

Zur Psychopathologie des Stotterns

Jürgen Benecken

Dieser Beitrag ist erschienen in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2004; 9; 623 - 636

Summary

On the psychopathology of stuttering

This contribution wants to encourage, on the basis of a stigma-theoretical (Goffman 1963; Mead 1968; Cloerkes 1997) and socio-psychological perspective, a discriminating and critical perception for looking at psychoanalytical/deep-psychological constructs on the aetiology of stuttering. It is shown that stuttering, based on its symptom phenomenology and effect on listeners and observers has always stimulated for those affected unfavourable, succinct (everyday) psychological fantasies and attributions of the causes (Benecken 1993, 1996b), which have not been possible to confirm through empirical research (c.f. amongst others Natke 2000; Bloodstein 1995; Johannsen, Schulze 1989; Krause 1981; Sheehan 1970): Some of the psychoanalytical constructs (including Fenichel 1945) strikingly repeat the clichés which have been handed down in every day psychology for a long time and which have constituted part of the stigmatisation of stuttering people. After over the last 30 years (Bloodstein, 1975, 1995; Natke 2000) something resembling an interdisciplinary and multi-perspective research into stuttering has been established, it is astonishing that Heinemann & Hopf (2001) in their overview book on psychic disturbances in children and young people, even if the sub-title indicates a psychoanalytic orientation, have again in a biased way applied traditional psychoanalytic constructs to stuttering

Keywords: stuttering-stigma-stigmatisation-prejudice-psychoanalysis

Zusammenfassung

Dieser Beitrag möchte auf der Basis einer stigmatheoretischen (Goffman 1963; Mead 1968; Cloerkes 1997) und sozialpsychologischen Perspektive zu einer differenzierten und kritischen Sichtweise im Umgang mit psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Konstrukten zur Ätiologie des Stotterns anregen. Es wird aufgezeigt, dass das Stottern aufgrund seiner Symptomphänomenologie und Wirkung auf den Zuhörer und Zuschauer immer schon zu für die Betroffenen ungünstigen prägnanten (alltags-)psychologischen Phantasien und Ursachenzuschreibungen animiert hat (Benecken 1993; 1996b), die durch empirische Forschung (vgl. u.a. Natke 2000; Bloodstein 1995; Johannsen & Schulze 1989; Krause 1981; Sheehan 1970) so nicht bestätigt werden konnten. Einige der psychoanalytischen Konstrukte (u.a. Fenichel 1945) wiederholen in auffälliger Art und Weise die zentralen Klischees, die alltagspsychologisch über das Stottern seit langer Zeit tradiert werden und die einen Teil der Stigmatisierung stotternder Menschen ausmachen.

Nachdem sich in den letzten 30 Jahren (Bloodstein 1975, 1995; Natke 2000) so etwas wie eine interdisziplinäre und multiperspektivische Stotterforschung etabliert hat, ist es verwunderlich, dass Heinemann und Hopf (2001) in ihrem Überblicksbuch über psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, auch wenn der Untertitel auf die psychoanalytische Orientierung hinweist, in einseitiger Art und Weise traditionelle psychoanalytische Konstrukte neu auf das Stottern anwenden.

Schlagwörter: **Stottern; Stigma; Stigmatisierung; Vorurteil; Psychoanalyse**

1. Stottern: Eine Kurzbeschreibung

Stottern ist eine Störung des Redeflusses, die in der Regel (in 75 % der Fälle) ihren Ursprung in der frühen Kindheit (3-5) Jahre hat (vgl. Natke 2000). Während im Vorschulalter Stottern annähernd gleich bei Jungen und Mädchen auftritt (Andrews & Harris 1964) entwickelt sich kontinuierlich über das Schulalter (3:1) zum Erwachsenenalter hin eine ausgesprochene Männerlastigkeit (4:1 bis 5:1; Bloodstein 1995). Die Symptomatik neigt zur spontanen Remission, ca. 50% -70% der Kinder, die in der Vorschulzeit stottern, verlieren die Symptomatik bis zum Alter von 7-8 Jahren. Mädchen haben dabei eine deutlich bessere Remissionschance als Jungen (Johannsen 2001). Ist das stotternde Kind erst einmal acht Jahre alt, wird die Aussicht auf Remission, sei es spontan, durch Therapie oder Sprachheilpädagogik immer geringer (Johannsen 2001; Yairi & Ambrose 1999). Bei ca. 1,3 % der Kinder chronifiziert sich das Stottern. Obwohl neuere Prävalenzstudien fehlen, geht man davon aus, dass ca. 1% der Erwachsenen chronisch stottern.

Neben diesem häufigem Entwicklungsverlauf (idiopathisches Stottern oder developmental stuttering) kann das Stottern auch plötzlich in jedem Lebensabschnitt nach einem traumatischen Erlebnis, nach einem Schädel-Hirntrauma oder in Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen nach beispielsweise Schlaganfällen oder Morbus Parkinson (vgl. Ringo & Dietrich 1995) als Übergangssymptom oder persistierend auftreten (neurogenes Stottern; acquired stuttering).

Stottern tritt ebenfalls als Sprachauffälligkeit gehäuft bei Menschen mit geistiger Behinderung (insbesondere im Zusammenhang mit Morbus Down) auf. Bloodstein berichtet in seinem „Handbook on Stuttering“ (1995) von Prävalenzraten in verschiedenen Gruppen von Personen mit Morbus Down, die zwischen 15% und 48 % liegen (S. 260/61). Mit Preus (1972) ist davon auszugehen, dass es sich auch hier um ein syndromspezifisches Stottern „genuine stuttering“ handelt.

Dieses neurogene, syndromspezifische oder traumatische Stottern ist in Genese, Therapie und Prognose vom Entwicklungstottern, mit dem sich dieser Artikel beschäftigt, abzugrenzen. Epidemiologisch ist hervorzuheben, dass alle Versuche, Stottern als primär kulturspezifisches Phänomen und Störungsbild zu konzipieren, gescheitert sind; dazu gehört z.B. die widerlegte Annahme, Stottern träte in bestimmten Indianerkulturen nicht auf. Fest steht, dass es das Stottern (aufgrund einer möglichen somatischen Verursachung) wohl so lange gibt, seit Menschen sich über Lautsprache verständigen. Wobei zu berücksichtigen ist, dass es, allerdings mit geringeren Prävalenzraten, auch das Gebärdenstottern gibt (Montgomery & Fitch 1988) und in

einigen Klassikern der Sprachheilpädagogik auch vom Klavierstottern, Schreibstottern, Gehstottern, Geigenstottern und Trompetenstottern berichtet wird (Fröschels 1925, S. 376).

Im therapeutischen Bereich gilt nach wie vor, dass es nichts gibt, was man in der Therapie des Stotterns bislang (teilweise mit nicht zu begründenden Erfolg) nicht ausprobiert hat: seien es die berühmten Kieselsteine des Demosthenes oder die berüchtigten und oft tödlich verlaufenen Operationen des Chirurgen Diefenbach (1841), dessen Vorgehensweise in der Behandlung des Strabismus immer noch Gültigkeit besitzt. Auch jetzt werden immer noch Institute gegründet, die eine bestimmte Therapie missionarisch und geschäftstüchtig vertreten. Dabei gilt nach WHO Richtlinien als unredlich, wer erwachsenen stotternden Menschen ein Heilungsversprechen gibt. Ein sehr verbreiteter Ansatz (non-avoidance-Therapie; Van Riper 1973) versucht von daher die oft verspannte und durch vielfältige Sekundärsymptome überlagerte blockierte Stottersymptomatik wieder in eine lockere kontrollierbare Symptomatik zu überführen und das komplexe soziale Vermeidungsverhalten zu reduzieren.

2. Sozialpsychologische Aspekte des Stotterns

Der Sprachheilpädagoge und Psychologe Westrich (1981) spricht von der Symptomfaszination des Stotterns: Beim Zuhörer und Zuschauer geschieht Bemerkenswertes, wenn man mit einem Stottern konfrontiert wird. Krause (1981) hat dazu hoch interessante experimentelle Kommunikationsstudien durchgeführt, die zeigen, dass die Dyade stotternde Person im Gespräch mit einer nicht stotternden Person irgendwann vollständig dysfunktionell und inhibiert ist und die Kommunikation auf Seiten des Nicht-Stotternden vollkommen von der Sachebene abgeleitet und auf die Selbstoffenbarungs- und Beziehungsebene (vgl. Schulz von Thun 1981) fixiert ist. Eine Auswertung der Art und Weise wie Stottern und stotternde Menschen in den Medien dargestellt werden (Benecken 1993) weist auf eine starke und konsistente Stigmatisierungstendenz hin.

2.1 Der Impuls zu lachen

Eine der stärksten Reaktionstendenzen auf das Stottern ist das Lachen, das allerdings in der Interaktion mit einem stotternden Menschen unterdrückt wird. Die Anzahl und Beliebtheit von „Stotterer“-Witzen (Benecken 1993) belegt diese Tendenz und sie lässt sich psychologisch auch gut nachvollziehen. Das Stottern entspricht dem Paradigma der Komik insoweit als eine Person etwas erfolglos und mit einem nicht passenden Anstrengungsaufwand zu tun versucht, was eigentlich kinderleicht ist. Dem Zuschauer und Zuhörer geht es dabei ähnlich wie

im Zirkus, wenn er dem „dummen August“ dabei zuschaut, wie er einen Koffer ungeschickt und vergeblich zu öffnen versucht, um dann mit Getöse hinzufallen. Oder wenn wir den Betrunkenen dabei betrachten, wie er mehrmals vergeblich versucht, eine Tür aufzuschließen. Freud (1905; 1977) hat das als psychologisches Paradigma der Komik herausgestellt, aber auch Aristoteles schon bezeichnete als Wesen der Komik den Defekt. Dazu entsteht beim Stottern oft eine unfreiwillige Situationskomik, die allerdings oft als reale soziale Dramen das Alltagsleben von stotternden Menschen extrem belasten. Ein Stottererwitz lebt davon, dass man das Stottern imitiert und der Zuhörer und Zuschauer durch die Pausen und Stockungen in eine projektive Assoziationsbereitschaft versetzt wird. Durch die Silbeniterationen entstehen sehr häufig unfreiwillige neue Wortgebilde, die beim Zuhörer zusätzlich regressive Phantasien auslösen: aus „aber“ wird „a-a-a-ber“, aus „Pistole“ wird „Pi-Pi-Pistole“, aus „kann“ wird „ka-ka-ka“, usw. Ferner entsteht eine Diskrepanz zwischen dem realen Alter und der realen sozialen Rolle des Stotternden und dem empfundenen Sprachalter- und da muss man wieder lachen.

Bei der schwereren blockierten (tonischen) Symptomatik, wo der Stotternde mit viel Kraftaufwand das Wort herauszupressen versucht, mag das Stottern an den Defäkationsakt erinnern und damit wiederum auch zum Lachen reizen.

Diese Komik des Stotterns ist für das Entstehen von sozialer Empathie stotternden Menschen gegenüber immer schon sehr hinderlich gewesen. Zumal, was weiter unten noch dargestellt wird, Stottern und stotternde Menschen in der Belletristik und in Spielfilmen bis auf wenige Ausnahmen durchgehend ins psychologisch Zwielflicht gesetzt werden.

2.2 Projektive Empathie

Stottern ist als psychologisches Alltagsphänomen gut bekannt. Jeder kennt Situationen, in denen er oder sie stottert. Analysiert man diese Situationen bzw. psychologischen Zustände unter denen dieses Stottern stattfindet, so sind dies fast ausschließlich negativ bewertete Empfindungen oder unlautere Motive: So tritt das Stottern auf, wenn man erschrocken, gehemmt, tief gerührt, verschämt, betrunken, übermüdet ist, lügt, ertappt wird oder verliebt ist (hier wird das Stottern sogar empfohlen, s. Ovid „ars amator“).

In Sprichwörtern findet man diese alltagspsychologische Konstruktionen etwa bei den Gebrüder Grimm „Wer nicht will die Wahrheit sagen, wird ein Stotterer allzumal“ (1914, S. 51) wieder. Oder im Deutschen Sprichwörterbuch von Wander (1876, S. 885) erfahren wir „Wer stottert, hat gelogen oder will lügen“; Stammelnden und geputzten Frauen muss Du nicht trauen“. Das Stottern wird ähnlich wie das Erröten als etwas Entblößendes wahrgenommen.

Fragt man danach, was denn durch das Stotterersymptom entblößt und offenbart wird, so sind dies eben genau die psychologischen Zustände wie Angst, Unsicherheit, Verlegenheit und Unaufrichtigkeit. Die Person, die in der Interaktion zu stottern beginnt, offenbart somit psychologische Motive und Zustände, die diskret und peinlich sind und die man normalerweise in den meisten sozialen Situationen verbergen würde. Die Kommunikation gerät in eine Schiefelage, in der beide Partner einerseits auf die Selbstoffenbarungs- und Beziehungsebene fixiert sind, andererseits greift hier die von Goffman beschriebene „Irrelevanzregel“: der Interaktionspartner tut so als hätte er das Stottern bzw. die damit assoziierten psychischen Zustände nicht wahrgenommen. Es entsteht auf beiden Seiten eine tiefe und anstrengende Peinlichkeit.

2.3 Weitere sozialpsychologisch brisante Merkmale des Stotterns

Typisch für das Stottern ist, dass es einerseits als Behinderung unterschätzt wird (v. Bracken 1967), dass es andererseits aber Merkmale erfüllt, die aus behindertensoziologischer Sicht hoch brisant sind (vgl. Cloerkes 1997; Tröster 1990; Seywald 1977; Benecken, 1993, 1996b, 2002):

So betrifft das Stottern eine in unserer Kultur relativ hoch stehende Funktion, nämlich die der Sprachkompetenz, die gleich nach Intelligenz vor Sinnestüchtigkeit, Handgeschicklichkeit und Fortbewegungsfähigkeit (Schönberger 1967; S. 68) kommt. Je höher die betroffene Funktion, desto schwieriger ist die Integration. Oder praktisch ausgedrückt- in unserer Kultur hat es ein Rollstuhlfahrer einfacher als Mitmensch toleriert zu werden als ein Mensch mit einer geistigen Behinderung, danach kommen aber schon die Personen mit einer Sprachstörung.

Insbesondere die schwerere blockierte Symptomatik verletzt das Primat der Ästhetik (Seywald 1967) und ist zu dem gesichtsnahe, was wiederum die Integration erschwert.

Stottern gehört dazu zu den Phänomenen, die inkonstant auftreten und deren Ursachen nicht bekannt sind: genau diese Kombination öffnet der alltagspsychologischen Mythenbildung alle Tore. Ferner übergibt man in diesen Fällen den Betroffenen die (Mit) - Verantwortung für ihre Störung. Diese Inkonstanz und Situationsabhängigkeit des Stotterns verwirrt und wird oft (z.B. auch von Lehrern und Ärzten) als Hinweis dafür interpretiert, dass das betroffene Kind gar kein „richtiges“ Stottern hätte.

Aus soziologischer Sicht kommt noch hinzu, dass Stottern und Männlichkeit weitgehend inkompatibel (Keese 1972) ist, da Stottern in der alltagspsychologischen Diagnose („ein Mann ein Wort“) wichtigen traditionellen Rollenerwartungen an einen Mann widerspricht. Dies ist deshalb fatal, weil ca. 3-5 mal so viele Männer wie Frauen stottern.

Die oben beschriebenen sozialen Zuschreibungsprozesse führen letzten Endes dazu, dass Stottern schlechthin in der (unbewussten) Alltagswahrnehmung und Alltagskultur (Benecken 1993) als Indiz oder sogar als Metapher für eine beschädigte Psyche wahrgenommen und verwendet wird ähnlich wie das Hinken symbolisch für beschädigte Körperlichkeit steht. Dabei ist aus stigatheoretischer Sicht hervorzuheben, dass diese Darstellungen und Entwürfe in den Medien (Filme; Romane; Kinderbücher; Zeitungsschlagzeilen) fast kaum variieren und den „Stotterer“ nahezu übereinstimmend entweder als „Blödian“ (ein Bild, das eher von den volkstümlichen Medien transportiert wird) oder als „Psychopathen“ entwerfen (ebenda). Das Stottern und „d e r Stotterer“ werden also psychisch diskreditiert (vgl. Goffman 1963). Stottern ist somit ein Stigma. Die Folgen dieser Stigmatisierung für die Entwicklung der Identität und des Selbstwertes wiegen unter Umständen oft schwerer als die eigentliche Beeinträchtigung des Sprechens und können in Abhängigkeit von den individuellen Resilienzfaktoren zu einer psychischen Erkrankung führen. In Anlehnung an Finzen (2001) schlägt der Autor vor, hier von einer **zweiten Behinderung** sprechen.

2.4 Stottern und Dissimulation: Oder über das Problem, über das Stottern zu reden

Über das Stottern scheint, bedingt durch die psychologischen Alltagstheorien und oft unterstützt von Ratschlägen von Ärzten und Pädagogen, ein „Schweigemythos“ und/oder eine starke Tendenz zur Dissimulation zu liegen, die leicht zu einer Kette von Vermeidungen führen können:

Eltern sind in dem Konflikt, wenn sie das Stottern ihres Kindes thematisieren, das Kind ein Bewusstsein der Störung bekommt und dann noch stärker stottert. Also versucht man so zu tun als hätte man die Sprechunflüssigkeiten des Kindes nicht gehört („Du hast dich doch nur verhaspelt, Papa verhaspelt sich auch manchmal!“). Dieses angestrengte Weghören und Wegsehen kann zu der paradoxen Situation führen, dass das betroffene Kind sein Stottern verzerrt und ungenau wahrnimmt und sich eine **allgemeine Befangenheit** entwickelt. Aus der Befangenheit kann dann im negativen Fall eine tiefe Scham (s.o.) werden (vgl. Schüttauf et. al. 2003; vgl. die „role-conflict“ Theorie von Sheehan 1970). In der Therapie des kindlichen Stotterns tendiert man deshalb mittlerweile zu der Auffassung, dass eine frühe direkte Therapie des Kindes unter Einbeziehung des Umfeldes sinnvoll und sogar notwendig ist (u.a. Sandrieser & Schneider 2004; Natke 2000; Curlee 1999; Bloodstein 1995; Dell 1979, 1994), wobei hier „weniger der Aufbau einer selbstreflexiven Sprechtechnik“, sondern „eine

systemische Entlastung und Verminderung von Risikofaktoren“ (Katz-Bernstein 2002, S. 43) im Vordergrund steht.

Das schambedingte Schweigen über das Stottern in Kombination mit der Tendenz, das Stottern im Vergleich zu anderen „wirklichen“ Behinderungen (v. Bracken 1967; 1976; Benecken 1993) nicht ernst zu nehmen und der unmittelbaren Wirkung der Symptomatik des Stotterns auf die Umwelt hat dazu geführt, dass weniger als 5% aller stotternder Kinder sonderpädagogisch, sei es in Sprachheilschulen oder im Rahmen von Integrationsmaßnahmen erfasst bzw. betreut werden (Benecken & Spindler 2004). Der weitaus größte Teil der stotternden Kinder verbringt die Schulzeit ohne pädagogische Reflektion und Intervention. Aufgrund der vielfachen verdeckten Vermeidungsstrategien (u.a. v. Riper 1973; Natke 2000) und der mangelnden Informiertheit der Lehrer (auch von Erziehern, Ärzten) ist zu vermuten, dass zwei von drei stotternden Kindern, die eine Allgemeinschule besuchen, von ihren Lehrern überhaupt nicht als Stotternde erkannt werden. Dementsprechend beschreiben viele stotternde Personen im Nachhinein ihre Schulzeit als Martyrium (Denhardt 1890; Legel 1905; Schindler 1997; Benecken & Spindler 2002; 2004). Hierzu passt auch, dass bislang zwar Teilleistungsstörungen wie Dyscalculie, Legasthenie oder das hyperkinetische Syndrom aufgrund der möglichen negativen psychosozialen Folgen häufig im Zusammenhang mit der Beantragung von Eingliederungshilfen nach § 35a KJHG (vgl. Fegert 1996) genannt werden, die Eltern stotternder Kinder sich hier aber bislang nach Einschätzung des Autors (Benecken & Spindler 2004) deutlich zurückhalten.

2.5 Empirische Indikatoren der psychosozialen Situation: Mobbing und soziometrischer Status

Insoweit wie das Stottern über projektive Empathie und virtuelle Vorbilder an Schwäche, Angst, Gehemmtheit, Selbstunsicherheit, starke Rührung und Unehrllichkeit im Zuhörer und Zuschauer erinnert und psychologische Konstruktionen wie „Unmännlichkeit“ und „Mutter-söhnchen“ erweckt, eignet sich „der Stotterer“ ganz besonders als Mobbingopfer und/oder wird er sich selbst sozial zurückziehen bzw. in seinen Gruppen isoliert werden. Eine ganze Reihe kasuistischer Berichte (Schindler 1997), ältere empirische Erhebungen zur soziometrischen Situation stotternder Schüler in Regelschulen (Fritz, zit. nach v. Bracken, 1976; Möller 1961; Kanter 1964) und aktuelle retrospektive Erhebungen zur Häufigkeit, in der stotternde Personen angeben, während der Schulzeit Opfer von „Mobbing“ geworden zu sein (Hugh-Jones & Smith 1999; Benecken & Spindler 2004) weisen übereinstimmend darauf hin, dass

75% aller stotternden Schüler zumindest zeitweilig in psychisch hoch belastenden sozialen Schulumwelten leben. Dabei scheint sich, wie die Daten deutlich belegen, insbesondere im Alter von 11-13 Jahren die psychosoziale Lage zuzuspitzen, also in einer für die Selbstwertentwicklung und – Überprüfung und Identität sehr sensiblen Phase.

Da ein stotterndes Kind gerade in Zuständen von Erregung in Gefahr ist zu stottern („break-down under stress“- Theorien; vgl. Natke 2000, S. 79f) kommt es in psychosozialen Gefahrensituationen (Angriff von einem „Mobber“) zu der kommunikationspsychologisch paradoxen Situation entweder auf diesen Angriff stotternd zu reagieren und damit gleichzeitig wieder auf der Selbstoffenbarungsebene Angst und Schwäche (Schulz von Thun 1981) zu kommunizieren oder gute Mine zum bösen Spiel machen und sich emotional stumm stellen, was den „Mobber“ oder „Bully“ noch mehr herausfordert und insbesondere die Anderen (auch den Lehrer) nicht aktiviert, protektiv tätig zu werden. Die Fähigkeit, deutliche (emotionale) Signale setzen zu können, gilt als Schutz vor Mobbing (Perry et. al. 1988).

Von daher ist in Abhängigkeit von den individuellen Resilienzfaktoren (Benecken & Spindler 2004; vgl. Brisch & Hellbrügge 2003) eine erhöhte psychopathologische Komorbidität wahrscheinlich.

3. Ätiologische Ansätze des Stotterns

Krause (1981) sieht die Behandlung und Erforschung des Stotterns als „kein Ruhmesblatt für die daran Beteiligten“ (11). Die „aktuellen Methoden des Denkens und Behandelns der Medizin, Psychiatrie und Psychologie wurden vor allen Dingen an Stotterern ausprobiert“ (11) und man würde „in einer seltsamen Art und Weise ... alle mehr oder weniger offenen therapeutischen Sadismen gerade in der Anwendung auf das Stottern“ finden (11). Sheehan (1970) sieht das Stottern gar als projektiven Test für die Vorlieben der Therapeuten und Wissenschaftler.

Mittlerweile wird die Entwicklung des Stotterns als multifaktorielles Geschehen angesehen, an dem disponierende Faktoren (u.a. Heredität; unzureichende Lateralität sprachlicher Fähigkeiten (Johannsen & Rothenberger 2002), auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen wie u.a. psychosozialer Stress, Elternverhalten, Sprach- und Sprechentwicklungsphase (ebenda) beteiligt sind. Johannsen und Rothenberger fassen den Erkenntnisstand zur Ätiologie des Stotterns wie folgt zusammen:

„Es muss heute also nicht mehr diskutiert werden, ob Stottern primär psychisch oder physiologisch bzw. organisch oder linguistisch bedingt ist. Im Einzelfall ist jedes jeweils für sich oder auch in Kombination möglich, was in einer therapiesteuernden Diagnostik herausgear-

beitet werden muss...“ (ebenda, 405). Von daher ist es höchst zweifelhaft, Stottern als relativ homogenes Krankheitsbild zu sehen, vielmehr muss man Johannsen und Schulze (1989) recht geben, wenn sie Stottern als „Sammeldiagnose für ein Oberflächenphänomen unterschiedlichster Ätiologien“ bezeichnen.

3.1 Psychoanalytische Erklärungsansätze des Stotterns

Vorweg sei bemerkt, dass die psychoanalytische Entwicklungstheorie unzweifelhaft ihre Verdienste darin hat bzw. haben könnte, dass sie im Unterschied zu anderen Theorien auch das „Unbewusste und die Dynamik intrapsychischer Prozesse, Beziehungsaspekte und emotionale Aspekte ... auf differenzierte Weise berücksichtigt“ (Kurz 1993, S. 11). Das Zusammengehen von Psychoanalyse, Logopädie und Sprachheilpädagogik eröffnet somit Perspektiven, die bei einer isolierten fachspezifischen Herangehensweise zu kurz kommen würden. (vgl. Kurz 1993)

Im Bereich der Stotterforschung werden die psychoanalytischen Konzepte von Bloodstein (1995, 61), vgl. auch Natke (2000) als „repressed need hypothesis“ diskutiert. Das Stotter-symptom wird von den einzelnen Vertretern einer psychoanalytischen Perspektive u.a. wie folgt erklärt:

- als infantiles Bedürfnis nach oraler Befriedigung. Im Symptom würde sich ein regressive Lust am Beißen, Saugen und oraler Einverleibung von Objekten äußern, sowie die Lust einer vollständigen Abhängigkeit von und Identifikation mit der Mutter (ebenda, 61),
- als Versuch anale Bedürfnisse zu befriedigen. Die Funktion des Sphinkter würde praktisch symbolisch nach oben verlagert.
- als verdeckter Ausdruck unbewusster feindlicher bzw. aggressiver Impulse. Die aggressiven Impulse würden qualitativ einer infantil analen Aggressionsform entsprechen. (62)
- als unbewusster Versuch, das Sprechen zu unterdrücken. Bloodstein sieht dieses Konzept als das verbreitetste aus dem psychoanalytischen Bereich (Fenichel 1945). Das Stottern wird nach dieser Theorie durch den Konflikt ausgelöst. gleichzeitig etwas sagen als auch schweigen zu wollen. Das Schweigebedürfnis sei dabei unterschiedlich motiviert: Das Kind befürchte unbewusst, unerlaubte anale Bedürfnisse oder Gefühle zu offenbaren. Andere Motive, das Sprechen zu unterdrücken seien: das Sprechen würde als unerlaubte Befriedigung oraler Bedürfnisse erlebt. Oder das Sprechen wird als aggressiver Akt, wo die stotternde Person, Bestrafung befürchtet, blockiert. Der

Junge befürchte die Offenbarung ödipaler Bedürfnisse und die Bestrafung durch den Vater, das Mädchen befürchte durch das Sprechen die männliche Rolle einzunehmen. Das Sprechen wird also unmittelbar durch Angst und Schuldgefühle blockiert (ebenda, 62). Diese Sicht des Stotterns als Ausdruck eines Ambivalenz- und Autonomiekonfliktes („ja...aber“) wird als neurotisches Paradigma auch von den Adlerianern hervorgehoben „Wenn man an einen neurotischen Menschen denkt, muss man immer an einen Stotterer denken, denn man wird es in einem übertragenem Sinne immer mit einem Stotterer zu tun haben“ (Adler & Crookshank 1934, 13).

Die Entwicklung des Stotterns als Ausdruck infantil oraler und/oder analer Konflikte wird auf dem Hintergrund einer neurotischen gestörten Mutter-Kindbeziehung (elterliche Dominanz; überbehütendes Verhalten; überängstliches Verhalten) gesehen. Eine spezifische Ätiologietheorie des Stotterns ist aus psychoanalytischer Sicht nicht formuliert worden; den Beitrag der Psychoanalyse zum Stottern sieht Bloodstein eher in der Erklärung des Stottersymptoms (74).

Diese hier nur sehr knapp dargestellten psychoanalytischen Konstrukte zur Erklärung des Stotterns werden in dem 2001 erschienenen Buch „Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ (Heinemann & Hopf) neu aufgelegt und an einem Fallbeispiel anschaulich angewendet. Im folgenden soll auf diesen Beitrag aus stigmatheoretischer Perspektive näher eingegangen werden.

Die Autoren sehen es für die Genese des Stotterns als typisch, dass das stotternde Kind in „einer engen Bindung an die Mutter in der Spaltung von Inzest-Verbot und Inzest-Wunsch gefangen sei.“ Das Verbot würde „... von der Sexualität auf die Äußerung des Wunsches verschoben. Worte auszusprechen bedeutet Gefahr ... Die Worte werden magisch zu zerstörenden, aggressiven und todbringenden Objekten“. Den Müttern und auch abgeschwächt den Vätern wird dabei in der Genese des Stotterns eine zentrale Rolle zugeschrieben: die Mütter „... versuchen meist eine totale Abhängigkeit des Kindes aufrechtzuerhalten, es in der Fixierung auf die Dualbeziehung zu halten“ und typisch für stotternde Kinder sei, dass diese „... meist überfürsorgliche Mütter oder Väter (haben)“ und die Mütter „... unzufrieden mit dem Kind“ seien und „für das Kind“ sprechen würden. (S. 290). So dass als typische Konfliktsituation für den stotternden Jungen beschrieben wird, dass dieser „in der Dualunion mit der Mutter verhaftet, seine magisch überhöhte, mörderische Aggression nicht äußern (kann), Autonomiewünsche lösen Schuldgefühle aus“ (S. 290). In einem Fallbeispiel wird der 12 jährige stotternde Junge denn auch als „hübsch“; „irgendwie verweichlicht und verhätschelt“, „viel zu

ruhig, weich, passiv...“ beschrieben. Der Vater wirke „zart, sprach leise und mischte sich ... kaum ein“. Daneben wäre „die Mutter beinahe wuchtig, vollschlank und vital bis lebenslustig ... (S. 291)“ Sie würde „... phasenweise zu depressiven Verstimmungen (neigen) und sich dann besonders eng an den Jungen klammer(n)“ (S. 292). In der therapeutischen Übertragung wäre der Junge „... von einer devoten Zuvorkommendheit, die (der Therapeut) allerdings unterschwellig aggressiv erlebte und die (ihn) wütend machte“ (S. 292). Aufgabe der Therapie wäre es, den Jungen aus der „... im wahrsten Sinne mörderischen Symbiose...“ zu lösen (S. 294). Über den Jungen erfahren wir weiter: er wäre „bereits vor seiner Geburt in einem Fantasma der Mutter gefangen. Er sollte ein Mädchen sein ...“ was „häufig bei stotternden Jungen anzutreffen ...“ sei. (S. 295). Die Autoren resümieren: „Hier zeigt sich wieder einmal die besondere Entwicklungssituation des männlichen Kindes, sich von der Mutter lösen zu müssen und eine andere, nämlich männliche Identifikation zu erhalten. Dass gerade das stotternde Kind aufgrund seiner massiven Aggressionsproblematik daran scheitert, macht verständlich, warum Jungen so viel häufiger“ stottern (S. 296)

4. Kritik

1. Erstaunlicherweise entspricht der Entwurf der Stotterpersönlichkeit als abhängige, verdeckt aggressive infantile Persönlichkeit („Muttersöhnchen“) den gängigen Klischees und Alltagstheorien. Analysiert man die Art und Weise wie Stottern z.B. in Kinderbüchern inszeniert wird (Benecken 1993; 1996b), so entsteht u. a. der Eindruck (bzw. die Alltagstheorie), dass zur Heilung des Stottern eine Therapie wohl nicht erforderlich sei, sondern läuternde Ereignisse, nette Großväter oder Schläge auf den Hinterkopf genügen würden. In dem Film „**Die Cowboys**“ (USA 1972) mit John Wayne schreit dieser den stotternden Jungen wegen seines Stotterns so lange an („Hör mit dem Stottern auf, Du Affenpinscher oder verschwinde!“) bis dieser sich traut, gegenüber dem starken Mann zurückzuschreien und von diesem Moment an flüssig sprechen kann. Seinen Freunden gesteht er dann, dass er sich das Stottern längst „abgewöhnt“ hätte, wenn dies nur jemand von ihm „verlangt“ hätte. Typisch ist es, dass dieser Junge in enger Symbiose mit seiner allein erziehenden Mutter lebt (vgl. dazu auch Bosshardt 1998). Weitere akzentuierte Beispiele sind Billy Bibitt aus „**Einer flog über das Kuckucksnest**“ oder Norman Bates in „**Psycho**“. Billy Bibitt suizidiert sich, weil er der totalen Kontrolle und Abhängigkeit seiner Mutter nicht entrinnen kann; Norman Bates „**Der beste Freund im Leben eines Mannes ist seine Mutter**“ mordet Frauen wohl aus ähnlichen Motiven. In „**Berlin Alexanderplatz**“ ist es „**Rheinhold der Stotterer**“, der erst als er die Frauen schlägt und sich von ihnen lösen kann, ein glücklicher Mann wird. Als die Bildzeitung 1990 titelt: „**Boris** (Be-

cker; der Autor) *schwerer Stotteranfall im TV*“ - fragt sie in Übernahme der Volksmeinung: Waren es die „*Nerven, die Frauen- oder was*“?. In einer weiteren Ausgabe werden dann auch Experten gefragt, darunter auch ein Psychologe, der Boris attestiert: „*Boris sexuell überbelastet*“.

Man muss sich fragen, wie diese erstaunlichen Ähnlichkeiten zwischen den als Kunstfiguren entwickelten virtuellen „Stotterern“ und den in der psychoanalytischen Literatur beschriebenen „Stotterern“ zustande gekommen sind. Der Autor ist der Meinung, diese Übereinstimmungen sollten den Vertretern einer monokausalen psychogenetischen Sichtweise des Stotterns eher zu denken geben als dies als Validierung anzusehen.

2. Die Diagnostik und Behandlung des Stotterns gehört traditionell in das Arbeitsfeld von Logopäden, HNO-Ärzten, Phoniatern und Spracheilpädagogen. Psychiater und Psychotherapeutinnen sind hier, was die Häufigkeit angeht, eher eine Randgruppe. Heinemann und Hopf als Vertreter einer monokausalen psychoanalytischen Genese und Therapie des Stotterns muss vorgeworfen werden, dass sie Fragen der Generalisierbarkeit ihrer Beobachtungen gar nicht erst stellen bzw. kritisch abwägen. Ihre Ausführungen erwecken den Anschein als würden sie für alle Stotterer gelten. Dabei muss es als nahe liegend angesehen werden, dass hier eine Selektion in dem Sinne stattgefunden hat, dass die stotternden Kinder zu einem Psychoanalytiker geschickt wurden, die auch in das psychoanalytische Therapieangebot hineinpassen. Prozentual mag es nur ein verschwindend kleiner Teil der stotternden Kinder sein, die eine psychoanalytische Therapie aufsuchen. Von dieser hochselektiven Gruppe auf die „Stotterer“ schlechthin zu generalisieren, verbietet sich. Leider ist aus den Ausführungen der Autoren auch nicht ersichtlich, wie viele stotternde Kinder sie behandelt haben.

3. Nach Ansicht des Autors werden sozialpsychologische und systemische Aspekte des Stotterns sträflich und kontraproduktiv außer Acht gelassen. Es wird eine rein psychologisch individualistische Sichtweise propagiert. Da, wie in diesem Beitrag gezeigt werden konnte, das „Stottern“ und der „Stotterer“ hochgradig stigmatisiert sind und das Stottern nicht nur eine Sprechstörung, sondern sekundär auch eine Kommunikationsstörung darstellt, ist das stotternde Kind und dessen Familie in einer gravierenden psychosozialen Belastungssituation mit erheblichen Folgen für das Eltern-Kindsystem und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Schuld- und Schamgefühle auf Seiten der Eltern und soziale Erfahrungen des Kindes in sozialen Gruppen (s. o.) können allzu leicht dazu führen, dass hier Autonomie- und Ablösungsprozesse „behindert“ werden. Dies ist ein Phänomen, das für alle Behinderungsformen und auch chronischen Erkrankungen gilt. So schreibt Markowetz: „*Die Gefahr überbehüten der Verhaltensweisen ist ein fundamentales Problem in der Erziehung behinderter Kinder*“

(1997, S. 265; vgl. auch Seiffge-Krenke 1996). Insbesondere die Mütter reagieren auf die Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes schnell mit Überbehütung und Zuwendung (ebenda; Cook 1984). Keiner wird aber auf die Idee kommen, die Körperbehinderung eines Kindes als Konversionssymptom auf dem Hintergrund eines Autonomiekonfliktes im Zusammenhang mit einer ungelösten Mutter-Kind symbiose in Verbindung zu bringen. D.h. die beschriebenen ungelösten Mutter-Kind-Symbiosen und überbehütenden Verhaltenstendenzen können im Sinne eines circulären Modells sowohl als Folge als auch als ungünstige psychosoziale chronifizierende Bedingung des Stotterns begriffen werden (Johannsen & Rothenberger 2002). Damit ist gemeint, dass eine im psychoanalytischen Sinne vorhandene Bindungstendenz (evtl. auf dem Hintergrund einer unbewussten Ablehnung des Kindes und/oder infolge von Schuldgefühlen) durch die Behinderung des Kindes und die damit verbundenen sozialen Folgen wie Isolation und Mobbing erst aktiviert und verstärkt wird und dann wieder den psychologischen Boden für eine Chronifizierung des Stotterns darstellt. Während dasselbe Elternsystem bei einem anderen „gesunden“ Kind nicht in ein pathologisches Muster abgerutscht wäre.

4. Die von Heinemann & Hopf in der psychoanalytischen Tradition wieder aufgelegten Ätiologiekonstrukte sind insofern als einseitig und deterministisch zu kritisieren, als sie einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen psychischen Konflikt und der Symptomatik des Stotterns postulieren, der bei weitem nicht dem jetzigen Erkenntnisstand der Stotterforschung entspricht (Bloodstein 1995; Natke 2000; Johannsen & Rothenberger 2002)

5. Die von den Autoren beschriebene hohe latente Aggressivität ist ein bekanntes sekundäres klinisches Phänomen auch bei anderen Sprachauffälligkeiten (z.B. Aphasien; Sprachentwicklungsstörungen) und muss zumindest teilweise als Folge des Stotterns gesehen werden. Jedes Stottersymptom kann man nach der Frustrations-Aggressionshypothese (Dollard et. al. 1939; Miller et. al. 1941) als Unterbrechung einer zielorientierten Handlung ansehen; es ist damit ein frustrierendes Ereignis, das die Wahrscheinlichkeit der Produktion aggressiver Energie (Wut; Ärgeraffekte) erhöht. Darüber hinaus werden Macht- und Statusfragen zumindest ab dem Schulalter immer stärker über Sprache definiert und verteidigt. Ein chronisch stotterndes Kind ist täglich hunderte Mal in der Situation, dass es etwas sagen möchte (zielorientierte Handlung) und es nicht gleich sagen kann (Blockierung). Es liegt nahe, dass sich hier über die Zeit ein großes Aggressionspotential entwickelt. Die bei stotternden Kindern von psychoanalytischer Seite beschriebene latente Aggressivität lässt sich nach Meinung des Autors in erster Linie als sekundäres Phänomen erklären. Da Überbehütung, wie oben beschrieben wurde, ein typisches Risikoverhalten von Eltern eines behinderten Kindes darstellt, kann sich zu dieser symptomspezifischen Aggression natürlich auch noch „symbiotische“ bedingte Aggressi-

on mischen. Nach Ansicht des Autors stellen diese aggressiven Korrelate des Stotterns in der Therapie, Pädagogik und Psychoedukation einen wichtigen Inhalt dar, der oft von einseitigen logopädisch funktionellen Therapien nur ungenügend beachtet wird. Die von Kurz (1993) beschriebene psychoanalytisch orientierte Sprachtherapie bei Kindern beschreibt hier wesentliche Inhalte (vgl. auch Sandrieser & Schneider 2004; Katz-Bernstein & Subellock 2002; Benecken 1982; 1996).

Als Resümee lässt sich feststellen: die einseitige Anwendung psychoanalytischer Konstruktionen auf die Ätiologie des Stotterns, sowie von Heinemann und Hopf neuerdings geschehen, greift in deutlicher Art und Weise alltagspsychologische Mythen und Vorurteile (Alltagstheorien) gegenüber dem Stottern und stotternden Menschen auf und transformiert sie in das elaborierte psychoanalytische Sprachsystem. Solche Darstellungen sind im Sinne einer stigmatheoretischen Betrachtungsweise auch nicht mehr als eine wissenschaftliche Meinungsäußerung im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses tolerierbar. Man muss, was in diesem Beitrag versucht wurde, vielmehr darauf hinweisen, dass diese Publikationen, gerade dann, wenn sie von renommierten Autoren stammen, zur Aufrechterhaltung und Verstärkung eines Stigmas beitragen. Die Autoren beteiligen sich damit als Experten an der Entwicklung und Tradierung von Alltagstheorien über die der Behinderten Soziologe Cloerkes schreibt: „Zu den Alltagstheorien gehört fast immer die tendenzielle Pathologisierung des stigmatisierten Individuums“ (Cloerkes 1996, 150).

Literatur:

- Adler, A.; Crookshank, F. (1934): Individual psychology and sexual differences. London (Verlag unbekannt).
- Andrews, G.; Harris, M. (1964): Stuttering: Considerations in the evaluation of treatment. Brit. J. Comm. Dis.:6: 129-138.
- Benecken, J. (1982): Spezielle Aspekte der klientenzentrierten Kinderspieltherapie bei stotternden Kindern. In: Benecken, J. (Hrsg.): Kinderspieltherapie-Fallstudien. Stuttgart: Kohlhammer, S. 74-81.
- Benecken, J. (1996a): Das freie Spiel in der Logopädie. Forum Logopädie 5: 14-18
- Benecken, J. (1995): On the nature and clinical relevance of a stigma: „The Stutterer“. In International Fluency Association. Proceedings of the first world congress on fluency disorders. Vol .2; München: IFA, S. 548-550
- Benecken, J. (1993; 1996b): Wenn die Grazie misslingt - Zur psychosozialen Situation stotternder Menschen. Regensburg, 1993 (eine verkürzte und popularisierte Fassung ist 1996 von der Bundesvereinigung Stotterer-selbsthilfe publiziert worden).
- Benecken, J. (2002): Psychische und soziale Situation stotternder Menschen. In: Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) Stottern. Band 205, S. 15-23.
- Benecken, J., Spindler, C. (2002): Mobbing und Stottern: Zur schulischen Situation stotternder Kinder. Forum Logopädie 6: 6-11.

- Benecken, J.; Spindler, C. (2004): Zur psychosozialen Situation stotternder Schulkinder in Allgemeinschulen. *Die Sprachheilarbeit*, 49; 2: 61-70
- Bloodstein, O. (1995): *A Handbook on Stuttering*. 5. Auflage, Chicago: National Easter Seal Society. (1. Auflage 1975)
- Bosshardt, H.-G. (1998) What is wrong with John Wayne`s Stuttering Therapy? <http://www.mankato.msus.edu/comdis/isad/papers/bosshardt.html>
- Brisch, K.-H.; Hellbrügge, Th. (2003). Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta.*
- Cloerkes, G. (1997): Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Edition Schindele.*
- Cook, J.A. (1984): Influence of gender on the problems of fatally ill children. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 71-91
- Cooper, E.B.; C. S. Cooper (1985): Clinician attitudes toward stuttering in the United States and Great Britain: A cross cultural study. *Journal of Fluency Disorders*, 10: 19-33.
- Curlee, R.F. (1999): Early Intervention with childhood stuttering revisited. Beitrag zur 2. International Stuttering Awareness Day Online Conference vom 1.- 22. Oktober 1999, <http://www.mankato.msus.edu/dept/comdis/isad2/papers/curlee.html>, 1.10.1999.
- Dell, C. (1979): *Treating the school-age stuttrer*. Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America. Deutsche Übersetzung: *Therapie für das stotternde Schulkind*. Köln: Demosthenes-Verlag, 1994.
- Denhardt, R. (1890): *Das Stottern*. Leipzig: Verlag von Ernst Keil`s Nachfolger.
- Dobslaff, O. (2002): Häufigkeit von ausgewählten sprachlichen Auffälligkeiten im Primarstufenbereich der Regelschule im Bundesland Brandenburg. *Kongressbericht zur XXV Arbeits- und Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik.*, S. 132-145.
- Dollard, J.; L. Doob; N. Miller; O. Mowrer; R. Sears (1939): *Frustration and Aggression*. New Haven
- Fegert, J. M. (1996). *Was ist seelische Behinderung*. Münster: Votum (2. Auflage)
- Fenichel, O. (1945): *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Finzen, A.. (2001): Psychose und Stigma: Stigmabewältigung. Zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Freud, S. (1905; 1977): *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten*. Frankfurt: Fischer.
- Fröschels, E. (1925): *Lehrbuch der Sprachheilkunde*. Leipzig, Wien.
- Grimm, J.; Grimm, W. (1914): *Deutsches Wörterbuch*. Leipzig: (Verlag unbekannt).
- Goffman, E. (1963): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinemann, E., Hopf, H. (2001): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hugh-Jones, S., Smith, P.K. (1999): Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology* 69: 141 – 158.
- Johannsen, H. (2001): Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Symptomatologie, Heredität und Händigkeit auf den Verlauf des Stotterns im Kindesalter. *Sprache, Stimme, Gehör*: 14-19.
- Johannsen, H.S. & Schulze, H. (1989): Zur Situation der Stottertherapie bei Vorschul- und Grundschulkindern in der Bundesrepublik: Ergebnisse einer Befragung von Stottertherapeuten und einer Analyse von Fachzeitschriften. *Folia Phoniatr.*, 41: 10-22.
- Johannsen, H.S. & Rothenberger, A. (2002): Stottern. In G. Esser (Hg.) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme, S. 401-412.

- Kanter, G. (1964): Sozialpsychologische Untersuchungen an sprachbehinderten Kindern in Normalschulklassen. *Heilpädagogische Forschung* 1: 37 –76.
- Katz-Bernstein, N. (2002): Gruppentherapie versus Einzeltherapie bei stotternden Kindern . In: Katz-Bernstein, N., Subellok, K. (Hrsg.). *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt., S. 19-37.
- Keese, A. (1972): Das stotternde Kind und seine Behinderung aus sozialpsychologischer Sicht. *Die Sprachheilarbeit* 17: 24-30.
- Knura, G. (1969): Das Vorurteil gegenüber stotternden Kindern bei angehenden Kindergärtnerinnen und Vorschullehrern. Unveröffentl. Diss., Univ. Köln.
- Krause, R. (1981): *Sprache und Affekt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1976): Probleme der psychologischen Stotterforschung und Behandlung. *Zeitschrift für Psychotherapie und Klinische Psychologie* 2: 129-143.
- Kurz, F. (1993): *Zur Sprache kommen. Psychoanalytisch orientierte Sprachtherapie mit Kindern*. München: Ernst Reinhardt
- Legel, O. (1905): *Die Sprache und ihre Störungen*. Potsdam (Verlag unbekannt).
- Markowetz, R. (1997): Familien mit behinderten Kindern. In: Cloerkes, G.: *Soziologie der Behinderten*. Heidelberg: Edition Schindele, S. 239- 268.
- Mead, G.H. (1968): *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp (engl. 1934)
- Miller, N. (1941; in Zusammenarbeit mit R. Sears, O.H. Mowrer, L.W. Doob & J. Dollard) *Psychological Review*, 48, 337-342.
- Montgomery, B.M.; Fitch, J.L. (1988): The prevalence of stuttering in the hearing-impaired school age population. *Journ. of Speech and Hearing Disorders* 53: 131-135.
- Möller, J. (1961): *Soziometrische Untersuchungen über die Stellung sprachgestörter Kinder in Normalklassen der Volks- und Mittelschulen im Rheingau*. Unveröffentlichte Prüfungsarbeit für das Lehramt an Schuleinrichtungen für sprachgestörte Kinder. Marburg (s. Kanter 1964).
- Müller, G. (1964): *Theorie der Komik*. Würzburg: Konrad Triltsch Verlag.
- Natke, U. (2000): *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber.
- Preus, A. (1972): Stuttering in Down`s syndrome. *Scand. J. Educ. Res.*, 16: 89-104.
- Perry, D.G.; Kusel, S.J., Perry, L.C. (1988): Victims of peer aggression. *Developmental Psychology* 24: 807-814.
- Ringo, C.C.; Dietrich, S (1995): Neurogenic stuttering. An analysis and critique. *J. Med. Speech-Language Pathology*, 2: 111-122.
- Sandrieser, P.; P. Schneider (2004; 2. aktualisierte und erweiterte Aufl.): *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme.
- Schindler, A. (1997): *Stottern und Schule. Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. Köln: Demothens Verlag der Bundesvereinigung Stotterer – Selbsthilfe.
- Schönberger, F. (1967): Vorläufige Erwägungen zur soziopsychischen Situation einiger Behindertengruppen. In: *Intelligenz- und Verhaltensforschung bei körperbehinderten Kindern*, 66-71 (Quellenangabe nach Seywald (1977; S. 17; 143).
- Schulz von Thun, F. (1981): *Miteinander reden 1 - Störungen und Klärungen*. Reinbeck,: rororo.

- Schüttauf, K; Specht, E.K.; Wachenhausen, G. (2003): Das Drama der Scham. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seiffge-Krenke, I. (1996). Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Stuttgart: Kohlhammer
- Seywald, A. (1977): Körperliche Behinderung. Grundfragen einer Soziologie der Benachteiligten. Frankfurt: Campus.
- Sheehan, J. G. (1970): Role- conflict theory. In J.G. Sheehan (Ed.) Stuttering: research and therapy. Harper & Row: NY, S. 2-34.
- Tröster, H. (1990): Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Bern: Huber.
- v. Bracken, H. (1967): Behinderte Kinder in der Sicht ihrer Mitmenschen. Pädagogische Rundschau 21: 711-729.
- v. Bracken, H. (1976): Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen. Berlin: Marhold.
- Van Riper, Ch. (1973): The Treatment of stuttering. Engelwood Cliffs:, N.J.: Prentice Hall.
- Wander (1876): Deutsches Sprichwörterbuch. Leipzig: (Verlag unbekannt).
- Westrich, E. (1981): Der Stotterer. Bonn- Bad Godesberg: Dürr.
- Woods, C.L., Williams, D.E. (1976): Traits attributed to stuttering and normally fluent males. Journal of Speech and Hearing Research 19, 267-278.
- Yairi, E.; Ambrose, N.G. (1999): Early childhood stuttering: Persistency and recovery rates. J. Speech. Lang. Hear.. Res. 42: 1097-1112.