



# Stottern im Kindesalter

Eine Informationsbroschüre für Eltern

verfasst von **Joëlle Clemen**

im Rahmen des Seminars

*Angewandte Entwicklungspsychologie*

Herbstsemester 2018

Dozierende: Lea Mörsdorf (MSc) & Larissa Stuber (MSc)

**Universität Zürich**

Psychologisches Institut

Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie: Säuglings- und Kindesalter

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
1.1. <i>Ziele dieser Broschüre</i> .....	3
<b>2. Stottern</b> .....	<b>4</b>
2.1. <i>Definition und Diagnosekriterien</i> .....	4
2.2. <i>Symptomatik</i> .....	4
2.3. <i>Epidemiologie und Verlauf des Stotterns</i> .....	5
2.3.1. <i>Verbreitung</i> .....	5
2.3.2. <i>Verlauf</i> .....	6
2.3.3. <i>Risikofaktoren</i> .....	6
2.4. <i>Problematik des Stotterns</i> .....	7
2.5. <i>Interventionsmethoden</i> .....	7
2.5.1. <i>Indirekter Ansatz: Palin Parent-Child-Interaction Approach (PPCI)</i> .....	8
2.5.2. <i>Direkter Ansatz: Kinder Dürfen Stottern (KIDS)</i> .....	8
<b>3. Zusammenfassung</b> .....	<b>10</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>11</b>

# 1. Einleitung

Kommunikation prägt das Leben des Menschen grundlegend. Sie ermöglicht es uns, mit anderen Menschen zu interagieren, uns mitzuteilen und soziale Beziehungen aufzubauen. Durch die Kommunikation mit anderen Menschen können wir neue Perspektiven zu unserem Denken und Handeln gewinnen und uns so bessere Selbstkenntnis aneignen und unsere Persönlichkeit weiterentwickeln (Göymen-Steck & Völcker, 2016). Deshalb ist es wichtig, dass unserer Kommunikation nichts im Weg steht und sie reibungslos ablaufen kann. Dies ist aber leider nicht für jeden immer möglich. Ausdrucksschwierigkeiten, Scham und Angst vor dem Sprechen, wie sie beim Stottern auftreten können, machen den normalen Sprechablauf praktisch unmöglich und schränken die meisten betroffenen Personen in ihrer sozialen Interaktion ein (Ochsenkühn, Frauer, & Thiel, 2015). Die meisten Betroffenen fangen schon im frühen Kindesalter an, zu stottern (Yairi & Ambrose, 2013). Dieser Befund ist besonders wichtig, da vor allem die ersten Lebensjahre eines Menschen essenziell für die Herausbildung von sozialen Kompetenzen sind und die Sprache eine wesentliche Rolle in diesem Prozess spielt (Dehu, Brettner, & Freiberger, 2015). Kann ein Kind also in dieser wichtigen Zeit seine Sprache nicht ungehindert nutzen, so kann das schwerwiegende Folgen für seine Entwicklung und sein Selbstwertgefühl haben (Ochsenkühn et al., 2015). Um diesen Folgen vorzubeugen, ist es wichtig, Eltern über das Stottern aufzuklären, damit sie verschiedene Möglichkeiten zur Therapie kennenlernen und dem Kind die bestmögliche Unterstützung bieten können.

## 1.1. Ziele dieser Broschüre

Diese Broschüre ist vor allem an Eltern, deren Kind stottert, gerichtet. Ihnen soll aufgezeigt werden, in welchen Formen sich Stottern bemerkbar machen kann, welche Auswirkungen es auf die Lebensqualität des Kindes haben kann, welche Therapie- oder Interventionsmöglichkeiten es gibt und wie man als Betreuungsperson das Kind unterstützen und fördern kann.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Sprechstörung Stottern sowie deren Verbreitung und Verlauf gegeben und verschiedene Interventionsmethoden zu einer Besserung der Symptomatik werden vorgestellt.

## 2. Stottern

### 2.1. Definition und Diagnosekriterien

Im ICD-10 (*Internationales Statistisches Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* der WHO; Dilling, Mombour, & Schmidt, 2014) und im DSM-5 (*Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen* der American Psychiatric Association; Falkai & Wittichen, 2018) wird Stottern als **Störung des normalen Redeflusses** und des **zeitlichen Ablaufs des Sprechens** definiert, was für die betroffene Person mit Einschränkungen in der Lebensqualität einhergeht. Um die Diagnose Stottern stellen zu können, muss bei der Person mindestens ein Kernsymptom (siehe Abschnitt 2.2) über einen länger andauernden Zeitraum (nach ICD-10 entspricht dieser Zeitraum mindestens drei Monaten) relativ stark ausgeprägt sein. Sind diese Kriterien erfüllt, so spricht man von **manifestem Stottern** (Neumann, et al., 2016).

### 2.2. Symptomatik

Die Symptomatik des Stotterns lässt sich grundsätzlich in zwei Bereiche unterteilen, in die **Kernsymptome** und die **Begleitsymptome**. Die Kernsymptome sind immer in einer gewissen Ausprägung zu beobachten und sind essenziell für eine Diagnose des Stotterns. Die Begleitsymptome kommen häufig vor, sind aber für eine Diagnose nicht ausschlaggebend. Das Stottern äussert sich im Redefluss in drei verschiedenen Kernsymptomen (Ochsenkühn et al., 2015):

Tabelle 1

*Kernsymptome des Stotterns (gemäss Ochsenkühn et al., 2015)*

<b>Repetitionen</b>	Wiederholungen von Lauten, Silben oder Wörtern → «Be-be-be-be- bestimmt gewinne ich wieder!»
<b>Prolongationen</b>	Lautdehnungen → «Ssssssiehst du das Auto da unten?»
<b>Blockierungen</b>	Unfreiwillige Unterbrüche des normalen Redeflusses, in denen eine Sprechpause entsteht, in der häufig krampfhaft versucht wird, mit dem Gesagten fortzufahren → «Ich b- - rau- che noch eine Schere.»

Es ist wichtig, dass normale Sprechunflüssigkeiten, wie z.B. Pausen, Worteinschübe («ähm», etc.) und Wiederholungen von Wörtern oder Phrasen, die **nicht** chronisch in der Sprache verfestigt sind und den Redefluss **nicht** deutlich beeinträchtigen, von den Kernsymptomen des Stotterns unterschieden werden (Ochsenkühn et al., 2015).

Die Begleitsymptome können oft als Auffälligkeiten im sprachlichen, nichtsprachlichen und psychosozialen Bereich beobachtet werden. Im Folgenden wird eine Auswahl der am meisten verbreiteten Begleitsymptome aufgelistet:

Tabelle 2

*Häufigste Begleitsymptome (gemäss Ochsenkühn et al., 2015)*

<b>Sprachliche Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auffälliges Sprechverhalten: Kind meidet gewisse Situationen, in denen es reden müsste oder die nicht gut kontrollierbar sind.</li> <li>- Künstliche Denkpausen</li> <li>- Flickwörter/-laute: «ähm», «hm», «also», etc.</li> </ul>
<b>Nichtsprachliche Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitbewegungen: Extremitäten, Oberkörper oder Kopf wird beim Reden mitbewegt; es können auch Tic-artige motorische Abläufe, wie z.B. Fingerschnipsen, ausgeführt werden.</li> <li>- Mimik und Gestik können übermässig verstärkt oder reduziert sein.</li> <li>- Erhöhte körperliche Anspannung</li> <li>- Vegetative Reaktionen: Schweissausbrüche, Zittern, Erröten, allgemeines Unwohlsein</li> </ul>
<b>Psychische Ebene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung von Ängsten; allgemein oder im sprachlichen Bereich (betrifft dann v.a. soziale Interaktion)</li> <li>- Vermehrte Frustration</li> <li>- Spürbarer Leidensdruck</li> <li>- Entwicklung eines negativen Selbstkonzepts</li> <li>- Sozialer Rückzug</li> </ul>

## 2.3. Epidemiologie und Verlauf des Stotterns

### 2.3.1. Verbreitung

Stottern beginnt normalerweise in der frühen Kindheit. Die Zeitspanne, in der die meisten neuen Fälle von Stotterern berichtet werden, ist zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr, wobei die meisten Kinder im Durchschnitt mit ca. 33 Monaten die ersten Symptome zeigen. Man geht heutzutage davon aus, dass etwa 95% des Risikos für Stottern im Alter von vier Jahren vorbei ist. Über die ganze Bevölkerung hinweg beträgt das Risiko, jemals an

Stottern zu erkranken oder erkrankt gewesen zu sein (die Lebenszeitprävalenz des Stotterns), ca. 8%, was deutlich höher ist, als die bisher angenommenen 5%. Die Häufigkeit des Stotterns in der Bevölkerung (Prävalenz) wird heute auf etwa 0,72% geschätzt, wobei die Rate bei Kindern unter sechs Jahren als höher eingeschätzt wird. Dies lässt eine grosse Wahrscheinlichkeit einer natürlichen Remission, d.h. eines spontanen Rückgangs des Stotterns im Kindesalter, erahnen (Yairi & Ambrose, 2013).

### 2.3.2. Verlauf

Die Sprechstörung Stottern kann sich entweder sehr schleichend mit graduell ansteigenden Symptomen entwickeln oder aber ganz plötzlich sehr ausgeprägt auftreten, was häufig der Fall ist, wenn sich im Leben des Kindes etwas grundlegend verändert (z.B. Geburt eines Geschwisters, Umzug, etc.; Tilling, 2012). Schon seit vielen Jahren wird dem Stottern in der Forschung eine erstaunlich **hohe natürliche Remissionsrate** zugeschrieben. Obwohl in Studien zur spontanen, natürlichen Remission des Stotterns viele unterschiedliche Werte zur Remissionsrate vorliegen, wird diese in allen Studien sehr hoch, zwischen 68% bis 96%, eingestuft (Yairi & Ambrose, 2013). Remissionen treten in der Regel bis zur Pubertät spontan auf, danach sinkt die Chance auf Remission stark. Durch gezielte Therapie kann dem Stottern jedoch schneller, effektiver und auch im höheren Alter noch entgegengewirkt werden (Neumann, et al., 2016).

### 2.3.3. Risikofaktoren

Bisher konnte in der Forschung keine eindeutige Ursache für das Stottern beschrieben werden. Viel eher muss man von **mehreren verschiedenen Faktoren** ausgehen, die auf die Herausbildung von Stottern einen Einfluss haben können (Ochsenkühn et al., 2015). Einer der wichtigsten Faktoren ist die **Erblichkeit**. Ergebnisse mehrere Studien belegen, dass das Risiko, die Sprechstörung Stottern zu entwickeln, um ca. 70-85% erhöht ist, wenn man gewisse genetische Anlagen hat (z.B. Rautakoski, Hannus, Simberg, Sandnabba, & Santtila, 2012). Ein Beispiel einer solchen Studie ist die gross angelegte Zwillingsstudie (befragt wurden 1728 finnische Zwillinge) von Rautakoski und Kollegen aus dem Jahr 2012, bei der anhand eines Fragebogens das Ausmass des genetischen und des umweltabhängigen Einflusses auf das Stottern untersucht wurde. Die Studie ergab, dass das Risiko in der Kindheit zu stottern zu ca. 82% von den Genen abhängt, wobei die restlichen 18% durch verschiedene Umwelteinflüsse er-

klärt werden können. Entgegen früherer Forschungsergebnisse wird dem Geschlecht heutzutage kein bedeutsamer Einfluss auf die Entwicklung des Stotterns mehr zugeschrieben. Ebenfalls als unbedeutsam für das Stottern haben sich in der Forschung Einflussfaktoren wie Ethnizität, kultureller Hintergrund und sozioökonomischer Status erwiesen, wobei hier angemerkt werden muss, dass zu all diesen Bereichen erst wenig oder mit wenig aussagekräftigen Stichproben geforscht wurde (Yairi & Ambrose, 2013).

## 2.4. Problematik des Stotterns

Stottern kann einen enormen Einfluss auf die Lebensqualität eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen ausüben. Besonders der Aspekt der sozialen Interaktion kann durch das Stottern massgeblich gestört werden, da Betroffene oft Ängste entwickeln, die sie daran hindern, normale, positive Interaktionen mit anderen Menschen zu erfahren. So kann das Stottern zu einem negativen Selbstkonzept, Einschränkungen im schulischen oder später beruflichen Bereich bis hin zu sozialer Isolation führen. Um dieser Problematik vorzubeugen ist es sinnvoll, besonders früh Massnahmen zu ergreifen (Ochsenkühn et al., 2015).

## 2.5. Interventionsmethoden

Da die Symptomatik und der Verlauf des Stotterns für jedes Kind unterschiedlich sind, ist es wichtig, vor der Wahl der Therapie die Krankengeschichte jedes Kindes individuell zu erfassen, damit ein passender Therapieansatz gewählt werden kann (Tigges-Zuzok, 2012). Entscheidende Faktoren für die Wahl der Intervention können u.a. das Alter des Kindes, der Leidensdruck, der Schweregrad des Stotterns, die Kooperation mit den Bezugspersonen und, falls bekannt, die Ursache für das Stottern sein (Ochsenkühn et al., 2015).

Grundsätzlich lässt sich die Therapie des Stotterns in die indirekten und die direkten Ansätze einteilen. **Indirekte Ansätze** beschäftigen sich nicht mit der Störung der Sprache selbst, sondern mit den Faktoren, die die Intensität des Stotterns beeinflussen, und versuchen, diese zu verbessern oder zu beseitigen. Beispiele für einen indirekten Ansatz wären die Stärkung des Selbstvertrauens und Selbstkonzepts des Kindes, die Förderung der Sprachfreude, Entspannungsübungen oder das sogenannte «Elterntraining», in dem den Eltern gezeigt wird, wie sie mit dem stotternden Kind am besten umgehen und es fördern können. Im Gegensatz dazu stehen die **direkten Ansätze**, die direkt an den Symptomen des Stotterns ansetzen. Bekannte Ansätze sind hier die Enttabuisierung des Stotterns, der Abbau von Sprechängsten, die



Modifikation des Stotterns, die Verstärkung flüssigen Sprechens (Fluency-Shaping) und andere Übungen zur Sprechtechnik. Die Forschung zeigt, dass eine Therapie am erfolgreichsten ist, wenn sie mehrere Ansätze oder Bereiche miteinander verbindet (Ochsenkühn et al., 2015). Im Folgenden wird je ein Beispiel für einen indirekten und einen direkten Ansatz vorgestellt.

### 2.5.1. Indirekter Ansatz: Palin Parent-Child-Interaction Approach (PPCI)

Beim PPCI wird zusammen mit Eltern und Kind in mehreren Sitzungen gearbeitet. Es werden gemeinsam Spiele gespielt, Gespräche geführt und Kommunikationstrainings für die Eltern durchgeführt. Ziel des PPCI ist es, die kommunikativen Kompetenzen der Eltern mit dem Kind durch Inputs des Therapeuten und Selbstreflexion der Eltern zu stärken, um die familiäre Kommunikation zu erleichtern und dem Kind so eine Möglichkeit zu bieten, sich die Grundlagen flüssigen Sprechens in einem bekannten Umfeld spielerisch anzueignen. Ein vertrauensvoller und wertschätzender Umgang führt zu einer Verbesserung der Selbstkompetenz des Kindes sowie des Redeflusses. Das PPCI erweist sich als alleinige Methode schon sehr wirksam und eignet sich als Einstiegstherapie sehr gut (Ochsenkühn et al., 2015).

### 2.5.2. Direkter Ansatz: Kinder Dürfen Stottern (KIDS)

Bei diesem Ansatz wird angestrebt, das Kind in eine leichtere Art des Stotterns zu überführen, mit der Absicht, später eine Remission oder wenigstens ein kontrolliertes Stottern zu erreichen. Vor der Intervention werden von Kind und Eltern Ziele in den Therapiebereichen *Stottersymptomatik*, *Psychische Reaktionen* und *Risikofaktoren* (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) gesetzt, die dann versucht werden, gemeinsam, unter Leitung eines Therapeuten, zu erreichen. Ziel ist es, dem Kind durch Erfolgserlebnisse die Angst vor dem Sprechen zu nehmen. Dieser Ansatz zeigt sich besonders wirksam in der Entstigmatisierung des Stotterns und somit in der Verbesserung des Selbstkonzepts des Kindes (Ochsenkühn et al., 2015).



Tabelle 3

Therapiebereiche, -inhalte und -methoden von KIDS (gemäss Ochsenkühn et al., 2015, S.133)

Therapiebereich	Inhalte	Methoden
Stotterersymptomatik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desensibilisierung gegen Stotterereignisse</li> <li>- Identifikation von Stotterereignissen</li> <li>- Modifikation des Stotterns</li> <li>- Generalisierung bzw. Stabilisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pseudostottern</li> <li>- In-vivo-Therapie (Therapie, die direkt an den Symptomen des Stotterns ansetzt)</li> <li>- Pull-out («Befreiung»): Die Befreiung besteht darin, dass das Kind nicht zulässt, dass die Sprechblockade ihren Lauf nimmt, indem es sein Verhalten modifiziert, während es ein Wort spricht)</li> <li>- Zeitlupensprechen</li> <li>- Lockeres Herausstottern</li> <li>- Elternarbeit</li> </ul>
Psychische Reaktionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkung von Sprechfreude, Selbstvertrauen und Selbstwertschätzung</li> <li>- Korrigierende Erfahrungen (z.B. eigenes Handeln ist wirksam, funktionierende Kommunikation)</li> <li>- Enttabuisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstes Verhalten der Therapeutin, das nicht den bisherigen Erfahrungen und Überzeugungen des Kindes entspricht</li> <li>- Erlaubnisarbeit (Kind wird ernst genommen und mit seinen Verhaltensweisen akzeptiert)</li> <li>- Methoden der Desensibilisierungs- und Identifikationsphase</li> <li>- Wissensvermittlung</li> <li>- Elternarbeit</li> </ul>
Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimierung der individuellen Risikofaktoren, z.B. im emotionalen, sozialen oder kognitiven Bereich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretation und Verbalisierung von Gefühlen</li> <li>- Anregung zur Darstellung von Gefühlen</li> <li>- Förderung pragmatischer Kompetenz</li> <li>- Elternarbeit</li> <li>- Wissensvermittlung</li> </ul>

### 3. Zusammenfassung

In dieser Broschüre wurde die Sprechstörung Stottern erläutert. Es hat sich gezeigt, dass Stottern ein sehr facettenreiches Erscheinungsbild ist, das viele Symptombereiche betrifft und die Lebensqualität des Betroffenen stark einschränken kann (Ochsenkühn et al., 2015). Stottern beginnt meist in der frühen Kindheit, weist aber eine sehr hohe natürliche Rückgangsrate auf, die durch gezielte Therapie noch gesteigert werden kann (Yairi & Ambrose, 2013). Interventionsmethoden lassen sich in direkte und indirekte Ansätze unterteilen, wobei direkte Ansätze an der Redeflussstörung selbst arbeiten und indirekte Ansätze sich mit den anderen Einflussfaktoren auf die Symptomatik beschäftigen. Therapien, die die Eltern oder Bezugspersonen miteinbeziehen, sind eine sinnvolle Ergänzung zur Einzeltherapie des Kindes, da sie die Familie generell entlasten können (Ochsenkühn et al., 2015). Zuletzt lässt sich das Fazit ziehen, dass die Grundlagen des Stotterns in der Forschung weitgehend gut erforscht sind, es jedoch bis heute noch zu keiner definitiven Ursachenklärung gekommen ist, was die spezifische Diagnose und somit die Intervention aufwendig macht (Yairi & Ambrose, 2013).

#### Take-Home-Messages

- Stottern ist eine Störung des Redeflusses und kann einen enormen Einfluss auf die Lebensqualität eines Betroffenen haben (Ochsenkühn et al., 2015).
- Die natürliche Rate des spontanen Rückgangs des Stotterns ist sehr hoch, dieser Wert kann durch gezielte Therapie sogar noch gesteigert werden (Yairi & Ambrose, 2013).
- Gruppenelterntrainings können die Einzeltherapie sinnvoll unterstützen und die Familien generell entlasten (Ochsenkühn et al., 2015).
- Stottern bleibt weiterhin ein Phänomen, über das noch viel Forschung betrieben werden muss (Ochsenkühn et al., 2015).

## Literaturverzeichnis

- Dehu, R., Brettner, S., & Freiburger, D. (2015). *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen: Eine Einführung für Eltern, PädagogInnen und TherapeutInnen*. Wiesbaden, DE: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, CH: Huber.
- Falkai, P., & Wittichen, H. (Ed.). (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen, DE: Hoferge
- Göymen-Steck, T., & Völcker, M. (2016). Georg Herbert Mead: Mind, self, and society. In S. Salzborn (Hg.), *Klassiker der Sozialwissenschaften. 100 Schlüsselwerke im Portrait* (S. 125-128). Wiesbaden, DE: Springer VS.
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., . . . Thum, G. (Hg.). (2016). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen [Pdf Dokument]. Abgerufen unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/049-013l\\_S3\\_Redeflusstoerungen\\_2016-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013l_S3_Redeflusstoerungen_2016-09.pdf)
- Ochsenkühn, C., Frauer, C., & Thiel, M. M. (2015). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen: Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie*. Berlin, DE: Springer.
- Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N. K., & Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: A twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 202-210. doi: 10.1016/j.jfludis.2011.12.003
- Tigges-Zuzok, C. (2012). Stottern – eine kompensierbare Redeflussstörung. *Pädiatrie up2date*, 7, 15-35. doi: 10.1055/s-0031-1291877
- Tilling, J. (2012). Stottern: Symptome, Ätiologie, Diagnose und Therapie. *Psychotherapeut*, 57, 537-551. doi: 10.1007/s00278-012-0939-3
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66-87. doi: 10.1016/j.jfludis.2012.11.002