



Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>



# Mein Kind stottert – ist das schlimm?

Eine Informationsbroschüre zum Zusammenhang von Stottern und sozialer Angststörung

verfasst von **Elena Yfantis**

im Rahmen des Seminars *Angewandte Entwicklungspsychologie*  
Herbstsemester 2022

Dozierende: Dr. Lea Mörsdorf & Dr. Tilman Reinelt

Universität Zürich  
Psychologisches Institut  
Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie: Säuglings- und Kindesalter  
Binzmühlestrasse 14, Box 21  
CH-8050 Zürich  
Telefon: 044 635 74 81  
E-Mail: [weltentdecker@psychologie.uzh.ch](mailto:weltentdecker@psychologie.uzh.ch)

Jana, fast vier Jahre alt, erzählt ihrer Mutter voller Freude, was sie am Vortag mit ihren Grosseltern im Zoo erlebt hat. Wie für Kinder in ihrem Alter normal, erzählt sie die Geschichte ein wenig wirr, bricht einige Sätze ab und wiederholt sich hin und wieder. «D-d-d-d-dann haben w-w-wir...» Ihren Eltern ist bereits seit einigen Wochen aufgefallen, dass Jana nicht nur ganze Wörter, sondern immer öfter auch deren Anfangsbuchstaben oder -silben wiederholt. Sie sind beunruhigt, dass Jana stottert, und fragen sich, was sie dagegen tun können. Als die Mutter in ihrem Bekanntenkreis um Hilfe fragt, bekommt sie gemischte Ratschläge; einige Freunde versichern ihr, dass man sich um unflüssiges Sprechen bei Kindern in Janas Alter keine Sorgen machen müsse und dass das Stottern früher oder später von allein wieder aufhören würde. Andere Bekannte sind allerdings überzeugt, dass Jana nie «normal» sprechen wird, wenn ihre Eltern sie nicht sofort zu einem Logopäden/ einer Logopädin schicken. Ausserdem hat die Mutter im Internet gelesen, dass stotternde Kinder sich irgendwann nicht mehr trauen zu sprechen. Jetzt ist sie verunsichert – wie schlimm ist es nun, dass Jana stottert, und soll sie etwas dagegen tun?

Im Kindesalter kann es zu einer Vielfalt von Sprechstörungen, wie zum Beispiel dem Stottern oder Poltern<sup>1</sup>, kommen. Vor allem zwischen zweieinhalb und vier Jahren treten oft Sprechunflüssigkeiten auf, was zum Teil als Entwicklungsstottern beschrieben wird (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 6). Von der bekanntesten Sprechstörung, dem Stottern, sind rund zwei bis vier Prozent aller Kinder vor dem zehnten Lebensjahr betroffen (Fiedler, 2009, S. 369).

Das Auftreten von Stottersymptomen scheint allerdings oft unproblematisch zu sein. Das Entwicklungsstottern verschwindet normalerweise nach einigen Wochen ohne äusseren Einfluss (von Tiling, 2019) und auch beim Stottern kommt es bis zum 16. Lebensjahr oft zu einer Spontanremission, also einem plötzlichen Rückgang der Störung, ohne dass sie behandelt wurde (Fiedler, 2009, S. 369).

Somit stellen sich für viele Eltern die Fragen, wie schlimm es ist, wenn ihr Kind anfängt zu stottern und ob sie dabei intervenieren sollen. Des Weiteren kommt bei

---

<sup>1</sup> Poltern bezeichnet eine überstürzte und undeutliche Sprechweise, bei der Unflüssigkeiten wie Wiederholungen von Wörtern oder Artikulationsfehler auftreten (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 7).

Eltern oft die Frage auf, welche längerfristigen Konsequenzen Stottern mit sich bringen kann. Wie im Beispiel von Jana sorgen sich Eltern häufig darum, dass sich ihre Kinder nicht mehr trauen zu sprechen, sich vor Vorträgen fürchten oder schlimmstenfalls sogar allgemein Angst vor sozialen Situationen haben.

Diese elterlichen Sorgen scheinen nicht ganz unberechtigt. In der Literatur werden Zusammenhänge zwischen Stottern und vielen psychischen Auffälligkeiten beschrieben. Beispielsweise reagieren viele stotternde Personen auf die Stigmatisierung durch Gleichaltrige mit sozialem Rückzug. Dieses Verhalten führt in circa einem Drittel bis einer Hälfte der Fälle zu einer sozialen Angststörung bei stotternden Jugendlichen und Erwachsenen (Iverach & Rapee, 2014; Stein et al., 1996). Aus diesem Grund wird in dieser Informationsbroschüre auf mögliche Folgen des Stotterns, genauer gesagt auf den Zusammenhang zwischen Stottern und sozialer Angststörung, eingegangen.

Zunächst werden Stottern und soziale Angststörung als einzelne Störungsbilder definiert und ihre Symptomatik sowie Diagnosekriterien erläutert. Anschliessend wird ein Überblick über den derzeitigen Forschungsstand bezüglich des Zusammenhangs der beiden Störungen gegeben inklusive einer kritischen Beurteilung aktueller Untersuchungen. Am Ende der Broschüre wird ein Fazit gezogen zur Frage «Mein Kind stottert – ist das schlimm?».

## Stottern

«Stottern ist eine Störung der Sprechflüssigkeit, bei der es nicht nur gelegentlich, sondern auffallend häufig zu Unterbrechungen im Redefluss kommt. Ein stotternder Mensch weiss genau, was er sagen will, ist aber im Augenblick des Stotterns unfähig, die für die Umsetzung des sprachlichen Inhaltes erforderlichen Sprechbewegungen fliessend auszuführen.» (Hansen & Iven, 2020, S. 19)

Es werden verschiedene Arten von Stottern unterschieden. Die am häufigsten auftretende Form ist das idiopathische Stottern, das scheinbar grundlos im Kindesalter entsteht. Dabei handelt es sich um die Form des Stotterns, die meist mit «Stottern» gemeint ist. Davon abzugrenzen sind das bereits erwähnte Entwicklungsstottern, das ebenfalls im Kleinkindalter entsteht und nach einigen

Wochen ohne äusseren Einfluss wieder verschwindet (von Tiling, 2019), das erworbene Stottern, das erst im Erwachsenenalter auftritt, und das psycho- oder neurogene Stottern, das in Verbindung mit einem psychischen Trauma oder einer neurologischen Erkrankung entsteht (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 6-9).

Im Folgenden meint «Stottern» immer das idiopathische Stottern, also die Form, die spontan bereits in der Kindheit beginnt.

## *Symptomatik*

Natke und Kohmäscher (2020, S. 28-33) unterscheiden zwischen inneren und äusseren Symptomen, wobei letztere wiederum in Kernverhalten und Sekundärsymptomatik eingeteilt werden können. Unter inneren Symptomen werden Einstellungen und Gefühle der stotternden Person verstanden, während äussere Symptome sämtliches Verhalten meinen, das durch die Umwelt beobachtet werden kann.

Die Stottersymptomatik schwankt je nach Situation und unterscheidet sich zwischen Individuen. Symptome, die, mit unterschiedlich starker Ausprägung bei allen betroffenen Personen vorkommen, werden als Kernverhalten bezeichnet. Sie umfassen Wiederholungen, Dehnungen und Blocks<sup>2</sup>. Die Sekundärsymptomatik beschreibt die individuelle Reaktion auf das Kernverhalten und variiert somit von Person zu Person (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 28-33).

---

<sup>2</sup> Wiederholungen bezeichnen das Wiederholen von einzelnen Lauten, Silben oder Wörtern, Dehnungen das in die Länge ziehen einzelner Laute und Blocks eine Blockierung des Redeflusses, gekennzeichnet von Unterbrechungen der Lautproduktion (Beispiele siehe Tabelle 1; (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 28-33).

Tabelle 1

Stottersymptomatik nach Natke & Kohmäscher (2020, S.28)

Äussere Symptome	Kernverhalten	Wiederholungen	«ke-ke-ke-kann»
		Dehnungen	«ffffffast»
		Blocks	«----kann»
	Sekundärsymptomatik	Ankämpf- und Fluchtverhalten	Tremor, Vocal Fry, Mitbewegungen
		Vorbeugeverhalten	Vermeidung von Sprechsituationen, Personen, Ersetzen von Wörtern, Aufschubverhalten,
Innere Symptome		Gefühle	Angst, Frustration, Scham, Aggression
		Einstellungen	Negatives Selbstbild

## Diagnose

In den neusten Auflagen des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) und des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) der World Health Organization wird Stottern als Störung als «Redeflussstörung mit Beginn in der Kindheit» im DSM-5 beziehungsweise als «Entwicklungsbedingte Redeflussstörung» im ICD-11 bezeichnet (Freitag et al., 2021).

Folgende sind laut DSM-5 die Diagnosekriterien für eine Redeflussstörung mit Beginn in der Kindheit:

A. «Eine dem Alter der Person und ihren sprachlichen Fertigkeiten unangemessene Störung des normalen Redeflusses und der zeitlichen Abfolge beim Sprechen, die über einen längeren Zeitraum hinweg andauert und durch häufiges und ausgeprägtes Auftreten von mindestens einem der folgenden Kriterien charakterisiert ist:

1. Wiederholung von Lauten und Silben.
2. Dehnungen von Konsonanten und Vokalen.

3. Wortunterbrechungen (z. B. Pausen innerhalb eines Wortes).
  4. Hörbares oder stummes Blockieren (d. h. ausgefüllte oder unausgefüllte Sprechpausen).
  5. Umschreibungen (Wortsubstitutionen, um problematische Wörter zu umgehen).
  6. Unter starker physischer Anspannung herausgepresste Worte.
  7. Wiederholungen ganzer einsilbiger Wörter (z. B. „Ich ich ich ich sehe ihn.“).
- B. Die Störung führt zu Sprechängsten oder Beeinträchtigungen in der effektiven Kommunikation, bei der sozialen Teilhabe oder in der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit (einzeln oder in jeglicher Kombination).
- C. Der Beginn der Symptome liegt in der frühen Entwicklungsphase. (Beachte: Später beginnende Störungen sind unter F98.5 Redefussstörung mit Beginn im Erwachsenenalter zu diagnostizieren).
- D. Die Störung ist nicht auf sprechmotorische oder sensorische Defizite oder einen neurologischen Krankheitsfaktor (z. B. Schlaganfall, Tumor oder Trauma) oder andere medizinische Krankheitsfaktoren zurückzuführen und nicht besser durch eine andere psychische Störung zu erklären (Diagnostische Kriterien, F80.81)» (American Psychiatric Association, 2013, Übersetzung durch Natke & Kohmäscher, 2020, S. 12-13).

## Soziale Angststörung

Ungefähr 13% aller Personen leiden in ihrem Leben mindestens einmal an einer sozialen Angststörung. Damit gehören soziale Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Eine soziale Angststörung äussert sich hauptsächlich durch die Furcht davor, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, und durch die Vermeidung ebensolcher Situationen (Renneberg & Ströhle, 2006).

## Diagnose

Im DSM-5 werden die folgenden Diagnosekriterien für eine soziale Angststörung genannt:

- A. Angst vor einer oder mehreren Situationen, in denen die Person möglicherweise der Prüfung durch andere ausgesetzt ist. Zu diesen Situationen zählen zum Beispiel soziale Interaktionen, beobachtet werden oder Auftritte vor anderen.
- B. Die Angst ist unproportional zur tatsächlichen Bedrohung der sozialen Situation und des sozialen Kontexts.
- C. Soziale Situationen lösen immer Angst aus.
- D. Soziale Situationen werden gemieden oder nur unter extremer Angst ausgehalten.
- E. Die Angst oder Vermeidung hält über längere Zeit an, typischerweise sechs Monate oder länger.
- F. Die Angst oder Vermeidung bewirkt klinisch bedeutsamen Stress oder beeinträchtigt soziale, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche.
- G. Die Angst oder Vermeidung ist nicht auf Substanzmissbrauch oder andere medizinische Krankheitsfaktoren zurückzuführen.
- H. Die Angst oder Vermeidung ist nicht besser durch andere psychische Krankheiten, wie zum Beispiel eine Panikstörung, zu erklären.
- I. Falls andere medizinische Krankheitsfaktoren bestehen (zum Beispiel Parkinson) ist die Angst oder Vermeidung klar davon unabhängig (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016).

## Stottern und soziale Angststörung

Ob Stottern in direktem Zusammenhang mit der Entwicklung einer sozialen Angststörung steht, wird vielfach diskutiert und untersucht, abschliessend beantworten kann man diese Frage allerdings nicht. Die aktuelle Forschung deutet jedoch grösstenteils darauf hin, dass kein bedeutsamer Unterschied zwischen stotternden und nicht stotternden Kindern bezüglich der Entwicklung einer sozialen Angststörung besteht.

Sowohl in Studien zu einzelnen Zeitpunkten als auch in Studien, in denen die Teilnehmenden über eine längere Zeit untersucht wurden, fanden verschiedene Autoren keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Stottern und sozialer Angststörung (Rocha et al., 2019). Smith und Kolleginnen (2017) stellten jedoch einige Faktoren fest, die einen Einfluss darauf haben könnten, ob stotternde Kinder auch eher eine soziale Angststörung entwickeln. Zu diesen Einflussfaktoren zählen unter anderem der sozioökonomische Status<sup>3</sup>, die Gesundheit der Mutter, das Alter zu Beginn der Sprechstörung und wie schwer das Stottern zum Zeitpunkt der Untersuchung war. Diese Faktoren können jeweils in negativem oder positivem Zusammenhang mit der Entwicklung einer Angststörung stehen; so wird vielleicht eher Hilfe aufgesucht, wenn ein Kind sehr stark stottert oder wenn (dank hohem sozioökonomischem Status) die finanziellen Mittel dazu vorhanden sind. Einen negativen Einfluss könnte zum Beispiel die Gesundheit der Eltern haben, da die Wahrscheinlichkeit grösser ist, an einer Angststörung zu erkranken, wenn die eigenen Eltern ebenfalls darunter leiden (Smith et al., 2017).

Auch wenn die oben erläuterten Ergebnisse keinen klaren Zusammenhang zwischen kindlichem Stottern und dem Entwickeln einer Angststörung zeigen, beschreiben Bernard und Kolleginnen (2022) in einer Zusammenfassung aktueller Studien, dass Kinder und Jugendliche, die stottern, im Vergleich zu nicht stotternden Gleichaltrigen verstärkte Angstsymptome zeigen. Obwohl anhand der vorliegenden Daten keine definitive Aussage dazu gemacht werden kann, ist es möglich, dass die

---

<sup>3</sup> Der sozioökonomische Status beschreibt den finanziellen und bildungsbezogenen Hintergrund einer Person (z.B. der Familie eines Kindes).



erhöhten Angstsymptome sich beispielsweise auf soziale Interaktionen mit Fremden beschränken und bei Gesprächen mit vertrauten Zuhörern nicht auftreten würden (Bernard et al., 2022).

Was jedoch in mehreren Studien gezeigt wurde, ist, dass Erwachsene, die stottern, eine wesentlich höhere Wahrscheinlichkeit haben, ebenfalls an einer sozialen Angststörung zu leiden.

## **Mein Kind stottert – ist das schlimm und soll ich etwas dagegen tun?**

### *Entwickeln Kinder, die stottern, eher eine soziale Angststörung?*

Die aktuelle Forschung ermöglicht auf diese Frage leider keine abschliessende Antwort. Da die meisten Studien aber entweder keinen oder nur einen schwachen Zusammenhang zwischen Stottern und der Entwicklung einer sozialen Angststörung gefunden haben, ist sie wohl eher zu verneinen.

Viele Untersuchungen beschränken sich allerdings entweder auf das Kindes- oder das Erwachsenenalter, ohne den langfristigen Zusammenhang der beiden Störungsbilder. Daher ist noch unklar, ob Angstsymptome eventuell über die Zeit zunehmen und Stottern in der Kindheit somit mit der Entwicklung einer sozialen Angststörung im späteren Lebensverlauf zusammenhängt (Bernard et al., 2022; Smith et al., 2017).

Die meisten Forschenden sind sich einig, dass Stottern die Entwicklung einer Sprechangst begünstigt (Bayat et al., 2022). Diese wird definiert als eine unangemessene Reaktion auf die Umwelt, welche zu ineffektivem Verhalten in der Öffentlichkeit führt, und ist auch unter «Lampenfieber» oder «Publikumsangst» bekannt (Fremouw & Breitenstein, 1990). Solch ineffektives Verhalten kann sich zum Beispiel durch übermässiges Schwitzen, Zittern oder eine brüchige Stimme in der öffentlichen Sprechsituation äussern. Es kann aber auch zu schwereren Symptomen wie Erbrechen oder Panikattacken kommen (Beushausen, 2009). Sprechangst ist allerdings klar von sozialen Angststörungen abzugrenzen.

## *Soll ich intervenieren, wenn mein Kind anfängt zu stottern?*

Rund 80% aller Betroffenen verlieren ihre Stottersymptome im Verlauf ihres Lebens. Die Rückgangsraten sind dabei zwar von der Art des Symptombilds abhängig, ein aktives Vorgehen gegen die Sprechstörung ist aber in jedem Fall begünstigend für die Prognose (Fiedler, 2009, S. 369).

Zusätzlich gibt es laut Yairi und Kolleginnen (1996) weitere Faktoren, die die Prognose stotternder Kinder begünstigen oder verschlechtern können (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 50):

1. Je älter ein Kind ist, wenn es anfängt zu stottern, desto eher wird das Stottern chronisch werden.
2. Je länger ein Kind bereits stottert, desto eher wird das Stottern chronisch werden.
3. Bei Mädchen kommt es öfter zu einem Spontanrückgang der Störung als bei Jungen.
4. Wenn Verwandte des Kindes chronisch stottern, wird dieses ebenfalls mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit anfangen, chronisch zu stottern.
5. Je grössere phonologische, sprachliche und nonverbale Fertigkeiten ein Kind hat, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit eines Rückgangs.

Aus dieser Auflistung geht hervor, dass Eltern so früh wie möglich reagieren sollten, wenn ihr Kind anfängt zu stottern. Aufgrund der aktuellen Forschungsergebnisse kann allerdings kein universeller Zeitpunkt für einen Therapiestart festgelegt werden (Thiel et al., 2015).

Da Sprechunflüssigkeiten in der Sprachentwicklung vor allem bis ins vierte Lebensjahr ganz normal sein können (Natke & Kohmäscher, 2020), sollten zunächst keine voreiligen Schlüsse gezogen werden. Fängt ein Kind in diesem Alter an zu stottern, sollten Eltern zunächst einige Wochen abwarten, ob ein Spontanrückgang eintritt, wie dies beim Entwicklungsstottern der Fall ist. Falls die Stottersymptome über

einen längeren Zeitraum von circa drei Monaten bestehen bleiben (von Tiling, 2019), empfiehlt es sich einen Kinderarzt/ eine Kinderärztin oder einen Logopäden/ eine Logopädin aufzusuchen, um abzuklären, ob es sich um pathologisches Stottern handelt. Falls dies zutrifft, sollte die Sprechstörung professionell therapiert werden.

Die Eltern können, gemäss den Einflussfaktoren von Yairi und Kolleginnen (1996), ihr Kind auch zusätzlich unterstützen, indem sie seine sprachlichen Fertigkeiten fördern. Vor allem im Vorschulalter spielen die Eltern eine grosse Rolle in der Behandlung einer Sprechstörung und können ihre Kinder laut von Tiling (2019) mit einer Reihe von Rückmeldungen in alltäglichen Übungen unterstützen. So können Eltern ihr Kind zum Beispiel für flüssiges Sprechen loben oder bestätigen, es auf eine unflüssige Aussprache hinweisen oder es zur Selbstbewertung und -korrektur auffordern (von Tiling, 2019).

## Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Stottern mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit von zwei bis vier Prozent vor dem zehnten Lebensjahr eine der häufigsten Sprechstörungen im Kindesalter ist. Obwohl ein spontaner Rückgang bis zum 16. Lebensjahr nicht selten ist, ist eine aktive Intervention gegen die Sprechstörung auf jeden Fall begünstigend für deren Rückgang (Fiedler, 2009, S. 369). Diese Behandlung sollte, sofern die vorliegenden Sprechunflüssigkeiten pathologisch sind, so früh wie möglich erfolgen, um eine Chronifizierung des Stotterns zu verhindern (Natke & Kohmäscher, 2020, S.50; Yairi et al. 1996). Bei Kindern im Vorschulalter werden die Eltern jeweils stark in die Intervention einbezogen. Sie können ihre Kinder unterstützen, indem sie sie zur Selbstbewertung und -korrektur anregen oder für flüssiges Sprechen loben (von Tiling, 2019).

Die Stottersymptomatik wird in innere und äussere Symptome aufgeteilt, wobei bei Letzteren wiederum zwischen Kernverhalten und Sekundärsymptomatik unterschieden wird (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 28-33). Zu den Sekundärsymptomen gehört unter anderem Flucht- und Vorbeugeverhalten, also Vermeidung von Situationen, Personen oder Wörtern, was sich mit Symptomen einer sozialen Angststörung überschneidet.

Soziale Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen (Renneberg & Ströhle, 2006). Obwohl ihr Zusammenhang zu Stottern oft diskutiert wird, gibt es keinen Konsensus bei der Frage, ob stotternde Kinder tatsächlich mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit eine Angststörung entwickeln als solche, die nicht stottern. Die aktuelle Forschung deutet allerdings eher darauf hin, dass dies nicht der Fall ist (z.B. Bernard et al., 2022). Es scheint aber eine Reihe von Faktoren, wie zum Beispiel das Alter zu Beginn der Sprechstörung oder der sozioökonomische Status, zu geben, die die Entwicklung einer sozialen Angststörung bei stotternden Kindern beeinflussen (Smith et al., 2017).

### *Limitationen*

Die Studien, die zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen wurden, sind aufgrund einiger Probleme kritisch zu betrachten. Dementsprechend beschränkt sich auch die Aussagekraft dieser Informationsbroschüre auf die Güte der verwendeten Studien. Wie in allen Studien, die über einen längeren Zeitraum stattfinden, beschreiben Smith und Kolleginnen (2017) in ihrer Untersuchung das Problem, dass einige Teilnehmer:innen nicht zu allen Untersuchungszeitpunkten an der Studie teilnahmen. Des Weiteren bemängeln sie, dass nur Elternbefragungen verwendet wurden, um eine Aussage über zum Beispiel die Schwere des Stotterns zu machen. Dies kann problematisch sein, weil Eltern zum Beispiel das Stottern ihrer Kinder in der Befragung unterschätzt haben könnten, oder die Symptome als weniger schlimm angegeben haben könnten, um ihre Kinder besser darzustellen (Smith et al., 2017). Ausserdem wird berichtet, dass in unterschiedlichen Studien nicht immer die gleiche Art von Angststörung beziehungsweise die gleiche Definition für eine solche verwendet wird, was den Vergleich einzelner Ergebnisse erschwert. Da die meisten Studien auch keine langfristigen Untersuchungen waren, sind zudem die längerfristigen Auswirkungen von Stottern auf soziale Angststörungen unklar. So könnte sich die Angstsymptomatik eventuell mit zunehmendem Alter verschlimmern, und erst zu einem späteren Zeitpunkt im Leben in einer sozialen Phobie resultieren; dies wurde in den Studien aber nicht untersucht (Bernard et al., 2022).

**Das Wichtigste in Kürze:**

- Stottern ist eine der häufigsten Sprechstörungen und betrifft zwei bis vier Prozent aller Kinder unter zehn Jahren (Fiedler, 2009, S. 369).
- Soziale Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen und betreffen 13% aller Personen irgendwann im Leben (Renneberg & Ströhle, 2006).
- Symptome der sozialen Angststörung überlappen mit der Sekundärsymptomatik von Stottern.
- Je früher bei pathologisch stotternden Kindern interveniert wird, desto eher wird es zu einem vollständigen Rückgang des Stotterns kommen (Fiedler, 2009, S.369).

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bayat, M., Boostani, R., Sabeti, M., Yadegari, F., Taghavi, M., Pirmoradi, M., Chakrabarti, P., & Nami, M. (2022). Speech Related Anxiety in Adults Who Stutter. *Journal of Psychophysiology*, 37(1), 25–38. <https://doi.org/10.1027/0269-8803/a000305>
- Bernard, R., Hofslundsengen, H., & Frazier Norbury, C. (2022). Anxiety and Depression Symptoms in Children and Adolescents Who Stutter: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(2), 624–644. [https://doi.org/10.1044/2021\\_JSLHR-21-00236](https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00236)
- Beushausen, U. (2009). *Sprechangst: Ein Ratgeber für Betroffene, Therapeuten und Angehörige pädagogischer Berufe* (1. Aufl). Schulz-Kirchner.
- Fiedler, P. (2009). Stottern. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 367–380). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-79545-2\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-540-79545-2_23)
- Freitag, C. M., Noterdaeme, M., Snippe, K., Schulz, P., Kim, Z., & Teufel, K. (2021). Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache nach ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 468–479. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000821>
- Fremouw, W. J., & Breitenstein, J. L. (1990). Speech Anxiety. In H. Leitenberg (Hrsg.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety* (S. 455–474). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2504-6\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2504-6_15)
- Hansen, B., & Iven, C. (2020). *Stottern bei Kindern: Ein Ratgeber für Eltern und pädagogische Fachkräfte* (5., überarb. Auflage 2020). Schulz-Kirchner Verlag.
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Natke, U., & Kohmäscher, A. (2020). *Stottern: Wissenschaftliche Erkenntnisse und*

- evidenzbasierte Therapie. Springer Berlin Heidelberg.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60942-2>
- Renneberg, B., & Ströhle, A. (2006). Soziale Angststörungen. *Der Nervenarzt*, 77(9), 1123–1132. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2087-x>
- Rocha, M. S., Yaruss, J. S., & Rato, J. R. (2019). Temperament, Executive Functioning, and Anxiety in School-Age Children Who Stutter. *Frontiers in Psychology*, 10, 2244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02244>
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Mensah, F., Kefalianos, E., Hearne, A., & Reilly, S. (2017). Anxiety in 11-Year-Old Children Who Stutter: Findings From a Prospective Longitudinal Community Sample. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(5), 1211–1222. [https://doi.org/10.1044/2016\\_JSLHR-S-16-0035](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-16-0035)
- Stein, M. B., Baird, A., & Walker, J. R. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 278–280. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.278>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519709/>
- Thiel, M. M., Ochsenkühn, C., & Frauer, C. (2015). Kriterien und Voraussetzungen für die Therapie. In C. Ochsenkühn, C. Frauer, & M. M. Thiel, *Stottern bei Kindern und Jugendlichen* (S. 137–151). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-43650-9\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-662-43650-9_7)
- von Tiling, J. (2019). Stottern (Redeflussstörung mit Beginn in der Kindheit). In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (S. 383–396). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57369-3_23)
- Yairi, E., Ambrose, N. G., Paden, E. P., & Throneburg, R. N. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29(1), 51–77. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(95\)00051-8](https://doi.org/10.1016/0021-9924(95)00051-8)