besonders viele Stotterexperten – sind dieser Meinung. Aus tiefenpsychologischer Sicht sind die familiendynamischen Hintergründe bei der Entstehung vieler Formen von Kommunikationsstörungen aber offensichtlich. Zudem ist ja behandlungswürdig, was behandlungsbedürftig ist, unabhängig von der Kausalität.

Die zweite Verunsicherung ergibt sich aus den in den letzten Jahren immer häufiger verwendeten unglücklichen Begriffen „Komorbidität“ und „multiple Störung“. Sie gaukeln vor, dass da Menschen sind, die eine funktionelle Störung haben, und noch eine, und noch eine und deshalb verschiedene Therapien bei verschiedenen Therapeuten benötigen, statt dass diese Menschen als ganze Menschen mit unterschiedlichen Störungsaspekten, aber letztlich nur einer (biographischen) Störungslogik betrachtet werden. Bei korrekt gestellter Indikation zur Psychotherapie braucht ein Kind oder ein Jugendlicher mit Sprachstörung nicht unbedingt eine parallel laufende logopädische Therapie.

Die dritte Verunsicherung besteht aus der Ungewissheit über die Stärke des konstitutionellen Einflusses auf die Genese von Kommunikationsstörungen. Obschon nie ganz klar wird, wie die genetisch orientierten Forscher ihre Zahlen errechnen, meinen viele, dass der Erbfaktor zu 50-60 % für bestimmte Sprach- oder Sprechstörungen verantwortlich sei. Aber selbst wenn es 70 % wären: Die restlichen 30 % sind genau die, welche (z.B. psychotherapeutisch) beeinflussbar sind, was auf den Erbfaktor heute (zum Glück?) noch nicht zutrifft.

Ein hilfreicher Weg, mit den genannten Verunsicherungen zu leben, ist für den Psychotherapeuten die gut überlegte Zusammenarbeit mit jenen Fachleuten, die mehr von der Sprachentwicklung verstehen als er. Das bedeutet nicht, dass er jedes Kind und jeden Jugendlichen mit Sprachproblemen beim Sprachspezialisten anmelden und später in ständigem Kontakt zu diesem Experten bleiben müsste. Es bedeutet aber, dass er sich rechtzeitig konsiliarischen Rat einholt. Für die Therapie ist das Kind bei ihm zunächst meist schon am richtigen Ort: Auch wenn es vielleicht genau so gut einem Sprachtherapeuten zugewiesen werden könnte, ist es nicht nur Zufall, wenn es beim Psychotherapeuten „landet“ (die Eltern, der empfehlende Arzt oder Lehrer haben sich was dabei gedacht). Von Vorteil ist es jedoch, wenn der Psychotherapeut einen Ansprechpartner im phoniaterisch-logopädischen Bereich hat, mit welchem er fachübergreifende Fragen unkompliziert und kurzfristig besprechen kann.

Eine andere Art der Zusammenarbeit könnte sich in Zukunft vermehrt ergeben: Es scheint so, dass sich Logopäd(inn)en und Spracheilpädagog(inn)en in ihren Therapien – unzufrieden mit ihrer oft nur symptomatischen Wirkung – immer entschiedener an tiefenpsychologisch fundierten Sicht- und Arbeitsweisen ausrichten und sich auch entsprechend weiterbil-

den. Für diese könnte der Psychotherapeut idealer Ansprechpartner oder gar Supervisor werden.

### 3 Grundprinzipien der Psychotherapie mit sprachgestörten Kindern

Die Therapie mit dem Kind folgt den Prinzipien einer Spieltherapie, wie sie von Anna Freud, Melanie Klein und Virginia Axline erarbeitet worden ist. Kinder mit Sprach- oder Sprechschwierigkeiten stellen den Therapeuten aber vor besondere Probleme. Kurz (1993) beschreibt einige davon: Voraussetzung zur Sprachentwicklung ist das Fortschreiten des Individuationsprozesses. Dieses erfordert die Erfahrung, dass das Kind mit seinem Sein etwas bewirken kann, verstanden wird und somit Bedeutung bekommt. Es soll erleben können, zum aktiven „Nein“ zu gelangen und dabei nicht fallen gelassen zu werden. Der Weg dazu besteht darin, mit dem Kind nach dem Sinn von Unverständlichem zu forschen, das Kind stutzig zu machen, in Staunen zu versetzen. Ziel der Therapie ist es, dem Kind zu erlauben, eine Sprache zu finden, die im Emotionalen verankert ist, „eine authentische Sprache, die auf den Bezügen zum Körper, zu den Gefühlen und den inneren Bildern aufgebaut ist“. Um das Kind auf diesem Weg begleiten zu können, muss die Therapeutin ein Stück ihrer eigenen Kindheit wieder in sich aufleben lassen. Schwierig ist für sie das Aushalten negativer Übertragungen, wenn das Kind die Therapeutin genau so starr und enttäuschend behandelt, wie es von einer seiner Bezugspersonen behandelt wird:

„Das Erkennen und Verstehen dieser Übertragungsphänomene kann uns helfen, nicht mit Gegenübertragungen reagieren zu müssen und damit bei kindlichen ‚Wiederholungszwängen‘ und negativen Verhaltensmustern nicht mitzuagieren“ (Kurz, 1993).

Da viele Kinder mit Sprachstörungen noch nicht spielen können, spricht auch Zollinger (2004) davon, das Kind zum Spielen zu verführen, das heißt, „Spielgegenstände, Spielformen und Spielinhalte zu finden, welche das Kind in Erstaunen versetzen, in die es sich vertiefen kann“. Ziel der Therapie sei es nicht, dem Kind neue Tätigkeiten beizubringen, sondern ihm zu zeigen, dass das, was es schon kann, auch Sinn hat („Bedeutung verleihen“ als Grundlage der sprachlichen Interaktion). Wir können davon ausgehen, dass das Kind schon weiß, was es an Ausdrucksmöglichkeiten braucht, um seine Ängste und Emotionen selber zu „verdauen“ (Prada Franch, 2004). Oftmals kennen wir zu Beginn eines Spiels dessen Bedeutung nicht, und manchmal geht es in den Therapien „nur“ darum, das Ausgedrückte für das Kind „aufzubewahren“ und es ihm bei Bedarf später wieder zur Verfügung zu stellen. Oft sind auch keine Deutungen nötig. Es genügt, wenn es der Therapeutin gelingt, wichtige Teile des Spiels zu verstehen und mit ihrer Art des Mitspielens dem Kind zu signalisieren, dass es verstanden wird. Allerdings kann es vorkommen, dass sich ein Kind in einer bestimmten „wiederholten Inszenierung“ (Kurz, 1993) fixiert, andere Spielideen keinen Platz mehr haben und die Therapeutin es langsam satt hat, immer wieder Krokodile, Väter, Mütter oder Kinder zu beißen oder zu verbrennen oder den zwanzigsten Spiel-Tee anzurühren. Da soll die Therapeutin versuchen, die Spielszene vorsichtig so zu verändern, dass Varianten des Spielablaufs entstehen können.

Hilfreicher Ausgangspunkt für solche Veränderungsvorschläge ist das Verbalisieren einiger Gedanken und Gefühle der Therapeutin. Von der therapeutischen Aufgabe abgelenkt werde man dann, schreibt Zollinger (2004), wenn man sich vor allem mit sich selbst beschäftige („Was muss ich tun?“), wenn man die Stille in der Interaktion mit dem wenig sprechenden Kind durch Vielsprechen kompensiert und wenn man nicht *zum* Kind spricht, sondern ihm das Sprechen beibringen will. Die anspruchsvolle Auseinandersetzung der Therapeutin mit dem Kind und sich selbst muss – anders geht es oft nicht – durch äußere „Knochenarbeit“ erschaffen werden:

„Der Hauptteil der Arbeit mit kleinen Kindern besteht darin, heruntergefallene Gegenstände aufzuheben, weggeworfene Dinge zurückzubringen, (aus-)geleerte Gefäße aufzufüllen, Hindernisse aus dem Weg zu räumen, kaputtgegangene Spielsachen zu reparieren, zerstörte Konstruktionen wieder aufzubauen, verdreckte und beschmutzte Dinge zu waschen, und schließlich alles wieder aufzuräumen“ (Zollinger, 2004).

Mit größeren Kindern und Jugendlichen sind dieselben Ziele natürlich auf andere, dem Alter angepassten Wegen zu verfolgen.

#### **4 Grundprinzipien der Elternarbeit mit sprachgestörten Kindern**

Die Elternarbeit (möglichst immer mit beiden Eltern; eine Erklärung wie: „Mein Mann hat schlecht Zeit“ darf nicht zu schnell akzeptiert werden) soll nicht der Belehrung der Eltern dienen, sondern von deren Bedürfnissen ausgehen. Ihr Befinden, ihre Sorgen, ihre Gedanken sollen im Vordergrund stehen. Bei Themen, die sich um Konflikte mit dem Kind (den Kindern) drehen, ist es hilfreich, ab und zu auf die Mehrgenerationenperspektive (vor allem auf die Dreigenerationen-Sicht = Kinder – Eltern - Großeltern) hinzuweisen:

„Wenn die unbewussten Zusammenhänge zwischen den eigenen Erfahrungen und den Schwierigkeiten mit dem Kind erkannt werden, können sich Missverständnisse und fixierte Verhaltensweisen aus den Wiederholungszwängen lösen.“ (Kurz 1993)

Wenn man es sich in der Anamneseerhebung mit den Eltern erlaubt, jeden Elternteil einzeln aufzufordern, während z.B. 15 Minuten von seiner Biographie zu berichten (initiale Frage: „Wo sind Sie geboren und in was für eine Familie hinein?“), ist es faszinierend, immer wieder zu erleben, dass die meisten Eltern sehr gern von sich erzählen. Gezielte Ergänzungsfragen finden während ihrer Berichte auch Platz, zum Beispiel solche über Krankheitserfahrungen, die gegenwärtige Arbeitssituation und die Freizeitgestaltung. Die simple Frage nach den drei größten Wünschen ergibt auch eindrucksvolle neue Informationen. Manchmal ist es in der ersten Stunde schon möglich, nach den Stationen der Paargeschichte („Wo haben Sie sich kennen gelernt?“) und der gemeinsamen Familiengeschichte zu fragen. Die Aufforderung, auf mitgegebenen Formblättern (ein Raster mit 17 x 17 Quadraten) bis zum nächsten Treffen je ein Soziogramm der Familie zu zeichnen, wird von den Eltern gut akzeptiert und führt meist zu anregenden Gesprächen über familiendynamische Zusammenhänge schon zu Hause unter den Eltern und im folgenden Gespräch mit dem Therapeuten.

Viele Eltern von Kindern mit Sprach- oder Sprechstörungen beschäftigen sich mit Schuldgefühlen. Oft sprechen sie, direkt oder indirekt, bereits im ersten Gespräch davon: „Was sind die Ursachen des Problems unseres Kindes? Was oder wer ist schuld daran? Sollte ich mehr Geduld haben?“, fragen sie vielleicht. Wenn Fachleute versuchen, den Eltern diese belastenden Gefühle zu „nehmen“, sie ihnen auszureden, handeln sie respektlos. So klare und so intensive Gefühle dürfen nicht – lange bevor sie verstanden werden – als „nur hinderlich“ erklärt werden. Sie können nämlich wertvolle Hinweise auf psycho- und familiendynamische Konflikte, ja sogar auf Lösungswege für solche Konflikte geben. Das offene Gespräch über diese schwierigen Gefühle sollte auch eine Grundinformation zum Wesen von Schuldgefühlen und Schuld beinhalten (Kollbrunner, 2004, 2005): dass es nämlich Schuldgefühle gibt, die Zeichen von tatsächlicher Schuld sind, und „falsche Schuldgefühle“, die man von den Eltern übernommen hat, mit keiner eigenen Schuld verbunden sind und eigentlich überflüssig wären. Schuldgefühle, die von echter Schuld abstammen (wir alle machen uns ab und zu schuldig, besonders auch als Eltern), sind – so quälend sie sein mögen – auch positive Kräfte, denn sie können uns lehren, wie wir uns in Zukunft weniger „verschulden“ könnten.

#### **5 Das Beispiel des Stotterns**

Die systematische Erforschung psycho- und familiendynamischer Zusammenhänge ist bezüglich vieler Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen noch nicht weit fortgeschritten. Die konsistentesten Erkenntnisse scheinen zur Problematik des Stotterns vorzuliegen, so dass diese hier beispielhaft dargestellt werden sollen.

##### **5.1 Erscheinungsformen, Epidemiologie und Klassifikation**

Stottern (F98.5 der ICD-10) ist eine Störung des Redeflusses, welche durch unabsichtliche häufige (vor allem initiale) Silbenwiederholungen, Dehnungen oder Blockierungen innerhalb von Worten geprägt ist. Es kann mit vielem und starkem Leiden beim Betroffenen und seinen Nächsten (Eltern, Geschwister) verbunden sein und, wenn es chronisch bleibt, zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität führen. Etwa ein Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind chronisch Stotternde, hingegen zeigen etwa fünf Prozent aller Kinder längere Phasen von Stottern. Das bedeutet, dass stotternde Kinder (mit oder ohne Therapie) gute Chancen haben, nicht stotternde Erwachsene zu werden. Die häufigste Entstehungszeit des Stotterns ist mehrere Monate nach Beginn des Spracherwerbs, also etwa im Alter von zwei bis drei Jahren. Auch bis zum siebten Lebensjahr kann Stottern entstehen, später jedoch selten. Etwa dreimal mehr Jungen als Mädchen beginnen zu stottern. Als mögliche Gründe für diesen Geschlechtsunterschied werden der das Wachstum der linken Hemisphäre verlangsamende höhere Testosteronspiegel männlicher Föten, ein durchschnittlich stabileres neuromuskuläres Sprechkontrollsystem bei Mädchen, vor allem aber auch die höheren Erwartungen bezüglich „sozialer Aufwärtsmobilität“ (einen guten Beruf erlernen), die – verbunden mit einem strengem Training für Affektkontrolle – verstärkt an Jungen gestellt werden, diskutiert.

Mit geringem Erfolg wurde versucht, ätiologisch unterschiedliche Formen des Stotterns zu unterscheiden (eindeutig neurogenes Stottern ist sehr selten). Die folgenden typischen Charakteristiken weisen darauf hin, dass es sich beim Stottern (ähnlich dem psychogenen Schreibkrampf oder der Erythrophobie) um eine psychosomatische Störung handelt:

- Bei fast allen Stotternden tritt Stottern nur in bestimmten Situationen auf, und zwar hauptsächlich im Dialog mit einem sozial gleichgestellten oder als überlegen empfundenen Menschen. Wenn stotternde Kinder mit sich allein, mit einem kleineren Kind, einem Tier (oder Stofftier) sprechen, bleibt ihr Sprechen meist vollkommen flüssig.
- Die Bedeutung der Stottererwartung: Für viele Stotternde ist es am frustrierendsten, dass das Stottern immer schlimmer wird, je mehr man versucht, es zu vermeiden. Jeder bewusste Versuch des Vermeidens verschärft die Erwartung, dass „es“ doch passiert.
- Die objektive „Schwere“ des Stotterns (wie sie durch einen neutralen Zuhörer beurteilt wird) ist nicht direkt mit dem Leidensdruck verbunden. Körperliche Zeichen der Angst während Stotteranfällen (zum Beispiel eine verstärkte Schweißabsonderung) treten bei mild Stotternden meist stärker auf als bei schwer Stotternden.
- Augenblickliche dauerhafte Stotterfreiheit tritt nicht selten nach persönlichkeitsverändernden Grenzerfahrungen ein (z.B. nach Überleben eines Flugzeugabsturzes, nach einer schweren Handverletzung bei einem Berufsunfall, nach intensiven mystischen oder religiösen Erfahrungen, aber auch nach erfolgreicher Psychotherapie).
- Die Analyse der für Stotternde besonders schwer auszusprechenden Wörter: Die Intensität des Stotterns ist stark abhängig vom Selbstbezug dessen, was gesagt werden soll. Stotternde, die in Rollen auftreten, die vom Selbst abgelöst sind, wie zum Beispiel beim Theaterstück, bei der Nachahmung fremder Dialekte oder in inhaltsleeren Floskeln, können meist völlig flüssig sprechen; in klarem Selbstbezug, zum Beispiel beim Nennen des eigenen Namens oder bei der Verwendung selbstbezogener Worte wie „ich“ oder „mein“, blockieren viele Stotternde. Oliver Bloodstein (1993) meint:

“Das schwierigste Wort, das die meisten Stotternden je auszusprechen haben, ist ihr Name. Der übliche Vorschlag ‚Machen wir eine Vorstellungsrunde‘ wirkt wie ein Blitz kalter Angst in das Herz des Stotternden. Kaum weniger schwierig ist das Aussprechen von Alter, Adresse und Telefonnummer.”

Unter diesen Bedingungen müsste Stottern eigentlich unter den „somatoformen Störungen“ (F45) klassiert werden.

## 5.2 Der besondere Einfluss der Geschichte der Stotterforschung

Lee Travis, der erste moderne Stotterforscher in den USA, hatte sich in den 30er-Jahren an der Universität von Iowa ein Sprachlabor aufgebaut, in dem er nachzuweisen versuchte, dass Stottern aus einer unvollständigen Dominanz einer Hirn-

hälfte entsteht. Als Versuchspersonen fand er stotternde Studenten auf dem Campus. Einige von diesen waren bald so begeistert von der Idee, das Problem „Stottern“ endlich wissenschaftlich zu klären, dass sie sich entschlossen, ihr Studienfach zu wechseln und selbst Stotterforscher zu werden. So war es keineswegs ein Zufall, dass auch die beiden berühmtesten Assistenten von Travis, die später zu den größten Experten der Stottertherapie wurden – Wendell Johnson und Charles van Riper – auch Stotternde waren und sich in Iowa eine verschworene Gruppe von stotternden Stotterexperten bildete. In ihr wuchs der Glaube, dass eigentlich nur stotternde Menschen gute Stottertherapeuten werden können. Diese Einstellung ist äußerst problematisch. Obschon das Sich-einfühlen-Können in einen Patienten einen wertvollen Ausgangspunkt für jede Hilfeleistung darstellt, ist in therapeutischen Beziehungen auch eine gewisse Distanz zum Problem des Hilfesuchenden wichtig. Falls Stottern etwas mit der Lebens- und Familiengeschichte der stotternden Menschen, mit ihren Hoffnungen und Ängsten zu tun hätte, wäre die sachgerechte Sicht auf das Problem „Stottern“ bei den Therapeuten, die selbst stottern, sehr gefährdet. Tatsächlich haben über 60 sozialwissenschaftliche Studien seit den 1940er-Jahren gezeigt, dass Stottern wesentlich von Faktoren der sozialen Umwelt, besonders von lebensgeschichtlichen Belastungen der Eltern stotternder Kinder abhängt. Aber viele stotternde Erwachsene nehmen das nicht gern zur Kenntnis, weil sie dann den unbequemen Weg der Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten gehen müssten. Deshalb blieb die Idee, Stotternde seien die besten Stottertherapeuten, in den USA bis heute weiter prägend: Schon eine nicht allzu gründliche Suche ergibt 22 Namen von US-amerikanischen Universitätsprofessoren für Sprech- und Sprachpathologie, die alle Stotternde sind oder waren. Im deutschsprachigen Europa ist die Situation anders und doch ähnlich. Die universitären Stotterexperten, meist Phoniater, Sprachheilpädagogen und Logopäden, sind nur ausnahmsweise selbst Stotternde. Ihnen gegenüber steht eine starke Selbsthilfebewegung, welche am häufigsten die „Naturmethode“ als Therapie empfiehlt. Deren drei Pioniere waren alle selbst Stotternde und haben vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen eigenen Leidensgeschichte einfache Übungsideen (viele hundert Trainingssätze) mit teilweise äußerst problematischen psychologischen Empfehlungen kombiniert. Zwischen den Hochschulexperten und den Selbsthilfegruppen steht noch eine dritte Gruppe, nämlich Stotternde, die sich – aus der Selbsthilfe kommend – fachlich weitergebildet haben und zum Teil heute auch an Hochschulen arbeiten. Unter dem doppelten Druck dieser „stotternden Macht“ und den Anforderungen der modernen „evidenzbasierten Medizin“ vertreten die meisten heutigen Hochschulexperten stark organzentrierte „multikausale Ursachenmodelle“ und einen (fälschlicherweise so genannten) „idiographischen“ therapeutischen Ansatz, der besagt: „Jeder Stotternde ist anders.“ Die tiefenpsychologische Sichtweise ist unter diesen Bedingungen – außer die individualpsychologische Stottertherapie nach Schoenaker (1981) – kaum anerkannt.

## 5.3 Elemente der Familiendynamik

Vor hundert Jahren war Stottern meist aus offensichtlichen

Entwertungen und Misshandlungen von Kindern entstanden. Mit der im 20. Jahrhundert geschwundenen Akzeptanz des autoritären Erziehverhaltens, der gesteigerten Sensibilisierung für das Leiden von Kindern und einer weitgehenden Ächtung offener Misshandlung von Kindern sind die Formen pathogener Elterneinflüsse subtiler geworden. Das dynamische Motiv, das zum Stottern von Kindern führt, ist aber bis heute dasselbe geblieben: eine wenig verstandene, oft geleugnete unglückliche Kindheit der Eltern des stotternden Kindes. Die Familien chronisch stotternder Kinder wirken heute „normal“ und zeichnen sich durch eher zuviel als zuwenig Fürsorglichkeit aus.

Die offensichtlichen Familiendramen hinter dem kindlichen Stottern sind heutzutage in den Herkunftsfamilien der Eltern stotternder Kinder zu finden. Die Familienkonflikte in den Stottererfamilien sind zwar nicht weniger belastend, aber meist wesentlich subtiler „gestrickt“ (mit Andeutungen statt Drohungen und Gefühlsunterdrückungen statt Gefühlsausbrüchen). Dies macht sie unter einer Decke von familiärer Normalität auch schwerer erkennbar.

Der Psychosomatiker Günter Reich (1987) hat mit seinen familientherapeutischen Studien eindrücklich aufgezeigt, dass die Geschichte des Stotterns eines Kindes meist ihre wichtigsten Wurzeln in der Großelterngeneration (oder noch davor) hat, und zwar oft in Gestalt einer tyrannischen Person, die ihre Willkürimpulse ausgelebt, dadurch Strafangst ausgelöst und eine Aggressionsabwehr bei einem Elternteil des Stotternden erzeugt hat. Das Ausleben der Willkürimpulse kann viele Formen annehmen: vom Schimpfen, Schreien, Schlagen über Prahlern, Trinken und offenem Jähzorn bis zu ungerichten, neidischen oder raffgierigen Verhaltensweisen. Reich nennt diese tyrannischen Großväter oder Großmütter „Impulsträger“. Sie werden von den Eltern (der später stotternden Kinder) wegen ihrer ausgelebten Willkür unbewusst bewundert. Eigentlich möchten die Eltern auch so sein wie diese, ihre Impulse ebenso ausleben. Durch partielle unbewusste Identifikation wird auch die unterdrückte Wut besser ertragen. Die heimliche Bewunderung wird in einigen Fällen bei den Eltern noch dadurch verstärkt, dass sie bei aller Unterdrückung oft gleichzeitig enge Vertraute, Koalitionspartner des Impulsträgers waren, was sie einerseits narzisstisch aufwertete, andererseits aber auch in eine „Aschenputtel-Position“ brachte: Sie leisten mehr als ihre Geschwister, erfüllen die sozialen Normen besser, werden aber – statt anerkannt zu werden – von ihren Eltern abgelehnt, abgewertet, benachteiligt oder schikaniert. Viele Eltern stotternder Kinder, die unter einem tyrannischen Elternteil gelitten haben, empfinden über Jahre oder Jahrzehnte eine ohnmächtige Wut, die sie aus Angst vor den übermächtig scheinenden eigenen Eltern abwehren müssen. Peter Glauber (1982) hat vor allem die Einflüsse der Großeltern mütterlicherseits erforscht. Er fand bei den Müttern stotternder Kinder „lückenlos“ Enttäuschung über ihre Väter und eine charakteristisch starke Bindung zu ihren Müttern oder zu dem, was ihre Mütter vertraten, und erkannte folgende Psychodynamik:

„Versuche [der Mütter stotternder Kinder], sich von [ihren] Müttern oder deren mentalen Repräsentationen – Eigenschaften oder Haltungen, welche sie vertraten – zu trennen, verursachte stets intensive Angst. Deshalb gelang es ihnen nie, die stark ambivalente Identifikation, die sie mit beiden Eltern hatten, besonders aber mit der Mutter, zu erschüttern. Später wurden dann einige Aspekte dieser idealen oder feindseligen Selbstbilder auf die Ehemänner und die stotternden Kinder projiziert.“

Die Großmütter mütterlicherseits erscheinen äußerlich oft aktiv und stark, sind innerlich aber abhängige und ängstliche Frauen, die zu Eigensinn und emotionalen Ausbrüchen in Form „verbaler Sperrfeuer“ tendieren. Macht und Kontrolle bewundern sie besonders, was sich oft in der Idealisierung eines männlichen Familienmitglieds äußert. Gegenüber den Enkeln reagieren diese Großmütter extrem: Sie werben um sie, versuchen, sie für sich einzunehmen, oder sie lehnen sie ab. Die Mütter stotternder Kinder sind meist narzisstisch leicht kränkbar, was sich in einer autozentrischen Wahrnehmung, einer überspitzten Verletzlichkeit und in häufigen Doppelbindungen (in sich widersprechenden Wünschen oder Anweisungen) äußert (Tkaczenko, 1990). Einige Mütter sind still leidende und sich aufopfernde Erduldende, andere neigen zu alles unterbrechenden Redeschwällen, und viele verhalten sich – obschon sie es nicht möchten – oft nörgelnd (Flosdorf, 1960). Annie Anzieu (1982) schrieb:

„Zahlreiche Anamnesen erlauben mir die Feststellung, dass das stotternde Kind einer Mutter unterworfen ist, die ebenso gierig ist wie es selbst und die obendrein nach ihm gierig ist. Verbissen sucht sie eine totale Abhängigkeit des Kindes ihr gegenüber aufrechtzuerhalten, da sie befürchtet, dass seine materielle und psychische Autonomie für sie den Verlust eines geliebten, für ihr Leben unentbehrlichen Objekts bedeuten könnte.“

Die Väter des stotternden Kindes beschrieb Glauber (1982) als Männer, die stets vor einer tiefen Beziehung zu ihrer Frau flüchten. Sie sind entweder die „großen Donnerer“, „Paschas“, die nur nicht gestört werden möchten, also gutmütige, weiche Männer, die sich ihren Ehefrauen unterlegen fühlen (Krause, 1981; Ockel, 1959), oder „Edeltyrannen“, die sich „übergut“ verhalten, indem sie sich um alles in der Familie kümmern, aber auch die Entfaltungsmöglichkeiten der übrigen Familienmitglieder massiv einschränken (Westrich, 1977).

Vor diesen Hintergründen ist es einleuchtend, dass Stottern eigentlich keine Sprechstörung, sondern eine sehr früh entstandene Kommunikationsstörung ist. Stottern ist das Ergebnis eines gestörten „Handlungsdialogs“ zwischen Säugling und Mutter (Heese, 1973, Wyatt und Herzan, 1962), der sich oft schon vor dem Spracherwerb in Auseinandersetzungen rund ums Essen äußert: Viele stotternde Kinder waren schon zuvor „stotternde Esser“ (Glauber, 1982).

Manche Eltern behandeln die später stotternden Kinder emotional und intellektuell wie kleine Erwachsene (Travis, 1957) und versuchen, diese nach festen (ausgesprochenen oder nur gedachten) Regeln zu erziehen; Regeln, die das „Zu-Tage-Treten“ asozialer Willkürimpulse von Kind und Eltern verhindern sollen (Reich, 1987). Das Harmoniestreben der Eltern ist meist groß, was zu einer Tendenz zur Verfälschung von Realitäten führt, mit welcher Spannungen und Konflikte

überdeckt, hinwegdiskutiert oder verschwiegen werden:

„So entstehen beim Kind Zweifel darüber, ob und wann etwas ausgesprochen oder auch an triebhaften Bedürfnissen gelebt werden darf oder nicht“ (Strunk, 1980).

Wie Kinstler (1961) eindrücklich aufzeigte, weisen Mütter Stotternder ihre Kinder häufiger zurück, als dass sie akzeptierende Verhaltensweisen zeigen, allerdings – was aber schlimmer ist – nur versteckt. Offene Zurückweisungen sind bei Müttern stotternder Kinder signifikant seltener als bei Müttern nicht stotternder Kinder. Krause konnte 1981 nun noch demonstrieren, dass in den Familien stotternder Kinder eine bestimmte Regel zum Ausdruck von Gefühlen gilt, nämlich jene, **dass Gefühle zwar ausgedrückt werden sollen, stets aber nur gedämpft**. Verärgerung darf schon gezeigt werden, lieber jedoch nur andeutungsweise, sicher nicht Wut; Lust soll auch ausgedrückt werden, aber eher still und nicht überbordend; Freude auch, aber nicht allzu lange. Trauer soll gezeigt werden dürfen, aber nicht bei jeder Kleinigkeit. Ängste sind auch natürlich, gerade bei Kindern, aber die Eltern sind ja da und beschützen das Kind, da sind Ängste eigentlich überflüssig, meinen diese Eltern. Instrument zur Implementierung dieser Affect Display Rule ist die (unabsichtliche) Disqualifikation konnotativer Bedeutungen von Aussagen (Kollbrunner, 2004): Wenn ein Elternteil gleichzeitig verbal und nichtverbal unterschiedliche Botschaften aussendet (z.B. freundliche Worte in einem verärgerten Tonfall ausspricht) und das Kind auf die nichtverbale Botschaft (die gehörte Verärgerung) reagiert, wird ihm weisgemacht, es sehe Gespenster. Oder statt zu versuchen, zu verstehen, welche Phantasien und Gefühle hinter einem vom Kind ausgesprochenen Satz stehen, wird das Kind belehrt, dass der Satz nicht korrekt sei oder ein darin verwendetes Wort etwas anderes bedeute, als es meine. Wörter werden so zu Trägern von nur denotativen (lexikalischen) Bedeutungen degradiert und verlieren damit ihre Attraktivität als Instrument, das zu emotionalem Verstandenwerden führen kann.

#### 5.4 Elemente der Psychodynamik

Die Affekt-Display-Regel, die das Dämpfen jedes Gefühlsausdrucks verlangt, verstärkt im Kind die Angst, „Falsches“ zu sagen und „Falsches“ zu tun, so sehr, dass sie sich allmählich gegen die unbequemen inneren Impulse selbst richtet: Bestimmte Gedanken dürfen nicht mehr gedacht, Gefühle nicht mehr gefühlt und Worte nicht mehr so gesprochen werden, dass sie die eigenen Gefühle klar zum Ausdruck bringen (Travis, 1957):

„Statt dass ... [das] Kind bei einem bestimmten Erlebnis zu seiner Mutter flüchten kann, damit sie ihm das Dunkle und Bedrohliche vorstellt und mildert, muss es noch deren Über-Reaktionen fürchten, die das Erlebnis in ihm verstärken. Wie soll es da ein Erlebnis berichten, wenn es statt Beruhigung und Verständnis nur Aufregungs- und Besorgnisreaktionen heraufbeschwört?“ (Westrich, 1977).

Das von den Eltern nicht bewusst eingesetzte, aber mächtige Instrument der „versteckten Zurückweisung“ wirkt sich verheerend aus:

„Elterliche Einstellungen, die Ablehnung als verstecktes Element enthalten, stellen für das Kind eine größere Falle dar als offene Ablehnung, die dem Kind erlauben würde, seine Eltern wegen deren unfairen Verhaltens zu hassen. Die Eltern geben keine Liebe, aber gleichzeitig sehen sie das selbst nicht oder erlauben es sich nicht, dies zu erkennen. Sie geben vor, im besten Interesse des Kindes zu handeln, und erlauben ihm damit keinen legitimen oder berechtigten Ausdruck seiner Aggression. Es ist ständig frustriert, drückt die dadurch entstehende Feindseligkeit aber nicht aus ... Dies kann in einem totalen Verstummen enden, das aber in unserer Kultur auf die Dauer fast unmöglich ist, oder es kann zu einem teilweise unwillentlichen Zurückhalten im Sprechen führen – ins Stottern“ (Kinstler, 1961).

Des Kindes innerer Rückzug ist ein Selbstentfremdungsprozess. Die aus den Unzufriedenheiten der Eltern stammende immer wieder spürbare Vorwurfshaltung gegenüber dem Kind versetzt dieses in eine starke Beunruhigung, „ohne dass es genau erfährt, was es zu tun oder zu lassen, zu sagen oder zu verschweigen hat“ (Ockel, 1959). So kehren stotternde Kinder ihre Gefühle mehr und mehr nach innen, spalten sie ab, verleugnen sich und verlieren die Einheit mit sich selbst (Travis, 1957). Viele von ihnen werden zum „treuen Hund“, „auf den man sich verlassen kann, so dass es dem Kind geradezu unmöglich wird, aus diesem Sog der Umwelterwartung herauszukommen“ (Flosdorf, 1960). Andere werden widerspenstig und können nicht aufhören, sich gegen die elterlichen Erwartungen zu stemmen. Und alle benötigen einen Ersatz für ihr erschüttertes Selbstvertrauen in Form eines idealisierten Selbstbildes (Barbara, 1960).

Annie Anzieu (1982) vergleicht das Stottern mit einer Zwangneurose, welche die Funktion der Abwehr einer Psychose haben kann:

„Das Stottern symbolisiert bei Anzieu ein in sich zerstückeltes widersprüchliches Ich, das von prägenitaler Libido überflutet wird und Angst hat. Der Stotterer erlebt jede Beziehung als Verfolgung, hat eine innere Verfolgungshaltung. Das Fantasma des Stotterers ist: Meine Worte werden in Dich eindringen, Dich angreifen, Du wirst mich meiner Worte berauben, ich behalte meine Worte ... Der Stotterer spricht gleichzeitig bewusstes Denken und unbewusste Verbote aus und kann ein orales Verfolgungsgefühl nicht kontrollieren. Die Zerstückelung des Objekts in der abgehackten Sprache ist dann vielleicht ein psychotisches Moment“ (Heinemann, 2004).

Konkret stehen im stotternden Kind meist die Kräfte aller Wünsche nach Loslösung, Individuation und Verselbständigung den Ängsten gegenüber, die eine dazu notwendige Distanzierung von der Mutter auslösen können, inklusive der Angst vor dem eigenen Hass gegen die Mutter und der Angst vor einer möglichen Vergeltung. Deshalb muss das therapeutische Ziel darin bestehen, dem Kind oder Jugendlichen zu verhelfen, die beiden noch getrennten inneren Bilder von der guten und der bösen Mutter zu einem einzigen zu verschmelzen und endlich Ambivalenz (die gleichzeitige Anwesenheit von einander entgegengesetzten Strebungen, also beispielsweise von Liebe und Hass in der Beziehung zu einer Person) erleben zu können (Heinemann, 2004).

## 5.5 Diagnostik

Da das Stottern kleiner Kinder in vielen betroffenen Familien mit einem Tabu belegt worden ist (Verwandte und Bekannte oder sogar Fachleute haben unglücklicherweise geraten, „es“ zu ignorieren, damit das Kind kein Störungsbewusstsein erwerbe und erst dadurch zu leiden beginne), gehört die sanfte, kindgerechte Thematisierung des Stotterns zu den besonderen diagnostischen Elementen. In der Zeit zwischen zwei und fünf Jahren muss alles, was das Kind riecht, hört, sieht und ahnt ein Wort bekommen, damit es wirklich wird. Erst wenn die Dinge einen Namen haben, kann ihnen das Kind „einen Platz im Leben zuordnen“ (Walpen Christ, 2000). Dasselbe gilt auch für das Stottern. Es ist für das Kind wichtig, dass dieses „Komische“, worüber bisher niemand gesprochen hat, einen Namen bekommt, denn die Wörter sind wie Behälter, die das Kind mit sich herumtragen kann. Für Dolto (1996) ist es notwendig, mit dem Kind über seine Behinderung oder Schwierigkeiten *sofort* zu sprechen, denn dadurch kann man verhindern, „dass es sich dauernd ohnmächtig fühlt“. Ein anderer wichtiger Grund, mit dem Kind offen zu sprechen, ist die Ernsthaftigkeit dieses Momentes. Auch wenn das Kind die Worte nicht immer versteht, spürt es die Wichtigkeit dieser Äußerung und erlebt vielleicht das erste Mal, „dass Sprache bedeutungsvoll sein kann“ (Zollinger, 2004). Das Gespräch mit dem Kind übers Stottern kann über das Spiel mit einer leicht stotternden Puppe oder mit vorsichtigem Fragen („Geht es dir auch manchmal so, dass du ein Wort nicht recht aussprechen kannst?“) initiiert werden. Im Spiel ergeben sich manchmal passende Vergleiche für das leichtere oder schwierigere Stottern, wie z.B. eine spuckende Po-po-popcornmaschine, springende Frö-Frö-Frösche (bei Wiederholungen), Autostau (bei Blockaden), Kaugummi (bei Dehnungen). Mit solchen oder ähnlichen Metaphern, die aus der Spiel- und Erlebniswelt des Kindes entstehen, kann ihm eine spielerische und angstfreie Annäherung an das Symptom ermöglicht werden (Sassenroth, 2002).

Im Kontakt mit dem Kind ist ansonsten besonders auf die nichtverbalen Formen seiner Beziehungsaufnahme (körperliche Nähe und Distanz, Augenkontakt) und auf dessen Vertrautheit mit der Verwendung von Begriffen des Fühlens (zum Beispiel im gemeinsamen Betrachten eines Kinderbuches, das emotionsbeladene Situationen darstellt) zu achten. Große Aufmerksamkeit sollte allen Anzeichen von Stärken und schätzenswerten Seiten des Kindes gewidmet werden. Schließlich ist eine Einschätzung des Entwicklungsstandes seiner Individuation von besonderer Bedeutung: Verwendet es das Wort „Nein“? Zeigt es aggressive Impulse, zum Beispiel im Spiel mit den Stofftieren?

Im anamnestischen Gespräch mit (wenn immer möglich) beiden Eltern (ohne Anwesenheit des Kindes) dürfen nach deren Schilderung ihrer Sorgen um das Kind und ihrer Beschreibung des Kindes auch direkte Fragen nach der Familie und Familiengeschichte gestellt werden: Welches sind besondere Zeiten der Hektik und welches solche der Ruhe in der Familie? Wer streitet mit wem um was? Streiten die Eltern manchmal auch miteinander? Wo gibt es Differenzen in den Erziehungsideen der Eltern? Was sind die Stärken, was sind eher Schwächen der Familie?

*Der damals dreijährige Leo hatte auf die ersten heftigen Stottersymptome spontan mit der Bemerkung reagiert: „Gell, Papi, ich rede so komisch?!“ Sein Mund sei so blöd. Manchmal weinte er und war verzweifelt. Leos Eltern versuchten, ihn zu beruhigen, hörten jedoch rasch damit auf. Bekannte und Fachpersonen plädierten dafür, dass ein Nicht-Reagieren und ein empathisches Zuhören mit Ablenken dem Kind besser helfe, über diese Stotterphase hinwegzukommen. Die emotionalen Ausbrüche verschwanden und Leo schien nicht mehr sehr irritiert, was den Eltern ein ruhigeres Gefühl gab. Das Stottern „ging“ und „kam“, und die Eltern hofften, warteten und sorgten sich – dies über 1 1/2 Jahre hinweg, bis sie sich zu einer Abklärung anmeldeten. Leo war zu diesem Zeitpunkt 4 1/2 Jahre alt. Zu Beginn der Abklärung fragte ich Leo, ob er wisse, weshalb er hier sei. Er schaute mich kurz an, sagte nichts und die Mutter schüttelte den Kopf. Allen noch so sorgfältig gestellten Fragen an ihn und sein Sprechen ging er aus dem Weg. Am Schluss der Abklärung, während er malte, fragte ich ihn direkt, was er jeweils mache, wenn die Wörter nicht so herauskämen, wie er wolle: „Da sage ich halt ein anderes Wort“, schaute mich an und schmunzelte. Ich sah das Erstauen der Mutter. Ich bestätigte Leo, dass das clever und gut sei, dass er das merke und erzählte ihm danach von anderen Kindern, die ihr Stottern als sehr störend und verwirrend empfanden, besonders wenn das Stottern komme und gehe. Dann fragte Leo: „Geht das vorbei?“ Diese Frage berührte mich sehr. Die von den Eltern unausgesprochene und in der Familie vorherrschende Frage hatte der Junge über die ganze Zeit hinweg allein mit sich herumgetragen.*

*Stefan wurde mit 3;8 Jahren zur Abklärung angemeldet. Er stotterte seit ca. 18 Monaten mit starken Blockaden und war oft verzweifelt. Die Abklärung erbrachte, dass er nach einem verspäteten Sprechbeginn über gute sprachliche, praktisch-gnostische und symbolische Fähigkeiten verfügte. Es zeigte sich auch deutlich, dass er im Spiel und in der Interaktion immer wieder dazu tendierte, auszuweichen. Im ersten Gespräch mit der Mutter berichtete diese, dass Stefan sehr zurückhaltend sei und den anderen Kindern beim Spielen meist nur zuschauen. Er sage dann häufig gereizt, dass er gar nicht mitspielen wolle. Die Mutter erzählte eine Situation während des vergangenen Weihnachtsspiels: Die Kinder der Spielgruppe gingen für das Krippenspiel nach vorn und spielten die eingeübten Lieder und Spiele. Alle Kinder der Gemeinde hätten mitgemacht, „nur unser Sohn nicht!“. Sie zeigte ihre Betroffenheit. Ja, sie sei oft enttäuscht, dass er so schüchtern und irgendwie „nicht wie ein richtiger Bub“ sei. Das habe er wohl von seinem Vater, der sei auch so gewesen und sei noch heute nicht so draufgängerisch.*

In diesem Gespräch war es wichtig, die Kränkungen der Mutter ernst zu nehmen. Mit Sorge und Liebe begegnete sie ihrem Jungen, aber ihre Erwartungen an ihn – ähnliche, wie sie auch gegenüber ihrem Mann hegte – wurden immer wieder enttäuscht, worauf sie manchmal mit Ärger und Schuldgefühlen reagierte. Die Mutter schien im Gespräch etwas von diesen Zusammenhängen zu erahnen und wirkte danach irgendwie erleichtert. Als Stefan nach der Abklärung das erste



Mal zur Therapie kam, sagte er mir im Wartezimmer, dass er halt ein bisschen schüchtern sei. Ich konnte vermuten, dass sich in der Zwischenzeit zwischen Stefan und seiner Mutter etwas ereignet hat, das Seewald (1992) mit folgendem Satz ausdrückt: „Es sind die kleinen Unterschiede im Blick, in der Stimme im ganzen Verhalten der Mutter, die dem Kind andeuten, dass es jetzt als jemand Verändertes betrachtet wird.“

### 5.6 Therapie mit dem Kind und den Eltern

Im Zentrum der Therapie mit dem Kind steht das Bereitstellen eines geschützten Spielraumes (im doppelten Sinn). Das Kind soll sich eingeladen fühlen, diesen Raum für Dinge zu nutzen, mit denen es vielleicht erst in Gedanken gespielt hat. Manchmal braucht es viel Zeit, bis sich ein stotterndes Kind traut, nach einer Phase von Passivität oder nach vielen stereotypen Spielszenen eine neue Bewegung anzudeuten. Dann kann es aber den Mut finden, Gefährliches zu erproben, Unausprechliches auszusprechen, auch sich abzugrenzen, ohne gleich befürchten zu müssen, zurechtgewiesen zu werden. Die Therapeutin begleitet das Kind auf dieser Entdeckungsreise mit der Verbalisierung ihrer eigenen Gedanken und Gefühle im Hinblick auf das Kind und sein Spiel, manchmal auch durch das versuchte Verbalisieren eines Gefühls, das sie im Kind vermutet. Ein nächster Schritt im therapeutischen Prozess ist dann das Zumuten von kleinen Frustrationen. Entscheidend ist, dass die Therapeutin dabei von ihren eigenen Bedürfnissen in der Situation ausgeht („Mir ist es jetzt nach diesem vielen Spritzen mit dem Feuerwehrauto am offenen Fenster zu kalt und zu nass“ oder „Ich würde dies jetzt gern mit dir zusammen malen“), denn nur so können echte Auseinandersetzungen mit dem Kind entstehen, in denen dieses neue Erfahrungen zu seinen Möglichkeiten und Grenzen verbaler Macht machen kann. Das Aufleben eines gewissen Maßes an Aggressivität des Kindes ist dabei meist willkommen: Eine aggressive (Spiel-)Handlung ist nichts anderes „als ein einfacher Impuls, der eine Bewegung und damit den Beginn einer Erforschung der Umwelt auslöst“ (Winnicott, 1988). Aggression hat, so verstanden, immer mit der „Errichtung einer klaren Unterscheidung zwischen dem Selbst und Nicht-Selbst zu tun“. In der Therapie möchte das Kind mit aggressiven Spielhandlungen der Therapeutin etwas zeigen und prüfen, ob es ihr seine destruktiven Gefühle zumuten kann. Manchmal sind solche Handlungen Zeichen eines Unbehagens des Kindes in der Beziehung zur Therapeutin. Viel häufiger sind es aber effektive Probehandlungen im geschützten Raum, die das Ziel haben, die allzu engen familiären Regeln des Ausdrucks von Gefühlen und von Triebhaftem spielerisch zu durchbrechen. Ähnliche Funktionen können hektische oder unsorgfältige Handlungen des Kindes und das Spiel mit Klebrigem, Schmutz, Unordnung, Ungehorsam, das Wortspiel mit Unanständigem oder das „Feuerwehrspiel“ haben. Letzteres kann dem Kind ganz direkt ermöglichen, „mit seinen inneren Druckverhältnissen und der willkürlichen Kontrolle beim Festhalten und Loslassen“ autonom zu experimentieren (Seewald, 1992). Des Therapeuten Aufgabe ist es vor allem, den Aggressionsausdruck des Kindes zuzulassen, auszuhalten, nur bei allzu destruktivem Verhalten Grenzen zu setzen und manchmal eine Deutung vorzuschlagen.

In den Elterngesprächen sollen die Bedürfnisse der Eltern gleichwertig mit jenen des Kindes zur Sprache kommen können. Wenn es gelingt, die Eltern für ein genaueres Erinnern ihrer eigenen Kindheit (auch an den leidensvollen Teil) einzuladen, eröffnet sich für diese die Möglichkeit, einige ihrer „Verhaltensknoten“ – das sind Verhaltensweisen gegenüber ihrem Kind, die sie selbst nicht mögen, aber auch nicht einfach verändern können – zu verstehen, ihr Kind in teilweise anderem Licht zu sehen und ihm gegenüber neue Verhaltensweisen auszuprobieren.

**Stefan** (3;8) kam zweimal wöchentlich in die Therapie. Während der ersten Therapiezeit konnte er kaum allein den Anfang zu einem eigenen Spiel finden, schien innerlich unter Spannung zu stehen und orientierte sich sehr stark an meinen Aktivitäten. Beim Sprechen fand er nur schwer den Anfang und zeigte ein starkes Stottern mit Anfangsblockaden und Atemvorschüben. Auf Fragen antwortete er meist: „Ich weiß es nicht“ oder „Ich sage es nicht“. Nach etwa drei Monaten wuchs seine Spielfreude, die er am lebhaftesten in Spielen mit Bewegungen zum Ausdruck brachte: Sausende Autos, Murmelbahn, Brio-Bahn und seinen eigenen Fußball. Seine Lieblingsaktivität zu Beginn vieler Stunden war das Seifenblasen-Spiel, das ihn zu entspannen schien. In einer Therapie-stunde legte er plötzlich dieses Spiel beiseite und wollte eine Autobahn bauen. Es war das erste Mal, dass er so klar eine eigene Idee ausführen wollte. Wir klebten quer durch das ganze Zimmer Papierbogen zu einer großen Autobahn aneinander. Dann reihte er viele Autos hintereinander zu einem großen Stau. Wir mussten zusätzlich Autos aus allen Zimmern der Praxis holen, denn der Stau sei „mega-groß“. So aktiv und lebhaft hatte ich ihn bisher noch nie erlebt; er war begeistert und sagte immer wieder mit ganz lauter Stimme, was für ein „Riesenstau“ das sei. Das Wort „Riesenstau“ schien er mit einem Gefühl von Erleichterung sichtlich zu genießen. Er entdeckte kleine Autos, die man losschnellen lassen konnte. Während der Erprobung der Autos äußerte ich, dass diese Autos weder Stau noch Startschwierigkeiten hätten. Ich verglich dies mit seinem Sprechen. Er schaute mich an und produzierte von sich aus lächelnd übertriebene Silbenwiederholungen. Er kannte von bisherigen Therapiestunden, dass ich ab und zu weich mitstotterte oder spielerische Vergleiche suchte. Dann kam er wieder zu seinem „Riesenstau“ zurück. Mir schien, dass er diesen Stau, der zweifellos ein Ausdruck seines Stotterns symbolisierte, auf diese Art ganz intensiv erleben wollte. Ich suchte nochmals den Vergleich mit seinen manchmal gestauten Wörtern. Stefan nahm daraufhin einen übergroßen Löwen, zerstörte mit diesem den Stau und griff mich an. In diesem Augenblick merkte ich, dass ich für Stefan etwas Unbrauchbares, etwas Störendes gesagt hatte. Ich war in diesem Moment zu sehr mit dem „Technischen“ beschäftigt, wie ich bspw. dem Jungen eine „gute“ oder brauchbare Metapher für sein Stottern mitgeben könnte, und hatte dabei die eigentliche Intensität des Ausdrucks nicht sorgfältig beachtet. Es geht in der Therapie, in diesem geschützten Raum, oftmals „nur“ darum, das Ausgedrückte für das Kind „aufzubewahren“ und nicht um (unsorgfältige) Kommentare oder Deutungen.

*Sophia war 5;1 Jahre alt. Sie verfügte über altersgemäße sprachliche und außersprachliche Fähigkeiten. Das Stottern mit mehrheitlichen Wiederholungen und „versteckten“ Blockaden bestand seit etwa einem Jahr und hatte an Stärke zugenommen. Häufig kniff sie die Augen zu und mied den Blickkontakt. Die Eltern erzählten, dass Sophia eine Perfektionistin sei, und alles müsse schön sein, wie bspw. Kleider, Frisur, Zeichnungen. Sie beurteilten die sprachlichen Fähigkeiten als schwach und ungenügend im Vergleich zur 16 Monate älteren Schwester.*

*Sophia spielte während der ersten Therapiephase mehrmals folgende Szene: Der kleine Elefant war eingesperrt, machte Dummheiten und riss aus. Die Elefantenmutter, die ich spielen sollte, musste ihn suchen. Sie nahm einen wilden Tiger, der das Elefantenbaby fraß. Sophia schaute mich daraufhin direkt an und sagte mit einer verzweifelten Stimme: „Weshalb sagt denn die Elefantenmutter nichts? Du musst etwas sagen!!“ Ich spürte in dem Moment, dass Sophia etwas sehr Wichtiges zum Ausdruck brachte, und versuchte, auch wenn ich es im Moment noch nicht verstand, etwas unbeholfen als Elefantenmutter mein Entsetzen zu äußern und schrie den Tiger an, er solle mein Baby sofort loslassen. Der Tiger biss dann die Elefantenmutter. Sophia nahm einen Bären, der alle rettete. Ich ließ das Spiel geschehen und sagte dann zu Sophia, dass die Elefantenmama unsicher war, was sie sagen sollte, da sie vor dem gefährlichen Tiger wohl Angst hatte. Jetzt wisse sie es besser und werde das nächste Mal bestimmt sofort etwas sagen.*

*Beim zweiten Gespräch mit der Mutter, erzählte diese mir folgende Situation: Sie war mit Sophia in die Bibliothek gegangen. Als ihre Tochter im Gespräch mit der Bibliothekarin vor allen Leuten ins Stottern kam, war die Mutter wie versteinert: Es war ihr als Lehrerin peinlich, dass ihre Tochter stotterte. Ich ahnte, wie sich Sophia in dieser Situation gefühlt haben musste, konnte nun ihre Elefanten-Szene besser verstehen und auch Verständnis für die Bedrängnis der Mutter zeigen. Das „Eis brach“, und die Mutter konnte ihre Kränkung und ihre Schuldgefühle zulassen.*

*Silvan (4;2) brachte in der dritten Stunde das Buch von „Asterix und Obelix in Korsika“ mit. Zu Hause hatten sie beim Vorlesen gemerkt, dass die Römer in einer Szene stotterten. Die Mutter las zu Hause stotternd vor. Das sei ein gutes Erlebnis gewesen. Sie hätten zusammen gelacht und dies am Abend dem Vater gezeigt. Die Mutter musste zu Beginn der folgenden Therapiestunde anwesend sein. Leo bat mich, die Szene vorzulesen. Die Römer sagten nach einer Prügelei mit Asterix und Obelix: „Das waren doch die Ga-ga-ga-ga-gallier!“ Er und die Mutter schauten mich lächelnd an. Leo fragte: „Hast du auch gemerkt?“ Das bisher Tabuisierte – das Stottern und die Gefühle – durfte in der Familie einen Platz einnehmen und die wieder gefundenen Teile der Sprache bekamen etwas Verbindendes für Leo und seine Eltern.*

### **5.7 Intensivität, Dauer und Erfolgsaussichten der Therapie**

Bewährt hat sich eine Therapie in Phasen: während vier bis sechs Monaten wöchentlich eine bis zwei Stunden Therapie mit dem Kind, dann eine Pause von mehreren Monaten und – je nach Bedarf – wieder eine Therapiephase. Die Elterngespräche können in Abständen von etwa zwei oder drei Wochen stattfinden und werden wenn möglich in den Behandlungspausen des Kindes weitergeführt. Die Gesamtdauer der

Therapie liegt so – hochindividuell – zwischen einem halben Jahr bis zu etwa drei Jahren, manchmal fortgesetzt durch einzelne Elterngespräche. Je jünger das Kind ist, desto größer sind die Chancen, dass es durch die Therapie sein Stottern ganz verlieren wird. Kinder, die schon eine längere Zeit gestottert haben, werden ihr Stottern vielleicht erst später oder nie ganz verlieren. Aber sie werden durch die Therapie lernen, ihr Erleben wieder fest mit ihrem Sprechen zu verbinden, so dass sie sich freier trauen, sich auch sprachlich mehr zu zeigen. Ihre Fähigkeiten, Konflikte zu erkennen und mit-zuhelfen, sie zu lösen, werden größer, ihre Selbstsicherheit wächst. Wenn das Kind nach einigen Monaten oder einigen Phasen mehrmonatiger Therapie immer noch stottert, wird ihm das Stottern – sofern die Therapie mit Kind und Eltern nur einigermaßen geglückt ist – etwas anderes bedeuten als zuvor. Es wird das Stottern nicht mehr als Hindernis erleben, das es von Freuden und Freunden trennt, das seine Energien verzehrt und ihm die Erfüllung vieler Wünsche verbietet. Das Stottern wird nur eine gewisse Schwäche bleiben, auf die es zu reagieren weiß. Daneben wird es sich lustvoller als zuvor für die vielen verlockenden Themen des Lebens interessieren und sich klarer gestatten, diesen Interessen nachzugehen. Die Eltern werden einige neue Möglichkeiten für sich als Familie und als Individuen entdecken. Sie werden sich vermehrt trauen, bestimmte Konflikte direkt anzusprechen, auch mal offenen Streit miteinander zu riskieren, oder – wenn sie eher zu oft in Streit geraten – destruktive Formen des Streitens (des Kritisierens) in konstruktivere zu verwandeln. Den einen oder anderen „Verhaltensknoten“, den die Eltern aus „Gefühlsknoten“ ihrer Kindheit mitgebracht haben, werden sie lokalisieren können, weil sie sich erlauben, ihre Eltern weniger zu idealisieren (oder weniger zu verurteilen) und weil sie besser verstehen, wie Schuldgefühle „gemacht“ werden. Mit mehr Kenntnissen über das Funktionieren ihrer Familie (über die wechselnden Rollen der Familienmitglieder), wird es ihnen leichter werden, sich dort anzupassen, wo sie dies möchten, und sich dort erfolgreich für eine Veränderung einzusetzen, wo sie dies wollen.

### **Literatur**

- Anzieu A (1982): Vom Fleisch zum Wort: Mutismus und Stottern. In: Anzieu D (Hrsg.): Psychoanalyse und Sprache. Vom Körper zum Sprechen. Paderborn: Junfermann, S. 131-165
- Anzieu D (1991): Das Haut-Ich. Frankfurt: Suhrkamp
- Barbara DA (1960): The psychodynamics of stuttering. In: Barbara D (ed.): Psychological and psychiatric aspects of speech and hearing. Springfield: Charles C Thomas, pp. 363-384
- Bloodstein O (1993): Stuttering. The search for a cause and cure. Boston: Allyn & Bacon
- Dolto F (1996): Alles ist Sprache. Kindern mit Worten helfen. Weinheim: Beltz
- Flosdorf P (1960): Über das Stottern. Eine psychologische und charakterologische Untersuchung an stotternden Kindern und Jugendlichen. Jahrbuch Psychol Psychother Med Anthropol 7:126-174
- Glauber IP (1982): Stuttering. A psychoanalytic understanding. New York: Human Sciences Press
- Heese G (1973): Zur Verhütung und Behandlung des Stotterns. Berlin: Marhold
- Heinemann E, Hopf H (2004): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome, Psychodynamik, Fallbeispiele, psychoanalytische Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Kinstler DB (1961): Covert and overt maternal rejection in stuttering. J Speech Hearing Disord 26:145-155

- Kollbrunner J (2004): Psychodynamik des Stotterns. Stuttgart: Kohlhammer
- Kollbrunner J (2005): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. Stuttgart: Kohlhammer
- Krause R (1981): Sprache und Affekt. Das Stottern und seine Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer
- Kurz F (1993): Zur Sprache kommen. Psychoanalytisch orientierte Sprachtherapie mit Kindern. München: Ernst Reinhardt
- Ockel HH (1959): Zum Problem des Stotterns. Literaturübersicht und eigene Untersuchungen. Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr 6:213-223
- Prada Franch NJ (2004): Die Grundlage der Kommunikation im Spiel des Kindes. In: Kinderanalyse 12:232-248
- Reich G (1987): Stotternde Kinder und ihre Familien. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 36:16-22
- Sassenroth-Aebischer S (2002): „Sie wissen es doch ganz genau ...“ Gespräche mit kleinen stotternden Kindern. In: Zollinger B (Hrsg.): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie. Bern: Haupt, S. 67-77
- Schoenaker T (1981): Stottern – ein zielgerichtetes Verhalten. Sprache-Stimme-Gehör 5:82-85
- Seewald J (1992): Leib und Symbol. Ein sinnverstehender Zusammenhang zur kindlichen Entwicklung. München: Fink
- Sloterdijk P (1998): Sphären I. Blasen. Frankfurt: Suhrkamp
- Strunk P (1980): Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: Harbauer H, Lempp R, Nissen G, Strunk P (Hrsg.): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heidelberg: Springer, S. 159-162
- Tkaczenko OG (1990): Tiefenpsychologische Aspekte des Stotterns. Z Individualpsychol 15:289-306
- Travis LE (1957): Handbook of speech pathology. New York: Appleton-Century-Crofts
- Walpen Christ S (2000): Nicht über das Kind, sondern mit dem Kind sprechen. In: Zollinger B (Hrsg.): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Bern: Haupt, S. 57-66
- Westrich E (1977): Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Schriften zur Sonderpädagogik. 3. überarb., erg. Aufl. Bonn: Dürr
- Winnicott DW (1988): Aggression. Versagen der Umwelt und anti-soziale Tendenz. Stuttgart: Klett-Cotta
- Wyatt GL, Herzan HM (1962): Therapy with stuttering children and their mothers. Am J Orthopsychiatry 32:645-659
- Zollinger B (2004): Kindersprachen. Kinderspiele. Erkenntnisse aus der Therapie mit kleinen Kindern. Bern: Haupt

**Dr. phil. J. Kollbrunner**

Phoniatrie 48A, Universitäts-HNO-Klinik • Inselspital • CH-3010 Bern  
juerg.kollbrunner@insel.ch