

# 18 Störungen des Redeflusses: Stottern und Poltern

Waldemar von Suchodoletz

## Fallbeispiel

**Vorgeschichte:** Tobias ist 11 Jahre alt. Bei einer ansonsten unauffälligen frühkindlichen Entwicklung verläuft der Spracherwerb primär leicht verzögert. Mit 3 Jahren treten beim Erzählen Wortwiederholungen auf, die im Laufe der nächsten Jahre an Häufigkeit zunehmen. Derzeitig werden insbesondere bei Wörtern, die mit „b“, „p“, „g“ oder „k“ beginnen, Silben und Wörter mehrfach wiederholt. Auch werden bei Wortbeginn Verspannungen beobachtet, die zu Lautdehnungen von bis zu zwei Sekunden Länge führen und mit einem krampfhaften Augenschließen verbunden sind. In Gruppen vermeidet Tobias das Sprechen und zieht sich zurück. Insgesamt ist er ein eher schüchterner und wenig durchsetzungsfähiger Junge. Im Vorschulalter erfolgte eine einjährige Sprachtherapie, die jedoch keine wesentliche Besserung brachte. Tobias wurde vom Schulbesuch um ein Jahr zurückgestellt und besucht gegenwärtig die 5. Klasse einer Hauptschule, wo er durchschnittliche Leistungen zeigt.

**Diagnostik:** In der Untersuchungssituation zeigt sich eine klonisch-tonische Stottersymptomatik mit Vorherrschen der klonischen Komponente. Die psychometrische Diagnostik ergibt Hinweise auf eine expressive Sprachentwicklungsstörung bei knapp durchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten. Soziale Ängste, einhergehend mit Vermeidungsverhalten und vermindertem Selbstwertgefühl, werden deutlich.

**Interventionen:** In der Behandlung steht anfangs ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Selbstsicherheitstraining im Vordergrund. Später wird mit Sprechübungen unter Verwendung neuer Sprechmuster begonnen. Die Eltern werden in die Betreuung einbezogen. Sie werden auf die Möglichkeit einer Teilnahme an Stotterer-Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht.

## Fallbeispiel

**Vorgeschichte:** Ricardo ist 6 Jahre alt. Er ist ein fröhlicher und temperamentvoller Junge, der viel und lebhaft redet und gern im Mittelpunkt steht. Im Kindergarten kommt er gut zurecht. Die Vorstellung erfolgt wegen einer seit jeher undeutlichen, hastigen und oft schwer verständlichen Sprechweise.

**Diagnostik:** In der Untersuchungssituation fällt beim ungewungenen Erzählen eine Poltersymptomatik mit einer schnellen, impulsiven Sprechweise auf. Bei Sprechausbrüchen werden Silben und Wörter verschluckt und Laute verwaschen artikuliert. Die psychometrische Diagnostik ergibt

Schwächen im Wortschatz und einen leichten Dysgrammatismus. Während der Intelligenzdiagnostik, bei der Ricardo altersgerechte Werte erreicht, werden eine geringe Ausdauer und eine motorische Unruhe deutlich.

**Interventionen:** Eine Sprachtherapie zum Erlernen eines langsameren Sprechens und einer exakteren Artikulation wird eingeleitet. Die Eltern werden beraten, wie sie zu Hause Sprechgenauigkeit und Konzentrationsfähigkeit fördern können.

## ■ Grundlagen

### Definition, Klassifikation und Symptomatik

Redeflussstörungen sind durch ungewöhnlich häufige Unterbrechungen des Sprechflusses charakterisiert. Silben- und Wortwiederholungen sowie unerwartete Pausen führen dazu, dass die Sprechmelodie nicht der Erwartung des Hörers entspricht. Nach der ICD-10 zählen zu den Redeflussstörungen:

- Stottern (F98.5) und
- Poltern (F98.6).

Beim *Stottern* (Balbuties) wird der Redefluss durch Verkrampfungen der Sprechmuskulatur mit mehr oder weniger lang anhaltenden stummen Pressversuchen (tonisches Stottern) und/oder durch mehrfache Wiederholungen von Lauten, Silben bzw. kurzen Wörtern (klonisches Stottern) unterbrochen. Als Sekundärsymptome treten Sprechangst, Vermeidungsverhalten (Vermeiden bestimmter Wörter und Sprechsituationen), Mitbewegungen (z.B. Verziehen der Mundwinkel, Aufblähen der Nasenflügel, Stampfen mit dem Fuß), Atemunregelmäßigkeiten und psychische Symptome auf. Als Ausdruck der emotionalen Anspannung beim Sprechen werden vegetative Stresssymptome beobachtet (z.B. Erröten, Schweißausbrüche).

Der momentane Ausprägungsgrad der Stottersymptomatik ist vom Grad der empfundenen Kommunikationsverantwortlichkeit abhängig. Die Stottersymptomatik ist geringer, wenn das Kind mit sich selbst oder mit jüngeren Kindern spricht, und ausgeprägter, wenn es sich in ungewohnter und fremder Situation besonders bemüht, unauffällig zu reden. Phasen, in denen eine Verständigung fast unmöglich ist, können mit Zeiten weitgehend unauffälligen Sprechens abwechseln (Natke 2005; Ochsenkühn u. Thiel 2005).

Tabelle 18.1 Symptome des Stotterns und Polterns

Stottern	Poltern
Redeflussunterbrechungen durch Blockierungen mit stummen Pressversuchen	Unregelmäßiges Sprechen mit Pausen und Sprechausbrüchen
Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern	Ruckartige, schnelle Sprechansätze
Wiederholungen von Lauten, Silben oder kurzen Wörtern	Wiederholungen von Wörtern oder Satzteilen
Redeflussunterbrechungen begleitende Bewegungen	Auslassen und Verschlucken von Silben und Wörtern mit eingeschränkter Sprechverständlichkeit
Redeflussunterbrechungen begleitende Atemunregelmäßigkeiten	Stolpern bei Konsonantenhäufungen und langen Wörtern
Deutliches Störungsbewusstsein mit Leidensdruck	Kein Störungsbewusstsein, kein Leidensdruck
Vegetative Stresssymptome bei Redeflussunterbrechungen	Keine Stresssymptome
Vermeidung gefürchteter Wörter und belastender Sprechsituationen	Kein Vermeidungsverhalten
Verbesserung in ungezwungenen Situationen	Verbesserung bei bewusstem Sprechen oder Wiederholung
Gute Therapiemotivation	Fehlende Therapiemotivation

*Poltern* ist eine Redeflussstörung, die durch eine überstürzte und unregelmäßige Sprechweise gekennzeichnet ist. Sprechausbrüche wechseln mit Pausen, die nicht der Struktur des Satzes entsprechen. Während der Sprechausbrüche werden Silben, Wörter oder ganze Satzteile verschluckt oder miteinander verschmolzen, wodurch die Verständlichkeit der Sprache beeinträchtigt ist. Das Kind erlebt seine Sprechstörung nicht als beeinträchtigend und entwickelt demzufolge auch keinen Leidensdruck. In der Schriftsprache treten ähnliche Auffälligkeiten wie in der Lautsprache auf (krakeliges, schwer zu entzifferndes Schriftbild; Auslassungen; Gedankensprünge). Eine Poltersymptomatik ist oft mit Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörungen und hyperkinetischem Verhalten sowie mit musikalisch-rhythmischen Schwächen, Sprachentwicklungs- oder motorischen Koordinationsstörungen verbunden. Eine systematische empirische Forschung zum Poltern fehlt allerdings weitgehend, sodass Angaben zu diesem Störungsbild recht widersprüchlich sind.

In den meisten Fällen entwickeln sich Redeflussstörungen im Kindergartenalter aus entwicklungsbedingten, phy-

siologischen Sprechunflüssigkeiten. *Physiologische Sprechunflüssigkeiten* sind gekennzeichnet durch Sprechpausen und Wortwiederholungen, die dem Kind Zeit für die Sprachplanung bzw. das Auffinden des passenden Wortes geben. Sie sind Ausdruck einer noch unzureichenden Automatisierung des Sprechvorgangs.

### Epidemiologie

*Physiologische Sprechunflüssigkeiten* treten im Alter von 3–4 Jahren bei 70–80% aller Kinder für eine mehr oder weniger lang anhaltende Phase auf.

Die Häufigkeit des *Stotterns* wird unabhängig von sozialer Schicht und ethnischer Zugehörigkeit im Kindergartenalter mit 4% und im Erwachsenenalter mit 1% angegeben. Jungen sind zwei- bis dreimal häufiger als Mädchen betroffen. In 50% der Fälle manifestiert sich ein Stottern im 3. und 4. Lebensjahr und in 90% bis zum Einschulungsalter. Die Spontanremissionsrate beträgt bis zum Vorschulalter etwa 70% (Yairi et al. 1996).

Über die Häufigkeit des *Polterns* liegen keine verlässlichen Angaben vor. Es ist von einer Prävalenz von etwa 1% auszugehen. Das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen wird mit 4 : 1 angegeben.

Tabelle 18.2 Faktoren, die für ein chronisches Stottern und gegen physiologische Sprechunflüssigkeiten sprechen

- Blockierungen mit sichtbaren Anstrengungen
- Dehnungen mit Tonhöhen- und Lautstärkenanstieg von mehr als einer Sekunde Dauer und häufiger als 1-mal pro 100 Wörter
- Zwei und mehr Wiederholungen, die Laute und Silben, aber kaum längere Wörter oder Satzteile betreffen
- Pausen innerhalb eines Wortes oder vor Sprechbeginn ungewöhnlich lang
- Mitbewegungen oder Atemunregelmäßigkeiten während der Sprechunflüssigkeiten
- Störungsbewusstsein, erkennbar am Abbruch des Blickkontakts und des Sprechens, Vermeiden bestimmter Wörter oder Sprechsituationen
- Dauer der Sprechunflüssigkeit von mehr als sechs Monaten
- Familiäre Belastung mit Stottern
- Erhebliche Befürchtungen der Eltern vor einem chronischen Stottern

### Ätiologie und Störungsmodell

Zur Erklärung des *Stotterns* stehen biologischen Erklärungsansätzen (genetisch bedingte Reifungsverzögerungen neuronaler Strukturen, die für eine Koordination von Motorik, Wahrnehmung und Sprachzentren verantwortlich sind) psychoanalytische und lerntheoretische Vorstellungen gegenüber. In multikausalen Modellen wird von einer Kombination von genetischen, psychoreaktiven und hirnrorganischen Faktoren mit unterschiedlicher Gewichtung im Einzelfall ausgegangen. Für sekundäre Symptome (Mitbewegungen, vegetative Stresssymptome, Sprechangst, sozialer Rückzug u. a.) werden negative Reaktionen des Umfeldes verantwortlich gemacht.

<b>Klassifikation nach ICD-10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stottern (F98.5)</li> <li>• Poltern (F98.6)</li> </ul>
<b>Definition</b>	Häufige Unterbrechungen des Redeflusses durch Wiederholungen und/oder unerwartete Pausen, die nicht der Satzstruktur entsprechen
<b>Symptomatik</b>	<p><i>Stottern:</i> mehrfache Wiederholungen von Lauten, Silben oder kurzen Wörtern, Blockierungen, Dehnungen; sekundär: Mitbewegungen, Atemunregelmäßigkeiten, Stresssymptome, Vermeidungsverhalten</p> <p><i>Poltern:</i> Wechsel von Sprechausbrüchen und Pausen an falscher Stelle, eingeschränkte Verständlichkeit durch unsaubere Aussprache und Verschlucken von Silben, vergleichbare Auffälligkeiten in der Schriftsprache</p>
<b>Epidemiologie</b>	<p><i>Stottern:</i> bis zum Vorschulalter: 4 %, Erwachsenenalter: 1 %</p> <p><i>Poltern:</i> etwa 1 %</p>
<b>Ätiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische Disposition als Hauptkomponente</li> <li>• Umweltreaktionen (tragen zur Manifestation und Aufrechterhaltung bei)</li> <li>• Hirnorganische Komponenten (Reifungsverzögerung von Sprechmotorik und Sprachwahrnehmung integrierender Hirnstrukturen)</li> </ul>
<b>Störungsmodell</b>	<p><i>Stottern:</i> genetisch bedingte Vulnerabilität sequenzieller sprechmotorischer Funktionen, negative Reaktionen des Umfelds führen zu Sekundärsymptomen</p> <p><i>Poltern:</i> allgemein ungesteuertes und impulsives Verhalten bedingt unzureichende Kontrolle des Sprechvorgangs</p>

Tabelle 18.3 Störungsprofil von Redeflussstörungen

Als Hintergrund des *Polterns* wird eine unzureichende gedankliche Vorbereitung, nicht aber eine Störung des Sprechvorgangs selbst, angesehen. Das Kind beginnt zu reden, bevor es seine Gedanken strukturiert hat. Als hirnorganisches Korrelat wird eine zerebrale Reifungsverzögerung angenommen.

## ■ Therapie

### Diagnostische Maßnahmen

Redeflussstörungen werden im Gespräch mit dem Kind deutlich. Bei mehr als 5 Unterbrechungen pro 100 Wörter ist von einer klinisch relevanten Sprechunflüssigkeit auszugehen. Zusätzlich zur Spontansprache ist das Sprechen beim Spielen, in der Interaktion mit den Eltern, beim Zählen, Nachsprechen und Flüstern sowie das Sprechen mit und ohne Aufmerksamkeitszuwendung zu bewerten. Bei Schulkindern ist die Schriftsprache in die Beurteilung einzubeziehen (Lesen, Spontan-, Diktat- und Abschreiben).

Neben einer Beurteilung des Redeflusses müssen Sekundärsymptome differenziert erfasst werden (Mitbewegungen, Atemunregelmäßigkeiten, Störungsbewusstsein, Leidensdruck, Vermeidungsverhalten, Erwartungsangst, Fremd- und Selbststigmatisierung, sozialer Rückzug, Bewältigungsstrategien). Hirnorganische Erkrankungen als Ursache der Redeflussstörung sind auszuschließen. Des Weiteren sind eine pädaudiologische Untersuchung und eine zumindest orientierende Beurteilung des sprachlichen und des allgemeinen kognitiven Entwicklungsstandes erforderlich.

Zur Beurteilung des Redeflusses in Sprechsituationen können auch standardisierte Verfahren eingesetzt werden,

die allerdings wegen der Situationsabhängigkeit der Symptomatik nur eingeschränkt aussagefähig sind („Stuttering Severity Instrument“ von Riley, deutsche Version von Schneider; „Qualitative Beschreibung von Stotterverhalten, QBS“ von Schneider). Andere Instrumente erfassen psychische Komponenten („Reaktion auf kommunikative Stressoren, RKS“, „Skala Vermeidung“, „Reaktionen auf das Stottern des Untersuchers, RSU“). Auch sind Rating-skalen zur Selbst- oder Fremdeinschätzung in Gebrauch („Screening List for Stuttering, SLS“ von Riley, deutsche Version von Sandrieser; „Daly’s Checklist for Possible Cluttering“). Zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung von physiologischen Sprechunflüssigkeiten dient das „Stuttering Prediction Instrument for Young Children“ von Riley, deutsche Version von Sandrieser (Sandrieser u. Schneider 2004).

Differenzialdiagnostisch müssen vom Stottern und Poltern physiologische Sprechunflüssigkeiten, Tic- und Zwangsstörungen sowie Erkrankungen des Gehirns (frühkindliche Hirnschädigungen, Entzündungen, Tumore oder Durchblutungsstörungen im Bereich der Basalganglien), die mit Redeflussstörungen einhergehen können, abgegrenzt werden.

### Empirische Evidenz zu sprachtherapeutischen Interventionen

Bislang gibt es erst wenige kontrollierte Studien zur Effektivität einer Therapie des *Stotterns* im Kindesalter. Am besten überprüft wurde das verhaltenstherapeutisch orientierte Lidcombe-Programm, dessen Effektivität als erwiesen angesehen werden kann (Onslow 2004). Insgesamt sprechen bislang vorliegende Untersuchungen dafür, dass durch

<b>Beurteilung des Redeflusses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontansprache</li> <li>• Nach-, Mit-, Reihensprechen, Flüstern</li> <li>• Sprechen mit und ohne Aufmerksamkeitslenkung auf den Sprechvorgang</li> <li>• Bei Schulkindern: Lesen, Schreiben</li> <li>• Standardisierte Frage- bzw. Beobachtungsbögen</li> </ul>
<b>Beurteilung der psychischen und psychosozialen Situation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychopathologischer Befund unter besonderer Berücksichtigung von Sprechangst, Leidensdruck, Selbstwertgefühl</li> <li>• Soziale Integration</li> <li>• Stigmatisierungsprozesse</li> </ul>
<b>Zusatzuntersuchungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intelligenzdiagnostik</li> <li>• Pädaudiologische Untersuchung</li> <li>• Ausschluss hirnganisch bedingter Redeflussstörungen</li> </ul>
<b>Erfassung häufiger Begleitsymptome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachentwicklungsstand (besonders bei jüngeren Kindern)</li> <li>• Motorische Koordinationsfähigkeit</li> <li>• Musikalisch-rhythmische Fähigkeiten</li> </ul>

Tabelle 18.4 Diagnostik bei Redeflussstörungen

eine symptomzentrierte sprachtherapeutische Behandlung über Jahre anhaltende Erfolge erreicht werden können, die über den Spontanremissionsraten liegen. Im Vorschulalter wird eine Erfolgsquote von durchschnittlich 90 % (Spontanremissionsrate ca. 70 %) und im Schulalter von 60 % (Spontanremissionsrate ca. 20 %, wenn das Stottern bereits 5 Jahre oder länger besteht) angegeben.

Die besten Erfolge scheinen durch eine Kombination einer symptombezogenen Behandlung (insbesondere Änderung des Stimmensatzes und prolongiertes Sprechen) mit einer Psychotherapie zum Abbau der Sprechangst und unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen erreicht zu werden. Einige Therapieprogramme sehen nach einer ausreichenden Anleitung eine Durchführung der Übungsbehandlung durch die Eltern vor. Die Erfolge sind nach bisherigen Erfahrungen nicht schlechter als die von Therapeuten erreichten.

Neben etablierten Therapien werden Behandlungen angeboten, deren Effektivität unzureichend belegt ist. Hierzu

zählen Akupunktur, Hypnose, Tomatis-Therapie, Lateralitätstraining und kinesiologische Übungen. Eine Bioresonanz-Therapie hat sich in einer kontrollierten Studie mit randomisierten Gruppen als ineffektiv erwiesen (Übersicht: v. Suchodoletz u. Amorosa 2007).

Im Gegensatz zum Stottern gibt es zum *Poltern* keine systematischen Therapiestudien, sodass die Effektivität einer Behandlung nur aus Einzelfallbeobachtungen zu ersehen und wenig abgesichert ist.

## Allgemeine Struktur der Therapie und Therapieprogramme

Solange die Symptomatik im Rahmen einer *physiologischen Sprechunflüssigkeit* auftritt, stehen Information und Beratung der Eltern im Vordergrund. Wenn es sich aber um ein chronisches Stottern oder Poltern handelt bzw. deutliche Hinweise darauf bestehen, dass sich ein solches entwickeln wird, ist eine frühzeitige Therapie des Kindes selbst erforderlich.

Zur Behandlung des *Stotterns* haben sich in früheren Jahren vertretene eindimensionale Behandlungsansätze nicht bewährt. Gegenwärtig praktizierte Therapien sind multimodal aufgebaut und individuell an die spezifische Symptomatik des Kindes angepasst. Sprach-, psycho- und soziotherapeutische Ansätze werden miteinander kombiniert und je nach Störungsbild unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt.

Über 200 *sprachtherapeutische* Methoden werden zur Behandlung des Stotterns empfohlen. Diese lassen sich im Wesentlichen drei Kategorien zuordnen:

- Sprechübungen zur Veränderung des Sprechmusters,
- Redefluss-Modifikations-Ansätze und
- Nicht-Vermeidungs-Ansätze.

*Systematisierte Sprechübungen zur Veränderung der Sprechmuster* können darin bestehen, dass das Kind lernt, Tempo, Lautstärke oder den Stimmensatz zu modifizieren. Andere Möglichkeiten sind ein akzentuiertes, stärker gegliedertes, verlangsamtes oder rhythmisches Sprechen. Dazu können

Tabelle 18.5 Einschätzung verschiedener Ansätze zur Therapie des Stotterns

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empirisch gut abgesicherte und allgemein anerkannte Verfahren:</b></li> </ul>
Multimodale Behandlung bestehend aus sprach- (Fluency Shaping, Non-Avoidance, apparative Sprechhilfen) und verhaltenstherapeutischen Verfahren unter Einbeziehung des Umfeldes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empirisch mäßig abgesicherte, aber potenziell wirksame Verfahren:</b></li> </ul>
Entspannungstechniken, Atemübungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Empirisch nicht abgesicherte, aber in bestimmten Fällen hilfreiche Verfahren:</b></li> </ul>
Medikamente (Tiapridex, Calciumantagonisten), tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zweifelhafte Methoden:</b></li> </ul>
Hypnose, Akupunktur, Tomatis-, Klangtherapie, Lateraltraining, Training von Händigkeit oder Ohrigkeit, Edu-Kinestetik

Sprechhilfen, wie sprechbegleitende Gebärden, Simultan- und Schattensprechen (gleichzeitiges bzw. zeitlich leicht verzögertes Mitsprechen des Therapeuten) und apparative Hilfen (z. B. Metronom, akustische Rückkopplung mit zeitlicher Verzögerung, verändertem Frequenzspektrum oder Überlagerung mit einem Rauschen) eingesetzt werden. Zu Beginn werden unterschiedliche Varianten von Sprechmusteränderungen erprobt und dann diejenigen, die vom Kind am leichtesten erlernt und am besten akzeptiert werden, beibehalten (z. B. rhythmischeres und lauterer Sprechen mit weichem Stimmansatz und Metronomhilfe). Nach dem Erlernen der neuen Sprechtechnik und deren Automatisierung wird eine schrittweise Anpassung an natürliche Intonationsmuster vorgenommen. Flüssiges Sprechen in der Therapiesituation ist mit diesen Techniken relativ schnell zu erreichen, jedoch bereitet der Transfer auf Alltagssituationen oft erhebliche Probleme.

Bei *Redefluss-Modifikations-Ansätzen* (Fluency Shaping) wird von Wörtern und Wortkombinationen, welche die Kinder flüssig sprechen können, und von Situationen, die als wenig belastend empfunden werden, ausgegangen. Schrittweise wird die Sprechsituation anspruchsvoller gestaltet (Einführung problematischer Wörter, zunehmende Satz- bzw. Geschichtenlänge, Einbeziehen weiterer Personen). Flüssiges Sprechen wird durch Belohnungen verstärkt. Zur Kontrolle des Stressniveaus können Bio-Feedback-Geräte (Registrierung und Rückmeldung von Pulsfrequenz, Hautwiderstand oder Muskelspannung) herangezogen werden.

Bei *Nicht-Vermeidungs-Ansätzen* (Non-Avoidance) soll das Kind lernen, sein Stottern zu akzeptieren und sich ohne Angst Sprechsituationen auszusetzen. Dadurch wird unmittelbar eine Rückbildung der Sekundärsymptome, aber schließlich auch der eigentlichen Redeflussunterbrechungen erwartet.

Bei der Behandlung von Kindern mit einem *Poltern* muss zuerst eine Therapiemotivation erreicht werden. Wenn dies der Fall ist, werden in der Sprachtherapie zu Beginn Übungen zum Wahrnehmen von Auffälligkeiten im Redefluss und der Aussprache durchgeführt. Danach erfolgt ein Sprechtraining zur Reduzierung des Sprechtempos und zur Verbesserung der Artikulationsgenauigkeit. Sprechpausen vor jedem Satz und eine Strukturierung des Gedankens vor Sprechbeginn werden eingeübt. Zusätzlich sind in vielen Fällen verhaltenstherapeutische Maßnahmen und Entspannungübungen zum Abbau eines ungesteuert impulsiven Verhaltens indiziert.

## Medikamentöse Therapie

Zur Behandlung des *Stotterns* wurden Therapievorsuche unternommen mit Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizer, Sedativa), Antiepileptika, Bromiden, Betablockern, Calciumantagonisten, Cholinergika, Vitamin B<sub>1</sub>, Glutaminsäure und Botulinumtoxin. Die Ergebnisse sind insgesamt wenig ermutigend, sodass eine Medikation lediglich in Ausnahmefällen bei einer ausgeprägten Symptomatik und Therapieresistenz gerechtfertigt ist. In diesen Fällen ist auf nebenwirkungsarme Medikamente, wie Tiaprid oder Calciumantagonisten, zurückzugreifen, während

von hochpotenten Neuroleptika oder Antidepressiva eher abzuraten ist. Durch Medikamente ist bestenfalls für die Zeit der Medikamenteneinnahme mit einem Rückgang, nicht jedoch mit einem Abklingen der Symptomatik zu rechnen. Überdauernde Wirkungen sind nicht zu erwarten.

Erfahrungen über eine medikamentöse Behandlung des *Polterns* liegen nur in Einzelfällen vor. Danach ist eine Poltersymptomatik durch Medikamente kaum zu beeinflussen.

## Psychotherapie

Psychotherapeutische Interventionen gehören zu den obligatorischen Bausteinen einer multimodalen Behandlung des *Stotterns*. In der Psychotherapie werden Ängste und Befürchtungen thematisiert, und eine sachlich-distanzierte Einstellung zum Symptom wird angestrebt. Wichtige Ziele sind ein Abbau von Sprechangst, eine Verminderung von Vermeidungsverhalten und eine Stärkung des Selbstwertgefühls. Die Kinder werden dazu angeleitet, in Gesprächssituationen Selbstbeobachtung durch eine genauere Wahrnehmung der Situation zu ersetzen. Bewältigungsstrategien zum Umgang mit einer Stigmatisierung sollten vermittelt werden.

Am erfolgreichsten haben sich *verhaltenstherapeutisch orientierte Strategien* erwiesen. Eine systematische Desensibilisierung kann zum Abbau von Sprechangst, aber auch von allgemeinen sozialen Ängsten eingesetzt werden. Eine operante Konditionierung mit verbalen oder materiellen Verstärkern hat sich bei einer stufenweisen Steigerung der Sprechanforderungen bewährt. Einige Therapieansätze (z. B. Lidcombe-Programm) arbeiten auch mit Bestrafung (verbal: „Ohne Stottern!“, „Falsch!“; schmerzhaft laute Töne; Kontaktunterbrechung). Ein Selbstsicherheitstraining ist zu erwägen, wenn das Selbstwertgefühl des Kindes erheblich beeinträchtigt ist, aber auch, wenn eine Veränderung der Einstellung zum Stottern, eine Verbesserung des Umgangs mit Stress, Misserfolg und drohenden Rückfällen angestrebt oder Bewältigungsstrategien bei einer Stigmatisierung unterstützt werden sollen. Eine direkte Konfrontation mit gefürchteten Sprechsituationen und ein willentliches Stottern zur Erschöpfung der Symptomatik werden im Kindesalter eher seltener eingesetzt.

*Entspannungsverfahren* (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) sollten in die Behandlung einbezogen werden, wenn ausgeprägte Verkrampfungen der Sprechmuskulatur evtl. mit Übergreifen auf andere Körperregionen zu beobachten sind. Diese Techniken können auch zur Reduzierung des allgemeinen Stressniveaus beitragen. Daneben können spezielle Übungen zur Entspannung der Sprech- und Atemmuskulatur durchgeführt werden. *Biofeedback-Geräte* (Rückmeldung von Hautwiderstand, Herzfrequenz, Muskelverspannung o. a.) können ab dem Schulalter Therapieeffekte verstärken.

Impulsive Kinder mit einer Poltersymptomatik können von Selbstinstruktionstechniken und Entspannungsübungen profitieren.

Bei der Behandlung des *Stotterns* kommen vielfach auch *tiefenpsychologisch orientierte Verfahren* zum Einsatz, wie z. B. Psychoanalyse, Transaktionsanalyse, individualpsycho-

logische, Gestalt-, non-direktive Gesprächspsycho- und systemische Familientherapie. Je nach Schule werden unterschiedliche Konflikte als Ursache der Redeflussstörung postuliert und dem Symptom ein tieferer Sinn zugeschrieben (Kollbrunner 2004). Die Effektivität einer tiefenpsychologisch orientierten Therapie wurde bislang nicht belegt, sodass eine solche zur Behandlung von Redeflussstörungen kaum empfohlen werden kann. Psychodynamische Verfahren können aber zur Therapie begleitender psychischer Störungen indiziert sein.

## Eltern- und familienbezogene Maßnahmen

Sprechen die Ergebnisse einer ausführlichen Diagnostik für das Vorliegen *physiologischer Sprechunflüssigkeiten*, dann ist von einer hohen spontanen Remissionsrate auszugehen, und eine Beratung der Eltern ist in der Regel ausreichend. Die Eltern sind über Entstehungsmechanismen und Häufigkeit physiologischer Sprechunflüssigkeiten aufzuklären. Bei Sprechunflüssigkeiten sollten sie Kritik, Ungeduld und Ermahnungen, aber auch Hilfen und Korrekturen vermeiden. Sie sollten die Aufmerksamkeit auf den Inhalt, nicht aber

auf die Form des Gesagten richten. Um Sprechangst und Vermeidungsverhalten vorzubeugen, sollten sie ihr Kind in emotional entspannten Situationen zum Sprechen ermutigen. Überforderungen durch zu hohe Erwartungen an die Sprachkompetenz des Kindes sind zu vermeiden. Dass Eltern durch ihr Verhalten, ihr eigenes Sprachvorbild (klare Artikulation, langsames Sprechen) und durch Anregungen zum entspannten Sprechen (z.B. durch Sprechspiele) tatsächlich eine Chronifizierung von Sprechunflüssigkeiten verhindern können, ist allerdings nicht belegt (Ratner 2004).

Auch bei einem *chronischen Stottern* sind die wichtigsten Bezugspersonen in die Betreuung einzubeziehen. Einzeln oder in Gruppen werden sie angeleitet, den Kindern ausreichend Zeit zum Sprechen zu geben, Geduld beim Zuhören zu zeigen, ihre Kinder nicht zu unterbrechen, ihre Aufmerksamkeit ausschließlich auf den Inhalt zu richten und Redeflussunterbrechungen zu überhören. Durch positive Rückmeldungen sollten die Kinder ermutigt werden, über ihre Erlebnisse zu berichten. Sprechsituationen mit hohem sozialem Druck sind zu vermeiden. Auf die Sorgen und Ängste der Eltern muss immer wieder eingegangen werden. Bei unzureichenden Therapieerfolgen müssen die Eltern lernen, das Stottern ihrer Kinder zu akzeptieren.

<b>Diagnostische Maßnahmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese</li> <li>• Beurteilung der Spontansprache und spezieller Sprechsituationen</li> <li>• Ratingskalen</li> <li>• Psychopathologischer Befund</li> <li>• Sprachentwicklungsdiagnostik</li> <li>• Pädaudiologische Diagnostik</li> </ul>
<b>Empirische Evidenz</b>	<p><i>Empirisch gut abgesicherte Verfahren:</i> multimodale Behandlung bestehend aus Sprach- und Verhaltenstherapie unter Einbeziehung des Umfelds</p> <p><i>Empirisch mäßig abgesicherte Verfahren:</i> Entspannungstechniken, Atemübungen</p> <p><i>In bestimmten Fällen hilfreiche Verfahren:</i> Medikamente, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie</p> <p><i>Zweifelhafte und entbehrliche Methoden:</i> Hypnose, Akupunktur, Dominanztraining</p>
<b>Therapieprinzipien</b>	<p><i>Stottern:</i> Sprechtraining und Abbau von Sprechangst</p> <p><i>Poltern:</i> Training kontrollierten Sprechens</p>
<b>Therapieprogramme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme zur Sprechmusteränderung</li> <li>• Redefluss-Modifikations-Ansätze</li> <li>• Nicht-Vermeidungs-Ansätze</li> </ul>
<b>Medikamentöse Therapie</b>	Nur in Ausnahmefällen indiziert
<b>Psychotherapie</b>	<p><i>Stottern:</i> systematische Desensibilisierung, operante Konditionierung, Selbstsicherheitstraining</p> <p><i>Poltern:</i> operante Konditionierung, Selbstinstruktionstechniken</p>
<b>Eltern- und familienbezogene Maßnahmen</b>	<p><i>Physiologische Sprechunflüssigkeiten:</i> Elternberatung</p> <p><i>Stottern und Poltern:</i> Elternberatung und ggf. Einbeziehung in die Therapie als Ko-Therapeuten, Selbsthilfegruppen</p>
<b>Umfeldbezogene Maßnahmen</b>	Ggf. Betreuung in Sprachheilkindergarten oder -schule, frühzeitige Berufsberatung
<b>Ergänzende Maßnahmen</b>	<p>Sprachtherapie bei Dysgrammatismus oder Lautbildungsstörungen</p> <p><i>Poltern:</i> Konzentrationstraining, Lese- und Schreibübungen, Mototherapie</p>

Tabelle 18.6 Therapieprofil von Redeflussstörungen

Bei einem chronischen Stottern ist zudem auf Selbsthilfegruppen hinzuweisen. Diese machen für Betroffene, Angehörige, Erzieher und Lehrer umfangreiche Angebote. Jugendliche können dort auch eine kompetente Beratung zur Berufswahl erhalten.

Liegt eine *Poltersymptomatik* vor, dann werden die Eltern angeleitet, Gespräche zu Hause klar zu strukturieren, ein gegenseitiges Unterbrechen zu unterlassen und bei einem Sprecherwechsel kurze Pausen einzulegen. Hektische Gesprächssituationen mit Zeitdruck sind zu vermeiden. Die Eltern selbst sollten relativ langsam und deutlich sprechen und die Komplexität und Länge ihrer Sätze dem sprachlichen Entwicklungsniveau ihres Kindes anpassen. Die Kinder können auf ihre Sprechunsauberkeiten hingewiesen und zum Einlegen von Sprechpausen aufgefordert werden. Dies sollte allerdings weder tadelnd noch herabsetzend erfolgen, sondern eher beiläufig und ermutigend. Die Kinder sollten zum Erzählen und Vorlesen angeregt und für Bemühungen um eine bessere Aussprache belohnt werden.

### Umfeldbezogene Maßnahmen

Nach Absprache mit Kindern und Eltern sollten Erzieher und Lehrer beraten werden. Für Kinder, deren Kommunikationsfähigkeit durch eine Redeflussstörung erheblich beeinträchtigt ist und die in einer Regeleinrichtung gehänselt werden und unzureichend integriert sind, kann der Besuch eines Sprachheilkindergartens bzw. einer Sprachheilschule sinnvoll sein. Bei Jugendlichen ist frühzeitig an eine adäquate Berufsberatung zu denken.

### Ergänzende Therapiemaßnahmen

Jüngere Kinder mit Redeflussstörungen haben nicht selten zusätzliche Sprachauffälligkeiten (Dysgrammatismus, Lautbildungsstörungen), die einer Behandlung bedürfen.

Ein Poltern tritt oft zusammen mit einer motorischen Ungeschicklichkeit, musikalisch-rhythmischen Schwächen, Aufmerksamkeitsstörungen und Impulsivität auf. Musikalisch-rhythmische Übungen, ein Konzentrationstraining und bei Schulkindern Lese- und Schreibübungen können sinnvolle Ergänzungen einer Therapie darstellen.

### Häufig gestellte Fragen mit Antworten

? *Was sollten Eltern tun, wenn ihr Kind zu stottern beginnt?*

▶ Wiederholungen und Unterbrechungen beim Sprechen werden bei den meisten Kindern beobachtet, solange Sprechen noch nicht automatisiert und ohne Anstrengung gelingt. Wenn Sprechunflüssigkeiten sehr häufig oder anhaltend auftreten oder mit Störungsbewusstsein und Vermeidungsverhalten einhergehen, dann sollten Eltern eine genaue Diagnostik veranlassen.

? *Wie sollten Gesprächspartner auf das Stottern eines Kindes reagieren?*

▶ Gesprächspartner sollten sich möglichst geduldig und unbefangen verhalten, dem Kind die erforderliche Zeit zum Sprechen geben, den Blickkontakt aufrechterhalten und sich nicht durch Unterbrechungen oder Hilfen in die Erzählung des Kindes einmischen. Aufforderungen, noch einmal anzufangen oder nicht so aufgeregt zu sein, sind keine Hilfen.

? *Sollen Eltern mit ihren Kindern über das Stottern sprechen?*

▶ Wenn ein Kind seine Sprechunflüssigkeiten selbst bemerkt und beginnt, darunter zu leiden, dann sollte über die Sprechprobleme auch offen geredet werden. Ziel ist eine Entdramatisierung der Symptomatik und eine Stärkung des Selbstwertgefühls. So kann z. B. der Hinweis, dass die meisten Menschen bei Aufregung oder Müdigkeit Sprechunflüssigkeiten zeigen, hilfreich sein. Im Gespräch mit dem Kind sollten auch herabsetzende Reaktionen des Umfeldes und wie das Kind darauf reagieren kann, thematisiert werden.

### Weiterführende Informationen einschließlich Internetadressen

- Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.: [www.bvss.de](http://www.bvss.de);
- Interdisziplinäre Vereinigung für Stottertherapie e. V.: [www.ivs-online.de](http://www.ivs-online.de).

### Literatur

(Weiterführende Literatur ist mit \* versehen)

- Kollbrunner J. Psychodynamik des Stotterns – Psychosoziale Ursachen, Stottertherapien, tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Zukunftsperspektiven der Sprachtherapieausbildung. Stuttgart: Kohlhammer; 2004.
- \*Natke U. Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. 2. Aufl. Bern: Hans Huber; 2005.
- \*Ochsenkühn C, Thiel MM. Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer; 2005.
- Onslow M. Treatment of Stuttering in Preschool Children. Behaviour Change. 2004; 21: 204–214.
- Ratner NB. Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency: implications for treatment. Language, Speech, and Hearing Services in Schools. 2004; 35: 46–56.
- \*Sandrieser P, Schneider P. Stottern im Kindesalter. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2004.
- \*Suchodoletz W von, Amorosa H. Stottern (Stammeln) (F98.5), Poltern (F98.6). In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007: 393–407.
- Yairi E, Ambrose N, Paden E, Throneburg R. Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. Journal of Communication Disorders. 1996; 29: 51–77.