

# Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung Stotternder

Praktische Hinweise und Fallbeispiele für Jugendliche und Erwachsene

Johannes von Tiling

**ZUSAMMENFASSUNG.** Jugendliche und Erwachsene, die von der Redeflussstörung Stottern betroffen sind, leiden oft auch unter häufigen und intensiven negativen Emotionen wie Angst, Scham, Schuld und Hoffnungslosigkeit. In der Folge ziehen sich die Betroffenen vermehrt aus sozialen Kontexten zurück und verlieren so an Lebensqualität. In der logopädischen Praxis kommen diese Prozesse vielfach zu kurz. In diesem Beitrag werden Methoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie vorgestellt, die dem Therapeuten helfen sollen, die psychischen Folgen chronischen Stotterns besser verstehen und behandeln zu können. Dabei werden unter anderem die Störungsbilder der sozialen Phobie, der Depression und der Persönlichkeitsstörung kurz vorgestellt. Außerdem wird anhand von Fallbeispielen der Frage nachgegangen, wann und wie die Mitbehandlung durch einen Psychotherapeuten erfolgen sollte.

Schlüsselwörter: Stottern – Verhaltenstherapie – Psychotherapie – Angst – Scham – Schuld

## Einleitung

Dass Stottern viel mit Angst zu tun hat, ist nicht erst seit dem oscarprämiierten Film „The King’s Speech“ bekannt. Viele Stotternde sind permanent damit beschäftigt, das eigene Sprechen zu überwachen, Schwierigkeiten zu antizipieren, Lösungsmöglichkeiten – sei es durch eine Sprechtechnik oder eine Vermeidungsstrategie – zu erwägen.

Im öffentlichen Leben balancieren sie gewissermaßen immer auf dem schmalen Grat zwischen Normalität (Flüssigsprechen) und Blamage (schweres Stottern). Dieses Balancieren kostet Kraft. Nicht umsonst verwenden Stotternde zuweilen das Bild des Balancierens für ihr Dasein, das ich hier etwas genauer zeichnen will: Der Stotternde lebt in einem Parcours aus zehn Zentimeter breiten Betonwänden, auf denen er balancieren muss, rechts und links geht es jeweils zwei Meter hinunter. Er weiß, wenn er herunterfällt, hat er Schmerzen. Also spannt er die Muskeln an, um auch ja keinen Fehltritt zu begehen, strengt sich an, hat Angst, verkrampft, kommt nur langsam voran. So geht es den ganzen Tag, und hin und wieder fällt er trotzdem herunter, tut sich weh.

Kein schönes Dasein. Was kann er anders machen? Er sollte noch besser Balancieren lernen, würde der Fluency-Shaping-Therapeut sagen. Er sollte einfach ganz normal gehen und in Kauf nehmen, häufig herunterzufallen, dann kommt er schneller voran

und gewöhnt sich besser an den Schmerz, würde die Van-Riper-Therapeutin sagen. Er sollte einfach gedanklich ausblenden, dass es rechts und links hinuntergeht, dann könnte er normal gehen, würde der „Psycho-Guru“ sagen. Alles irgendwie richtig, sagt die kognitive Verhaltenstherapeutin, aber außerdem sollte er unten ein bisschen Erde aufschütten, dann falle er nicht so tief. Das allerdings kostet viel Kraft und Zeit.

In diesem Beitrag möchte ich einige praktische Hinweise zur Umsetzung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken in der logopädischen Praxis geben. Den theoretischen Hintergrund habe ich bereits an anderer Stelle ausgeleuchtet (Von Tiling 2010, 2011; Von Tiling et al. 2012, Von Tiling & Von Gudenberg 2012). Ich gliedere meinen Beitrag anhand verschiedener Fragestellungen:

- Erstens: Warum sind kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden in der Stottertherapie wichtig? Hier gebe ich einen kurzen Überblick über die psychischen Probleme, die bei Stotternden häufig auftreten.
- Zweitens: Wann und von wem sollten psychische Probleme von Stotternden behandelt werden? Hier gebe ich Hinweise, woran Logopäden erkennen können, ob ein Stotternder so schwer beeinträchtigt ist, dass er die Hilfe eines Psychotherapeuten benötigt.

**Dr. Johannes von Tiling** ist

Diplom-Psychologe. Er studierte in Oldenburg und Heidelberg, war danach an der Universität Kassel als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Forschung und Lehre tätig, wo er auch promovierte. Er führte Forschungsprojekte über sozial-emotionale Prozesse bei Stotternden durch, unter anderem in Kooperation mit der Kasseler Stottertherapie und der PH Heidelberg. Derzeit arbeitet er als Psychotherapeutin-Ausbildung in Mannheim und ist weiterhin tätig in Forschung, Lehre und Fortbildung zum Thema Stottern.



- Drittens: Mit welchen Methoden können Logopäden die psychischen Probleme ihrer stotternden Klienten behandeln? All dies werde ich anhand zweier Fallbeispiele diskutieren, die ich zunächst vorstellen will (Kasten).

## Die psychischen Folgen des Stotterns

Seit einigen Jahren hat sich die internationale Stotterforschung den Emotionen und komorbiden psychischen Störungen zugewandt. Während Stottern nur noch sehr selten als Symptom einer dahinterliegenden psychischen Problematik gesehen wird (z.B. Kollbrunner 2004), gilt mittlerweile als gesicherte Tatsache, dass die psychischen Folgen des Stotterns bei einer Vielzahl von Betroffenen immens sind. Unterschiedliche Studien sind in den letzten Jahren zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Frage gekommen, wie häufig psychische Störungen (z.B. Depression oder Persönlichkeitsstörungen) unter Stotternden sind (vgl. z.B. Iverach et al. 2009).

In unserem Kontext interessieren uns nicht die Zahlen, sondern es genügt die – aus psychologischer Sicht banale – Feststellung: Wer von Kindheit an und über Jahre hinweg vom Stottern betroffen ist, ist unzähligen Stresssituationen ausgesetzt und hat somit

ein erhöhtes Risiko, eine (weitere) psychische Störung zu entwickeln. Welches sind aber die Störungen, gegenüber denen Stotternde besonders anfällig sind?

### Soziale Angst / Soziale Phobie

Da ist zu allererst die soziale Phobie (F40.1 nach ICD-10, *Stangier et al. 2009*) zu nennen. Menschen mit sozialer Phobie sind übermäßig schüchtern, gehemmt und selbstunsicher. Sie bewerten eigene Fehler eher als „peinlich“, als es die Zuschauer tun. Sie vermeiden daher Situationen, die „peinlich“ werden könnten, richten vieles in ihrem Leben nach den (vermuteten) negativen Bewertungen der Mitmenschen aus. Dass etwa jeder zweite Stotternde von dieser Störung betroffen sein dürfte (*Stein et al. 1996*), verwundert nicht angesichts der Bedeutung des Sprechens in unserer Kultur. Wer seinen Sprechfluss nicht jederzeit willentlich kontrollieren kann, ist mit einem Makel behaftet, der nicht nur beim Vortragen, beim Flirten, beim Sich-Darstellen behindert, sondern der auch dazu verleitet, diese Behinderungen als noch

einschneidender zu erleben, als sie tatsächlich sind.

Wie sieht es nun mit den beiden Klienten aus den Fallbeispielen aus? Haben sie eine soziale Phobie? Sicher erscheint zumindest, dass beide häufig mit der Angst vor negativen Reaktionen der Mitmenschen zu kämpfen haben, die man auch als soziale Angst bezeichnet. Die Diagnose einer sozialen Phobie erfordert nun noch, dass diese soziale Angst zu erheblichem Leiden führt.

Bei Bernhard ist dies sicher der Fall, da er z.B. das Ansprechen anderer Menschen vermeidet und daher kaum soziale Kontakte hat. Bei Herrn Feigenbutz könnte es auch so sein, immerhin scheint er wegen seiner Angst das Praktikum beendet zu haben. Dies müsste aber noch genauer exploriert werden. Es könnte auch sein, dass dem Aufgeben des Praktikums weniger eine soziale Phobie als eine Depression zugrundeliegt, um die es nun gehen soll.

### Depression

Menschen, die von einer depressiven Episode (F32 nach ICD-10) betroffen sind, leiden unter lang anhaltenden Phasen schlechter Stimmung, Freudlosigkeit und Antriebslosigkeit, die oft auch von Konzentrationsproblemen, Schlafstörungen und Appetitverlust begleitet sind (*Hautzinger 2010*). Bei Stotternden kann sich die Depression leicht aus der Sozialen Phobie heraus entwickeln: Wer sich viel zurückzieht, findet keine Freunde, erhält somit keine sozialen Verstärker mehr und erleidet Stimmungseinbrüche. Sie kann aber auch durch das häufige Erleben von Scham und Schuld entstehen: Studien zeigen, dass Stotternde häufig intensive Gefühle der Scham wegen des Stotterns empfinden und sich nicht selten Selbstvorwürfe dafür machen, das Stottern noch nicht überwunden zu haben (*Plexico et al. 2009*). Beides resultiert in einer Selbstabwertung, einem geringen Selbstwertgefühl, das der Nährboden einer Depression sein kann.

Unser Klient Bernhard berichtet von sich aus keine depressiven Symptome, seine Mutter

## Fallbeispiele: Zwei Erstgespräche

### Bernhard

Bernhard ist vierzehn Jahre alt, besucht die achte Klasse einer Realschule. Zusammen mit seiner Mutter stellt er sich in einer logopädischen Praxis vor. Er berichtet, er stottere vor allem im Schulunterricht, habe hier manchmal Blocks von mehreren Sekunden Länge, die ihn sehr beschämten. Alle warteten dann geduldig, keiner kommentiere dies in irgendeiner Form. Seine Eltern hätten mit den Lehrern abgesprochen, dass Bernhard wegen seines Stotterns keine Referate vor der Klasse halten müsse, sondern diese auf Video aufnehmen und dem Lehrer zumailen dürfe, und dass er vom Lehrer nur dann aufgerufen werde, wenn er sich melde. Nur wenn er sich ganz sicher sei, nicht zu stottern, melde er sich, aber dies sei fast nie der Fall. In der Pause und bei Freizeitaktivitäten stottere er weniger, manchmal spreche er völlig flüssig. Doch immer dann, wenn das Sprechen an eine Leistungsbewertung gekoppelt sei, beispielsweise auch im Konfirmandenunterricht, stottere er stark. Freunde habe er fast keine, er sei „eben ein ruhiger Typ, der nicht so gern auf andere zugeht“. Er warte immer ab, bis jemand auf ihn zukomme und ein Gespräch anfangen, das sei halt so. Im Erstgespräch stottert Bernhard anfangs fast gar nicht, später recht stark. Seine Mutter berichtet, sie habe ein sehr gutes

Verhältnis zu Bernhard. Sie und ihr Mann seien sehr zufrieden mit den schulischen Leistungen, die im guten bis befriedigenden Bereich lägen. Er sei sicher sehr schüchtern, aber das komme vom Stottern und sei sicher nicht zu ändern: „Wenn ich früher als Vierzehnjährige gestottert hätte, hätte ich auch wenig gesagt.“ Sie versuche, viel Zeit mit ihrem Sohn zu verbringen, er habe ja keine Freunde. Sorgen mache sie sich nun, weil Bernhard in den letzten Monaten schlecht esse, kaum noch Antrieb zeige und immer seltener lache. Daher seien sie nun doch gemeinsam zu dem Schluss gekommen, noch einmal zu einem Logopäden zu gehen und zu versuchen, „etwas am Stottern zu machen“.

### Herr Feigenbutz

Herr Feigenbutz, ein 22-jähriger Informatikstudent im 4. Semester, stellt sich in einer logopädischen Praxis vor. Er berichtet: „Ich stottere schon so lange ich denken kann. Aber das ist eigentlich nicht das Problem. Ich will es einfach ignorieren, es soll mich nicht mehr tangieren. Ich habe das Buch von Fiedler gelesen und bin zu dem Ergebnis gekommen: Ja, das ist mein genau mein Weg. Darum meine Frage, so ganz direkt: Könnten Sie eine Therapie nach Fiedler mit mir machen?“ Die Therapeutin schafft es mit Mühe, das Gespräch zunächst auf die Symptomebene zu lenken. Herr Feigenbutz, der während des gesamten Gesprächs kaum hörbar stottert, berichtet, dass sein Stottern stark schwanke,

je nachdem, wie er sich fühle. In guten Phasen spreche er wochenlang fast flüssig, dann breche er wieder ein und sei sehr verunsichert. Wenn er dann in einer schlechten Phase sei, traue er sich nichts mehr zu. So wie im März, als er zu seinem ersten studentischen Praktikum nach einer Woche einfach nicht mehr hingegangen sei, weil sein „Sprechen völlig gestreikt“ habe. Als er davon berichtet, bekommt er feuchte Augen. „Da kommt so ein Selbsthass hoch, wenn ich nur daran denke. Was ich dann plötzlich für ein Feigling bin! Vollkommen lächerlich.“ Im Studium habe er noch nicht viele Freunde gefunden, das habe aber „weniger mit dem Stottern zu tun als mit dem Charakter meiner Kommilitonen, mehr sage ich dazu nicht“. Gefragt nach früheren Therapien, berichtet er, er sei als Kind bei DelFerro gewesen, als Jugendlicher dann bei der Kasseler Stottertherapie, aber er sei zu dem Schluss gekommen, dass er im Grunde keine Sprechtechnik brauche, es sei bei ihm „eine Kopsache“. Jetzt wolle er den psychologischen Weg gehen, aber leider verstehe kaum ein Psychologe etwas vom Stottern. „Daher komme ich notgedrungen zu Ihnen. Wenn Sie sich überfordert fühlen, können Sie es aber ruhig sagen. Ich will ohnehin noch in der Uni-Ambulanz und in einer anderen Praxis anfragen und mich dann entscheiden, zu wem ich gehe.“

hingegen schon. Beide scheinen sich immerhin einig zu sein, dass nicht die depressiven Symptome behandelt werden sollen, sondern das Stottern, das diesen angeblich zugrundeliegt. Aus psychologischer Sicht erscheint indes viel wahrscheinlicher, dass die Depression nicht in erster Linie eine Folge des Stotterns, sondern der sozialen Phobie ist. Bei Bernhard sollte nach dem Erstgespräch auf jeden Fall der Verdacht auf eine leichte depressive Episode (F32.0) gestellt werden und im zweiten Gespräch dies durch die Abfrage weiterer Leitsymptome (z.B. Schlafstörungen, Konzentration, geringes Selbstwertgefühl) geprüft werden.

Bei Herrn Feigenbutz erfahren wir wenig über depressive Symptome. Er spricht allerdings einmal von seinem „Selbsthass“, und er wertet sich als Feigling ab. Schließlich erwähnt er noch, dass er eigentlich psychologische Hilfe suche. Aufgrund seines fordernden Kommunikationsverhaltens hat die Therapeutin weder Zeit noch Mut gefunden, in diese Richtung weiter zu explorieren. Sie sollte dies nachholen, erst dann kann sie sich ein Bild von der psychischen Beeinträchtigung machen. Dass sich Herr Feigenbutz zunächst so verschlossen zeigte, könnte aber auch auf eine Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sein.

### Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen (F60 nach ICD-10) sind zeitstabile Arten des Wahrnehmens, Denkens und Fühlens, die zu unflexiblen und sozial unangepasstem Verhalten und somit zu Problemen in der Interaktion mit anderen Menschen führen (Sachse 2004). Beispielsweise haben Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung (F60.80) ein starkes Bedürfnis, vor ihren Mitmenschen ihre Kompetenzen (z.B. ihre Intelligenz und Kreativität) hervorzuheben und dafür bewundert zu werden, und sie setzen dieses Bedürfnis mit solcher Vehemenz um, dass sich die Mitmenschen gestört fühlen und sich von ihnen abwenden. Daneben werden noch einige andere Arten (z.B. emotional-instabile oder histrionische Persönlichkeitsstörung) unterschieden, deren Erläuterung hier aber zu weit führen würde.

Ob Persönlichkeitsstörungen bei Stotternden gehäuft vorkommen, ist derzeit noch nicht befriedigend erforscht. Eine Häufung kann aber immerhin bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung vermutet werden: Wegen ihrer Sprechprobleme dürften viele Stotternde ein starkes Bedürfnis entwickeln, vor ihren Mitmenschen ihre sprechunabhängigen Fähigkeiten (z.B. ihre Intelligenz) besonders hervorzuheben – von denen dann einige (bei

ungünstiger Kombination mit genetischen und sozialen Faktoren) eine Persönlichkeitsstörung entwickeln.

Bei Bernhard scheidet die Diagnose Persönlichkeitsstörung schon deswegen aus, weil diese erst ab dem Erwachsenenalter vergeben werden sollte. Bei Herrn Feigenbutz hingegen erscheint das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung durchaus möglich: Er zeigt hoch inadäquates Interaktionsverhalten beim Erstgespräch, überhöht indirekt die eigenen Stärken bei gleichzeitiger Abwertung der Mitmenschen (auch der Therapeutin), außerdem berichtet er über Interaktionsprobleme mit seinen Mitstudenten. Ob aber wirklich eine Persönlichkeitsstörung (oder nur eine sogenannte Persönlichkeitsakzentuierung, die also noch im Normalbereich liegen würde) vorliegt, kann nur durch eine ausführliche Diagnostik von einem Psychologen in Erfahrung gebracht werden.

### Umgang mit psychisch belasteten Stotternden in der Sprachtherapie

Anhand der beiden Fallbeispiele soll nun diskutiert werden, welche Rolle die psychischen Probleme von Stotternden in der logopädischen Therapie spielen und wann eine Zusammenarbeit mit einem Psychotherapeuten sinnvoll ist.

### Therapieplanung bei Bernhard

Bernhard hat aufgrund seines Stotterns eine starke Angst- und Vermeidungssymptomatik entwickelt, wie sie bei vielen Stotternden

vorkommt. Darüber hinaus scheint er im Zuge seines sozialen Rückzugs bei gleichzeitigem Fortschreiten der Pubertät eine depressive Symptomatik zu entwickeln, die die Probleme weiter verstärken dürfte. Er (und leider auch seine Mutter) vertreten die unter Stotternden populäre Sichtweise, dass ihnen eine Psychotherapie „nichts bringen“ könne, da ihre psychischen Probleme durch das Stottern verursacht seien. Würde der Logopäde ihrer Sichtweise folgen, würde er sich darauf beschränken, an den Unflüssigkeiten zu arbeiten, z.B. eine globale Sprechtechnik einzuüben. Dies wäre aber nicht erfolversprechend: Bernhard würde vermutlich auch hinsichtlich der unnatürlich klingenden Sprechtechnik eine soziale Angst entwickeln und sie daher nur zögerlich einsetzen. Aufgrund der Depression würde er dabei Rückschläge sich selbst anlasten und rasch aufgeben, außerdem wäre seine Konzentrationsfähigkeit depressionsbedingt ohnehin verringert, was einen erfolgreichen Einsatz einer Sprechtechnik unwahrscheinlich macht.

Was ist also zu tun? Die Logopädin sollte Bernhard und seiner Mutter die Auffassung rückmelden, dass nicht nur das Stottern behandelt werden muss, sondern auch die Angst und der soziale Rückzug (der Begriff Depression sollte zunächst vorsichtig verwendet werden, weil er oft missverstanden wird). Sie sollte den Kreislauf zwischen Stottern, Angst, Vermeidung und Rückzug ausführlich erläutern und glaubwürdig vermitteln, dass Stottern nicht notwendigerweise

■ Tab. 1: Verhaltensanalyse bei Beispielklient Bernhard

a) Situation	Ich muss ein Referat halten. Ich gehe nach vorne und stelle mich ans Pult.
b) Gedanken	„Ich schaff das nie. Wenn ich erstmal anfangen zu stottern, wird es ganz schlimm.“ (Erwartung, stark stottern zu müssen) „Wenn ich viel stottere, finden die anderen mich peinlich und wollen nichts mehr mit mir zu tun haben.“ (Erwartung, wegen des Stotterns abgelehnt zu werden) „Daher muss ich möglichst viele schwierige Wörter vermeiden.“ (Vermeidungs-Absicht)
c) Gefühle	Angst, Panik, verbunden mit Selbstfokussierung und körperlicher Anspannung
d) Verhaltensweisen	Vermehrtes Stottern, Vortragen mit weniger Konzentration auf den Inhalt, Vermeidungssprechen
e) Gedanken	„Ich bin so ängstlich, ich komme sowieso schlecht rüber, auch wenn ich nicht stottere.“, „Jetzt ist eh alles egal!“, „Ich kann nichts dagegen machen und werde es nie können.“
f) Gefühle	Scham, Hoffnungslosigkeit
g) Verhaltensweisen	Blinde Anreden gegen die Blocks ohne Sprechtechnik, auch nach Abklingen der Anfangsangst
h) langfristige Konsequenzen	Ich traue mich in Zukunft nicht mehr an Referate heran, bitte den Lehrer das nächste Mal wieder um eine Sonderbehandlung.

zu Angst und Vermeidung führen muss. Sie sollte zwei mögliche Behandlungsvarianten vorschlagen, erstens die alleinige Behandlung durch sie selbst (unter Verwendung der unten vorgestellten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken) und zweitens die parallele Behandlung bei einem Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Je nachdem, wie sicher sich die Logopädin fühlt und als wie schwer sie die psychische Symptomatik einschätzt, sollte sie die eine oder die andere Lösung empfehlen.

### Therapieplanung bei Herrn Feigenbutz

Herr Feigenbutz kommt in die Therapie mit eher unklaren Behandlungszielen. Sicher erscheint hier nur, dass er stottert (wenn auch der Schweregrad noch unklar ist), und dass es ihm psychisch nicht gut geht. Ob dafür eine soziale Phobie, eine Depression oder eine Persönlichkeitsstörung verantwortlich ist, ist schwer einzuschätzen und für den Logopäden vermutlich auch in weiteren Therapiesitzungen nicht so einfach zu ermitteln.

In solch einem Fall erscheint ratsam, dem Klienten die unterschiedlichen Problembereiche (Stottern, Angst/Vermeidung, Konflikte mit den Mitmenschen) darzulegen und jeweils die eigene Zuständigkeit zu diskutieren: dass die Logopädin Spezialistin für die Behandlung der Sprechunflüssigkeiten ist, auch einige Techniken für die Behandlung der Angst und Vermeidung anzubieten hat, aber sich nicht hinreichend kompetent fühlt für die Behandlung der Interaktionsprobleme. Die

Interaktionsprobleme sollte sie aber auch als mögliches Problem offen ansprechen, sowohl die mit den Mitstudenten berichteten als auch die subjektiv wahrgenommenen in der Therapiestunde.

Herr Feigenbutz könnte dann selbst entscheiden, an welchem Problem er zunächst arbeiten und ob er sich zusätzlich (oder ausschließlich) an einen Psychotherapeuten wenden möchte. So fühlt sich auch die Logopädin nicht unter Druck gesetzt, bei diesem „schwierigen“ Patienten gleich alle Probleme auf einmal lösen zu müssen. Es ist gut möglich, dass sie nach zehn Sitzungen zu dem Schluss kommt, dass sie mit ihm aufgrund seines narzisstischen Interaktionsstils nicht weiterarbeiten kann und will. Dann sollte sie ihn möglichst zeitnah an einen Psychotherapeuten ihres Vertrauens vermitteln.

### Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden bei Stotternden

Die kognitive Verhaltenstherapie (Stavemann 2010) ist eine Form der Psychotherapie, die eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden umfasst und sich von anderen psychotherapeutischen Schulen (wie der Psychoanalyse) dadurch abgrenzt, dass sie problemzentriert, transparent und ohne allzu viel Hintergrundtheorie (etwa über unbewusste Prozesse) vorgeht. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden fließen seit Jahrzehnten auch in die sprachtherapeutische Behandlung von Stotternden ein, allerdings jeweils mit einiger Verzögerung.

Während viele Stottertherapeuten mit den Methoden der klassischen Verhaltenstherapie (Konfrontationstraining, Nicht-Vermeidungstraining, absichtliches Stottern etc.) gut vertraut sind, sind Techniken zur Veränderung kognitiver und emotionaler Prozesse, wie sie die moderne, sogenannte kognitive Verhaltenstherapie vornimmt, noch weniger weit verbreitet (wenngleich auch in Deutschland nicht völlig unbekannt, vgl. etwa den Beitrag von *Rainel-Straka & Wolf*, 2010). Auf letztere wird daher in der folgenden Darstellung fokussiert.

### Verhaltensanalyse

Die Verhaltensanalyse dient der Diagnostik der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen des Klienten, die unmittelbar mit dem unerwünschten Verhalten (dem Stottern, der Angst, dem Rückzug etc.) in Verbindung stehen. Kurz zurückliegende schwierige Sprechsituationen werden ausführlich hinsichtlich des gezeigten Verhaltens, dessen Auslöser und Konsequenzen gemeinsam analysiert und in Tabellenform schriftlich festgehalten. Dabei werden typische kognitiv-emotionale Reaktionsmuster herausgearbeitet, die sich bei Stotternden häufig um die Themen Angst, Scham, Schuld und Vermeidung zentrieren. Tabelle 1 veranschaulicht beispielhaft Verhaltensanalysen bei Bernhard und Herrn Feigenbutz. Es wird deutlich, dass bei Bernhard eher Scham und Hoffungslosigkeit im Vordergrund stehen („Die anderen lehnen mich ab und werden es immer tun“), bei Herrn Feigenbutz dagegen Schuld („Ich bin zu undiszipliniert, um das Stottern zu beherrschen“).

■ Tab. 2: Verhaltensanalyse bei Beispielklient Herr Feigenbutz

<b>a) Situation</b>	Am vierten Tag meines Praktikums muss ich mich in der Abteilungskonferenz kurz vorstellen, soll dabei über meine bisherigen Erfahrungen berichten.
<b>b) Gedanken</b>	„Ich muss den Zuhörern zeigen, dass ich was drauf habe, dass ich etwas Besonderes bin.“ „Wenn ich stottere, muss ich ganz locker bleiben, sonst wirke ich schwach.“
<b>c) Gefühle</b>	Angst vor Ablehnung, verbunden mit Selbstfokussierung und körperlicher Anspannung
<b>d) Verhaltensweisen</b>	Ich gehe unvorbereitet in die Konferenz, rede spontan drauf los, rede unangemessen selbstbewusst über meine Stärken. Nach einem ironischen Zwischenruf komme ich ins Stottern, habe einen zehn Sekunden langen Block, blicke auf den Boden, sage danach gar nichts mehr.
<b>e) Gedanken</b>	„Wie sieht das denn aus? Ich lasse mich gleich verunsichern, zeige Schwäche. Wie peinlich!“ „Ich kann mein Stottern nicht kontrollieren, dazu bin ich einfach zu blöd.“
<b>f) Gefühle</b>	Schuld, Selbsthass
<b>g) Verhaltensweisen</b>	Ich grübele den Rest des Tages über die Situation nach. Ich melde mich am nächsten Tag krank, gehe nicht mehr zu dem Praktikum. So vermeide ich die Konfrontation mit weiteren Schuldgefühlen.

### Verhaltensexperimente

Nachdem der Klient nun ein besseres Verständnis dafür bekommen hat, worin seine Befürchtungen bestehen und wie unangenehme Gefühle wie Scham und Schuld zustande kommen, werden die zugrunde liegenden Kognitionen in sogenannten Verhaltensexperimenten (die oft auch als Expositionsübungen oder, in der Van-Riper-Tradition, als Desensibilisierungsübungen bezeichnet werden) geprüft.

Beispielsweise könnte Bernhard angeleitet werden, gezielt Situationen aufzusuchen, von denen er glaubt, dass sein Stottern besonders negative Reaktionen bei den Zuhörern hervorruft, und gezielt auf Anzeichen für negative Bewertungen zu achten und sich diese zu notieren. Herr Feigenbutz könnte in ähnlicher Form systematisch testen, ob die Reaktionen auf eine nicht-perfekte Umgangsweise mit dem Stottern wirklich so verheerend ausfallen wie befürchtet.

Das Überprüfen sozialphobischer Befürchtungen ist deutlich schwieriger und langwieriger als das Überprüfen von Befürchtungen etwa im Rahmen einer Spinnenphobie; der Therapeut sollte unter Bezugnahme auf wissenschaftliche Untersuchungen (Von Tiling 2010) deutlich machen, dass negative Reaktionen auf Stotternde durchaus vorkommen, aber eben nicht so drastisch ausfallen und nicht so folgenschwer für das Selbstwertgefühl sein müssen wie von vielen Stotternden befürchtet.

Die bei einigen Stottertherapeuten beliebte bipolare Unterscheidung, Patient X sei „desensibilisiert“, Patient Y hingegen nicht, ist aus psychologischer Sicht irreführend, denn in der Regel sind soziale Ängste stark kontextabhängig (z.B. Therapiesetting vs. Party). Verhaltensexperimente sind kein Selbstzweck. Den Klienten langanhaltenden Sprechunflüssigkeiten in hoch schwierigen Situationen auszusetzen, führt leider nicht automatisch zu einer „Gewöhnung“, wie einige Therapeuten leider immer noch zu glauben scheinen.

Verhaltensexperimente müssen immer gut vorbereitet werden, inklusive genauer Zielklärung, zum Beispiel: „Reagieren Passanten tatsächlich mit einem genervten Blick, wenn ich einen 3-Sekunden-Block habe?“ Sinnvoll

sind dabei auch Rollenspiele inklusive Videomitschnitt, damit der Klient anschließend objektiv einschätzen kann, wie er stotternd (oder vermeidend oder mit Sprechtechnik) wirkt. Der Einsatz einer Angsthierarchie macht Sinn, im Zweifelsfall sollten mittelschwere Situationen gewählt werden. Vermieden werden sollte eine Überforderung oder gar Demütigung des Klienten.

### Kognitive Umstrukturierung

Bei der kognitiven Umstrukturierung wird versucht, die in den Verhaltensanalysen herausgearbeiteten Kognitionen im Gespräch zu verändern. Sie erfolgt in einer offenen Diskussion zwischen Therapeut und Klient über deren Realitätsangemessenheit („Ist das wirklich so?“, „Was spricht dafür, was dagegen?“, „Woran machen Sie das fest?“) und Funktionalität („Tut es Ihnen gut, da immer dran zu denken?“, „Was bedeutet das für Sie, sich so hohe Maßstäbe zu setzen?“). Aus dieser Diskussion entstehen dann neue Kognitionen, die weniger belastende Gefühle implizieren. Der Therapeut verwendet die Sokratische Gesprächsführung, d.h., er beschränkt sich darauf, konkretisierende Fragen zu stellen, um die Sichtweise des Klienten besser zu verstehen. Wichtig ist, dass der Klient sich die neue Sichtweise möglichst

selbstständig erarbeitet. Das ist zwar in der Praxis oft langwierig und mühsam, aber es führt zu besseren Therapieerfolgen als direktere Formen der Gesprächsführung. Tabelle 3 gibt ein Beispiel eines Sokratischen Dialogs mit Herrn Feigenbutz.

Der Klient wird angeleitet, sich die neuen, realitätsangemessenen und funktionalen Denkmuster in konkreten Sprechsituationen gezielt zu vergegenwärtigen. Hierzu kann ein Zettel verfasst werden, der die wichtigsten Erkenntnisse der kognitiven Umstrukturierung in prägnanter Form zusammenfasst und solange als Gedächtnisstütze dient, bis der Klient seinen Inhalt verinnerlicht hat.

### Fazit

Die internationale Forschung zeigt, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden sowohl mit Stottermodifikationstherapien als auch mit Fluency-Shaping-Ansätzen kombinierbar sind (Langevin et al. 2006, Menzies et al. 2008). Insbesondere für letztere scheinen sie eine notwendige Ergänzung zu sein, da globale Sprechtechniken in der Regel mit ähnlichen sozialen Ängsten behaftet sind wie Stottersymptome.

Wann soll ein Logopäde einen psychisch belasteten Stotternden an einen Psychothera-

■ Tab. 3: Beispiel eines Sokratischen Dialogs des Therapeuten (Th.) mit dem Klienten (K.) Herrn Feigenbutz

K.: ...am Ende des Referats ging dann fast gar nichts mehr. Die Techniken haben nicht mehr funktioniert, und ich hab dann doch wieder die alten Vermeidungstricks rausgeholt, um da durchzukommen. Ein lächerliches Gestammel war das. Nach dem Referat hab ich noch kurz mit meinen Mitstudenten Smalltalk gemacht, der Dozent hat uns noch brav gelobt, und dann bin ich schnell raus.	Informationen rüberbringen kann.	Th.: Wo liegt also der Unterschied zwischen den russischen Studenten und Ihnen?
Th.: Sie wollten dann erstmal allein sein und feiern, dass Sie das Referat hinter sich haben?	Th.: Das stimmt, es gibt sicher viele Studenten, die schneller sprechen. Würden Sie sagen, Sie sind im gesamten Seminar der langsamste Sprecher?	K.: Die klingen mit ihrem Akzent nicht so lächerlich wie ich mit meinem Stottern.
K.: Naja, eigentlich wäre ich schon noch gern mit in die Cafeteria gegangen, mit den anderen. Aber nach diesem jämmerlichen Gestammel wollte ich den anderen meine Anwesenheit nicht länger zumuten.	K.: (überlegt) Naja, das natürlich nicht. Diese russischen Austauschstudenten sind natürlich noch viel langsamer. Aber... Naja, ich meine, die können ja auch nichts dafür, dass sie aus Russland kommen, oder?	Th.: Und weil Sie glauben, dass die anderen Sie lächerlich finden, glauben Sie, Sie könnten nicht mit Ihren Referatskollegen danach noch feiern gehen.
Th.: Sie hatten das Gefühl, dass die anderen von Ihrem Stottern genervt waren.	Th.: Das stimmt.	K.: Ja.
K.: Ja klar. Das war ja eine Gruppenarbeit, und durch mein Stottern habe ich ja die ganze Gruppe in ein schlechtes Licht gerückt.	K.: Aber ich kann nun mal was dafür, dass ich stottere.	Th.: Können Sie das noch genauer beschreiben? Woran haben Sie gemerkt, dass die Referatskollegen Sie in dem Referat lächerlich fanden?
Th.: Woran haben Sie das gemerkt?	Th.: Sie fühlen sich dafür verantwortlich, dass Sie stottern?	K.: (denkt nach) Naja, ich glaube, einige haben schon etwas mit der Stirn gerunzelt.
K.: Naja, schon allein, dass ich durch mein Stottern langsamer bin, also nicht so viele	K.: Ja, zumindest teilweise. Wenn ich mich nur genug konzentriere, kann ich es doch einigermaßen kontrollieren, das sagen Sie ja selbst.	Th.: Die Zuschauer, meinen Sie?
	Th.: Genau, Sie können ihr Sprechtempo durch große Anstrengung langfristig verbessern, indem Sie die Techniken üben. Aber das könnten die russischen Studenten doch auch, oder?	K.: Ja, klar. Die wussten ja noch nichts von meinem Stottern. Meine Referatskollegen wussten es ja schon, die haben sich natürlich nichts anmerken lassen.
	K.: Indem die mehr Deutsch üben, meinen Sie? Ja gut, von mir aus.	Th.: Okay, dann gehen wir erstmal zu den Zuschauern. Könnte das Stirnrunzeln der Zuschauer auch noch auf etwas anderes hindeuten?
		(...)

peuten weitervermitteln, wann soll er versuchen, selbst auch die psychischen (und nicht nur die sprachlichen) Probleme zu bearbeiten? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Sicherlich gibt es viele Fälle, in denen die Angst so moderat ausgeprägt ist, dass eine logopädische Behandlung ausreicht. In den beiden Fallbeispielen wäre mein Rat eher, den Klienten eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen.

Da aber die Wartezeiten in psychotherapeutischen Praxen bekanntlich lang sind und viele Klienten keine Bereitschaft für eine psychotherapeutische Behandlung zeigen, wird der Logopäde häufig mehr oder weniger gezwungen sein, auch die psychischen Probleme seiner stotternden Klienten zu behandeln. Nicht zuletzt für diese Therapeuten möge dieser Beitrag eine kleine Hilfe darstellen – die idealerweise durch Fortbildungen ergänzt werden sollte.

## LITERATUR

- Hautzinger, M. (2010). *Akute Depression*. Göttingen: Hogrefe
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R.G., Packman, A. & Onslow, M. (2009). Screening for personality disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 3 (34), 173-186
- Kollbrunner, J. (2004). *Psychodynamik des Stotterns*. Stuttgart: Kohlhammer
- Langevin, M., Huinck, W. J., Kully, D., Peters, H.F., Lomheim, H. & Tellers, M. (2006). A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* (31), 229-256
- Menzies, R.G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St. Clare, T. & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 6 (51), 1451-1464
- Plexico, L.W., Manning, W.H., & Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part I. Protecting the self and others. *Journal of Fluency Disorders* 2 (34), 87-107
- Rainel-Straka, S. & Wolf, I. (2010). Angst und Scham in der Stottertherapie. Der Stellenwert von Gedanken und Gefühlen von stotternden Jugendlichen und deren Bearbeitung in der Therapie. *Forum Logopädie* 2 (24), 26-31
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2009). *Soziale Phobien: ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmニュアル*. Weinheim: Beltz
- Stavemann, H.H. (2010). *Einführung in die KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen*. Weinheim: Beltz
- Stein, M.B., Baird, A. & Walker, J.F. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *American Journal of Psychiatry* 2 (153), 278-280
- Von Tiling, J. (2010). Die Angst vor dem Stottern und ihre Ursachen. Neue sozialpsychologische Studien und ihre Implikationen für die Stottertherapie. *Sprachheilarbeit* 10 (55), 291-300
- Von Tiling, J. (2011). Listener perceptions of stuttered speech, prolonged speech, and verbal avoidance behaviors. *Journal of Communication Disorders* 2 (44), 161-172
- Von Tiling, J. & Von Gudenberg, A.W. (2012). Listener perceptions beliefs of stuttered speech, prolonged speech, and avoidance behaviors in people who stutter. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* 3 (36), 204-219
- Von Tiling, J., Unger, J.P., Glück, C.W., & Von Gudenberg, A.W. (2012). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Bausteine in der Behandlung des chronischen Stotterns. *Sprache – Stimme – Gehör* 1 (36), 40-45

### SUMMARY. Cognitive-behavioral treatment of stuttering: Some remarks and case examples

People who stutter are often affected by frequent and intensive negative emotions like social anxiety, shame, guilt, and hopelessness. These emotions may lead to avoidance behaviors, social withdrawal, and a diminished quality of life. Common stuttering treatment approaches address these processes in an incomplete manner. This tutorial outlines methods of cognitive-behavioral therapy that may fill this gap. It is discussed how speech-language pathologists may take comorbid disorders like social phobia, depression, and personality disorders into consideration. Using case examples, different scenarios of how the speech-language therapist may work together with a psychotherapist are presented.

KEY WORDS: Stuttering – cognitive-behavioral therapy – psychotherapy – anxiety – shame

### DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2013-53020130203

### Autor

Dr. Dipl.-Psych. Johannes von Tiling  
 Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IVT-Kurpfalz), Mannheim  
 Augustaanlage 7-11  
 68165 Mannheim  
 j-v-tiling@gmx.de