

Frühkindliches Stottern: Abwarten oder sofort behandeln?

Indikatoren für den Therapiebeginn auf der Basis von aktuellen Forschungsergebnissen

Christina Lattermann

ZUSAMMENFASSUNG. Studienergebnisse der letzten Jahre legen nahe, dass ungefähr 75 % aller stotternden Kinder eine spontane Remission aufweisen. Zum jetzigen Zeitpunkt kann jedoch nicht sicher vorausgesagt werden, welche Kinder die Redeflussstörung überwinden und welche ein persistierendes Stottern entwickeln werden. Untersuchungen verschiedener Forschergruppen haben in den vergangenen Jahren Risikofaktoren analysiert, die die Entwicklung eines überdauernden Stotters begünstigen und/oder einen umgehenden Behandlungsbeginn erfordern. Diese Faktoren umfassen den Zeitpunkt des Beginns und die Dauer der Redeflussstörung, das Geschlecht des Kindes, das Vorkommen von Stottern in der Familie, die Entwicklung der Stottersymptomatik, die phonologische und die sprachliche Entwicklung des Kindes sowie den Einfluss der Redeflussstörung auf Kind und Eltern. Ärzte und TherapeutInnen sollten diese Faktoren bei der Entscheidung, ob und wann ein betroffenes Kind behandelt wird, berücksichtigen. Ein Instrument zum Erfassen und Bewerten der vorliegenden Risikofaktoren wird vorgestellt.

Schlüsselwörter: Kindliches Stottern – spontane Remission – Risikofaktoren – Behandlungsbeginn

Einleitung

Kindliches Stottern entwickelt sich frühestens in der Phase, in der Kinder Zweiwortäußerungen bilden und tritt in den meisten Fällen im 3. bis 6. Lebensjahr auf (Johannsen 2001, Starkweather & Givens-Ackermann 1997, Yairi & Ambrose 2005). Die kindlichen Redeflussstörungen sind in vielen Fällen nicht nur dadurch gekennzeichnet, dass der Schweregrad und die Häufigkeit der Symptomatik Schwankungen unterliegen und diese situationsabhängig auftritt, sondern vor allem auch durch die Tatsache, dass es bei zahlreichen Kindern zu einer Remission der Störung kommt.

Ergebnisse von Langzeitstudien (Mansson 2000, Yairi & Ambrose 1999) legen nahe, dass circa 5% aller Kinder zu einem Zeitpunkt in ihrer Entwicklung eine Redeflussstörung aufweisen. Das Design dieser Studien berücksichtigt jedoch nicht die Tatsache, dass einige Kinder unter Umständen nur für eine sehr kurze Zeitdauer stottern und die Störung somit nie erfasst wird. Eine aktuelle australische Langzeitstudie trägt diesem Faktor Rechnung und konnte nachweisen, dass die Inzidenz für das Auftreten von frühkindlichem Stottern bis zum 3. Lebensjahr sogar bei 8,5% lag (Reilly et al. 2009). Die Ergebnisse der erstgenannten Studien weisen

jedoch auch darauf hin, dass ungefähr 75% aller stotternden Vorschulkinder remittieren (Johannsen 2001, Mansson 2000, Yairi & Ambrose 1999).

Der von Eltern oft zitierte Ratschlag der behandelnden Pädiater und/oder TherapeutInnen, man solle abwarten, da das Stottern „sich auswachsen würde“, beruht vermutlich in vielen Fällen auf dem Gedanken einer möglicherweise auftretenden spontanen Remission. Die Entscheidung, ob und wann frühkindliches Stottern behandelt werden soll, wird durch dieses Phänomen sicherlich erschwert.

Aber auch wenn man annimmt, dass die zitierte Remissionsrate von ungefähr 75% repräsentativ ist, so bedeutet dies immer noch, dass fast ein Viertel aller anfänglich betroffenen Kinder ein überdauerndes Stottern entwickelt. Somit weisen 25% der Kinder eine persistierende Störung auf, die über enormes Potenzial verfügt, die emotionale, soziale, schulische und berufliche Entwicklung ungünstig zu beeinflussen. Neuere Studien von Langevin und Kollegen (2009, 2010) belegen außerdem, dass die meisten Eltern der Ansicht sind, dass das Stottern nicht nur einen negativen Einfluss auf ihre Kinder, sondern auch auf sie selber ausübe.

Dr. phil. Christina Lattermann

absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin von 1990-1993 an der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster. Nach siebenjähriger Tätigkeit in einer logopädischen Praxis belegte sie von 2000 bis 2003 den Master-Studiengang „Professional Training in Speech-Language Pathology“ an der kanadischen McGill-University, Montreal. Von 2003-2006 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Goethe-Universität, Frankfurt/M. tätig. Sie promovierte 2006 mit einer Arbeit zum Einsatz des Lidcombe-Programms in Deutschland. Seit 2005 ist sie Mitglied des offiziellen „Lidcombe Program Trainers Consortiums“ und Referentin für Lidcombe-Programmförderungen in Deutschland und Nordamerika. Sie ist derzeit als Dozentin für Redeflussstörungen an der McGill University, Montreal, tätig.



Risikofaktoren für die Entwicklung eines persistierenden Stotters

Die Entscheidung, in welchen Fällen die Redeflussstörung (vorläufig) nicht behandelt wird, ist vor diesem Hintergrund von enormer Tragweite, die weitere Faktoren berücksichtigen muss und nicht lediglich mit dem Verweis auf eine 75%ige Remissionsrate getroffen werden sollte. Glücklicherweise ermöglichen Studienergebnisse der letzten Jahre eine differenziertere Entscheidungsfindung bezüglich der Frage, ob und wann welche stotternden Kinder behandelt werden sollten. Betrachtet man die Studien, die sich mit der Entwicklung von Redeflussstörungen und den Risikofaktoren für die Entwicklung von persistierendem Stottern beschäftigen, kristallisieren sich zum jetzigen Zeitpunkt folgende Faktoren heraus:

- Beginn und Dauer der Redeflussstörung
- Geschlecht des Kindes
- Vorkommen von Stottern in der Familie und/oder Auftreten von Remissionen
- Entwicklung der Stottersymptomatik

- Phonologische Entwicklung
- Sprachliche Entwicklung
- Einfluss der Redeflussstörung auf Kind und Eltern

Im Folgenden werden diese möglichen Risikofaktoren näher erörtert. Sie können dazu beitragen, dass TherapeutInnen differenzierter entscheiden, ob das Kind ein erhöhtes Risiko aufweist, eine persistierende Redeflussstörung zu entwickeln und ein unmittelbarer Behandlungsbeginn oder vorerst eine Kontrollphase sinnvoll ist.

1. Beginn und Dauer der Redeflussstörung

Studienergebnisse von *Yairi* und *Ambrose* (2005) weisen darauf hin, dass Kinder, deren Redeflussstörung vor dem dritten Geburtstag beginnt, eine höhere Remissionswahrscheinlichkeit haben als Kinder, bei denen das Stottern nach diesem Zeitpunkt auftritt. Die Remissionsrate ist in den ersten zwei Jahren und besonders im Verlauf der ersten sechs bis zwölf Monate nach Auftreten der Störung am höchsten (*Andrews & Harris* 1964, *Curlee* 1999, *Yairi & Ambrose* 1999). Dies bedeutet, dass Kinder, die bereits länger als zwei Jahre stottern, ein höheres Risiko aufweisen ein persistierendes Stottern zu entwickeln, als Kinder, deren Störung erst seit einer kürzeren Zeit vorliegt.

2. Geschlecht des Kindes

Jungen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit ein überdauerndes Stottern zu entwickeln als Mädchen. Der Anteil des Stotterns von Jungen und Mädchen ist zu Beginn zwar noch fast gleich groß (*Andrews & Harris* 1964, *Johannsen* 2001, *Yairi & Ambrose* 1992). Da jedoch mehr Mädchen eine Remission haben, verschieben sich im weiteren Verlauf die Anteile: Im Jugendalter stottern etwa drei- bis viermal mehr Jungen als Mädchen (*Bloodstein* 1995, *Silverman* 1996).

3. Vorkommen von Stottern in der Familie und/oder Auftreten von Remissionen

Das Vorkommen von Stottern in der Familie des Kindes stellt einen weiteren Risikofaktor für die Entwicklung einer persistierenden Redeflussstörung dar, besonders in den Fällen, in denen keine Abnahme der Symptomatik innerhalb der ersten 18 Monate nach Auftreten beobachtet werden kann (*Johannsen* 2001). Kinder, in deren Familien bisher kein Stottern aufgetreten ist, haben höhere Chancen zu remittieren als Kinder mit stotternden Familienangehörigen. In diesem Zusammenhang wurde auch untersucht, ob das Vorkommen von Remissionen bei Angehörigen die Remissionswahrscheinlichkeit beeinflusst. Tatsächlich haben Kinder mit remittierten

Angehörigen eine höhere Chance, ihr Stottern zu überwinden als Kinder, deren Familienmitglieder ein überdauerndes Stottern aufweisen (*Yairi & Ambrose* 2005).

4. Entwicklung der Stottersymptomatik

Die Studienergebnisse von *Yairi* und *Ambrose* (2005) belegen, dass Kinder, deren Stottersymptomatik ohne sprachtherapeutische Behandlung einen Abwärtstrend innerhalb der ersten 12 Monate nach Beginn der Störung zeigt, deutlich höhere Chancen für eine Remission aufweisen. Hingegen deutet eine zunehmende oder stabil bleibende Symptomatik im ersten Jahr nach Auftreten der Störung auf ein erhöhtes Risiko für eine persistierende Redeflussstörung hin.

Darüber hinaus können Veränderungen im Sinne einer Zunahme des Schweregrades der Stottersymptomatik (beispielsweise die Zunahme von Anstrengung und das vermehrte Auftreten von Vermeidverhalten) auf neu auftretenden oder gesteigerten Leidensdruck hinweisen. Ebenso können diese Merkmale einer beginnenden Chronifizierung des Stotterns darstellen, da die Begleitsymptome unter Umständen einen Kreislauf aus Anstrengung und Frustration, die zu Vermeidung und Angst führen, in Gang setzen.

5. Phonologische Entwicklung

Obwohl die Ergebnisse verschiedener Studien keinen vollständig einheitlichen Trend zeigen (*Paden & Yairi* 1996, *Paden* et al. 1999, *Pellowski & Conture* 2002, *Ryan* 2001, *Yairi* et al. 1996) so weist doch eine Vielzahl von Daten darauf hin, dass Kinder mit gut entwickelten phonologischen Fähigkeiten eher ihr Stottern überwinden als Kinder mit Defiziten in diesem Bereich. Daten von *Paden* und Kollegen (1999) belegen, dass das zeitgleiche Vorkommen einer verzögerten phonologischen Entwicklung bei Beginn der Redeflussstörung ein Indikator für die Entwicklung eines überdauernden Stotterns ist.

6. Sprachentwicklung

Die Ergebnisse einiger Studien deuten darauf hin, dass eine Untergruppe stotternder Kinder über sprachliche Fähigkeiten verfügt, die über der Altersnorm liegen. Das Vorhandensein dieser überdurchschnittlich entwickelten sprachlichen Fähigkeiten scheint das Risiko der Entwicklung einer persistierenden Redeflussstörung zu begünstigen (*Anderson* et al. 2005, *Bonelli* et al. 2000, *Hall & Burgess* 2000, *Watkins & Johnson* 2004). Die Daten der Studien, die Spontansprachproben analysierten, zeigen einen einheitlichen Trend: Die Kinder, die ihr Stottern überwan-

den, wiesen nach der Remission Sprachprofile auf, die nicht mehr über der Altersnorm lagen, sondern weitgehend altersgemäß waren. Hingegen behielten die Kinder, die ein persistierendes Stottern entwickelten, ihre überdurchschnittliche Sprachproduktion bei. Diese Ergebnisse zeigen, dass zumindest bei einer Untergruppe stotternder Kinder eine eindeutige Interaktion zwischen der Entwicklung von flüssigem Sprechen und der Entwicklung von sprachlichen Fähigkeiten besteht.

7. Einfluss der Redeflussstörung auf Kind und Eltern

Entgegen der Annahme vieler Eltern verfügen auch bereits sehr junge Kinder häufig über ein Störungsbewusstsein bezüglich ihrer Stottersymptomatik (*Boey* et al. 2009, *Onslow* et al. 1993, *Yairi & Ambrose* 2005). Die Eigenwahrnehmung der Störung ist jedoch abzugrenzen von dem daraus resultierenden Leidensdruck. Tatsächlich weist ein Teil der betroffenen Kinder im Anfangsstadium der Redeflussstörung nur begrenzten oder gar keinen Leidensdruck auf. Die Ergebnisse einer Studie von *Walther* (2009) zeigen, dass der Stotterschweregrad und die Einschätzung des Kindes nicht korrelieren. Einige der 26 befragten Kinder im Alter zwischen 4 und 6 Jahren gaben trotz geringer Stottersymptomatik eine starke Einschränkung an. Hingegen erlebten andere Kinder ihr Stottern als weniger belastend, obwohl sie einen hohen Stotterschweregrad aufwiesen. Im Rahmen dieser Studie wurde ebenfalls festgestellt, dass die Einschätzung von Kindern und Eltern bezüglich der Redeflussstörung in verschiedenen Bereichen voneinander abweicht. Die Kinder beurteilten ihre Einstellungen und Gefühle sowie ihre Reaktionen auf das Stottern schlechter als ihre Eltern.

Guitar (2006) weist darauf hin, dass stotternde Kinder (und auch Erwachsene) häufig sensibler als nicht-stotternde Kinder sind. Diese erhöhte Sensibilität steht möglicherweise im Zusammenhang mit einem erhöhten Muskeltonus im Bereich der laryngealen Muskulatur und bedingt ein größeres Risiko, ein persistierendes Stottern zu entwickeln. Darüber hinaus scheinen Kinder mit hoher intrinsischer Erwartungshaltung und Perfektionsanspruch eher dazu zu neigen, unter ihrem Stottern zu leiden. Wie bereits oben geschildert, kann zunehmender Leidensdruck einen Kreislauf aus Anstrengung, Frustration, Vermeidung und Angst auslösen, der die Aufrechterhaltung der Stottersymptomatik begünstigt. Das Auftreten der Redeflussstörung, Leidensdruck und/oder Schuldgefühle der Eltern können unter Umständen nicht nur einen

■ Tab. 1: Tabelle zur Dokumentation von Risikofaktoren

| Kategorie | Bewertungspunkte |
|--|---|
| Geschlecht | Mädchen = 0 Junge = 1 |
| Beginn der Störung | < 6 Monate = 0 6-12 Monate = 1 >12 Monate = 2 |
| Vorkommen von Stottern in der Familie | negativ = 0 positiv/remittiert = 1 positiv/persistierend = 2 |
| Alter | 2-3 Jahre = 0 3-4 Jahre = 1 > 4 Jahre = 2 |
| Verlauf der Störung | Abnahme der Symptomatik = 0 Stabile Symptomatik = 1 Zunahme der Symptomatik = 2 |
| Leidensdruck des Kindes | Nein = 0 Ja = 1 |
| Phonologische Entwicklung | altersgemäß = 0 verzögert/abweichend = 1 |
| Sprachliche Entwicklung | altersgemäß = 0 überdurchschnittlich = 1 |
| Gesamtpunktzahl | |

ungünstigen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung, sondern auch auf die Entwicklung der Stottersymptomatik ausüben.

Erste Ergebnisse einer Pilotstudie von *Lutz* (2009) weisen darauf hin, dass die Einstellung der Eltern zum Stottern ihres Kindes Einfluss auf die Entwicklung der Symptomatik nehmen kann. Die Autorin analysierte anhand von Fragebögen, welche Auswirkungen die Teilnahme an dem *Hamburger Workshop für Eltern stotternder Kinder* (HAWESK) hatte. Der HAWESK bietet Eltern die Möglichkeit einer aktiven Auseinandersetzung mit der Redeflussstörung. Die Zielsetzung ist hierbei, die Einstellung der Eltern zum Stottern ihres Kindes zu verändern. Die Daten zeigen, dass die Teilnahme am Workshop eine Veränderung der Einstellung zum Stottern auslöste. Diese Veränderung wirkte sich bei fünf von sieben Eltern nicht nur positiv auf die Teilnahme an der logopädischen Behandlung des Kindes, sondern auch auf die Stottersymptomatik ihres Kindes im Sinne einer positiven qualitativen Veränderung aus.

Studienergebnisse verdeutlichen jedoch, dass Eltern stotternder Kinder keine generalisierten Verhaltensweisen zeigen, die bei allen Kindern zu einer Aufrechterhaltung der Symptomatik führen (*Schulze* 1989, *Kloth* et al. 1998, *Meyers-Freeman* 1985a-c). Vielmehr muss individuell bei jedem Kind und seiner Familie/Umgebung entschieden werden, ob und welche Umgebungsfaktoren vorliegen,

die eine Chronifizierung der Redeflussstörung möglicherweise begünstigen.

Tabelle zur Dokumentation von Risikofaktoren

Wilding und *Butler-Hinz* entwickelten 2001 die nebenstehende Tabelle 1, mit der Risikofaktoren für die Entwicklung eines persistierenden Stotters erfasst werden können. Diese wurde im Verlauf der letzten fünf Jahre von *Shenker* und *Lattermann* (2009) aktualisiert. Die Tabelle diene ursprünglich als Werkzeug in Situationen, in denen zahlreiche stotternde Kinder auf der Warteliste für eine Behandlung standen. Die ermittelte Punktzahl liefert TherapeutInnen Aufschluss bezüglich des Risikos für die Entwicklung eines überdauernden Stotters und ermöglicht es, differenzierter entscheiden zu können, welche Kinder zuerst behandelt werden sollten. Darüber hinaus kann der ermittelte Punktwert die TherapeutIn in der Entscheidungsfindung unterstützen, ob und wann das stotternde Kind behandelt werden soll.

Die mögliche Gesamtpunktzahl liegt – abhängig von den vorliegenden Risikofaktoren – zwischen minimal 0 Punkten und maximal 12 Punkten. Obwohl eine höhere Punktzahl auch ein höheres Risiko für die Entwicklung eines überdauernden Stotters und somit für einen baldigen Behandlungsbeginn indiziert, sollten jedoch unter keinen Umständen pauschale Entscheidungen getroffen werden. Es ist von enormer Bedeutung, dass die Entscheidung bezüglich einer Therapiephase oder einer Kontrollphase von der TherapeutIn einzelfallabhängig unter Berücksichtigung der jeweiligen Umstände getroffen wird!

Einfluss der Redeflussstörung auf die soziale Entwicklung der Kinder

Bezüglich der Frage, ob und wann mit einer Therapie begonnen wird, sollte besonders der Leidensdruck von Kind oder/und Eltern sowie der Einfluss berücksichtigt werden, den die Redeflussstörung auf die sozialen Interaktionen und die Emotionen von Kind und Eltern hat. Zahlreiche Studien belegen, dass Schulkinder aufgrund ihres Stotters gehänselt werden (*Benecken & Spindler* 2002, *Blood & Blood* 2004, *Hugh* et al. 1999, *Langevin* et al. 1998), von Gleichaltrigen negativ wahrgenommen werden (*Langevin* et al. 2009) sowie seltener als Gruppenführer anerkannt und weniger sozial akzeptiert werden (*Davis* et al. 2002).

Zunehmend mehr Studien haben sich in den vergangenen Jahren mit dem Einfluss von Redeflussstörungen auf die soziale Entwicklung von Kindern im Vorschulalter beschäftigt. Drei Studien untersuchten, ob nicht-stotternde Kinder im Alter zwischen 3 und 7 Jahren in der Lage waren, flüssiges von nicht-flüssigem Sprechen zu unterscheiden (*Ambrose & Yari* 1994, *Ezrati-Vinacour* et al. 2001, *Yairi & Ambrose* 2005). Die Ergebnisse zeigen, dass schon dreijährige Kinder in der Lage sind, diese Unterscheidung zu treffen. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Differenzierungsfähigkeit zu. Ebenso belegen diese Studien, dass bereits Kinder im Alter von drei Jahren Stottern negativ bewerten und dass diese negative Evaluation ab dem Alter von vier Jahren rapide zunimmt.

Redeflussstörungen führen auch im Vorschulalter bereits zu sozialen Konsequenzen für die betroffenen Kinder. Gleichaltrige Spielgefährten hänseln oder imitieren stotternde Kinder (*Onslow* et al. 2003) und sie äußern mehr negative als positive Kommentare, als die Eltern dies im Gespräch mit stotternden Kindern tun (*Meyers* 1990). Ebenso konnte beobachtet werden, dass gleichaltrige Kinder verwirrt auf gestotterte Äußerungen reagieren, diese ignorieren, das stotternde Kind hänseln oder „stehen lassen“ (*Langevin* et al. 2009).

Die Ergebnisse einer Studie von *Langevin, Packman* und *Onslow* (2010) belegen, dass stotternde Vorschulkinder mit Veränderungen ihres Verhaltens auf ihr Stottern reagieren, was zu sozialen Konsequenzen führt. Die 77 befragten Eltern beschrieben, dass ihre Kinder Rückzugsverhalten, Veränderung der Sprachproduktion und Vermeideverhalten als Reaktion auf das Stottern entwickelten. Spiele wurden abgebrochen, oder die Kinder spielten zunehmend alleine. Einige Kinder ignorierten die Versuche ihrer Spielgefährten, sie in ein Spiel mit einzubeziehen. In einigen Fällen reagierten die Kinder mit einer Abnahme des Selbstbewusstseins bei gleichzeitiger Zunahme von Aggression auf ihre Symptomatik. Ebenso beschreiben die Eltern eine reduzierte oder veränderte Sprachproduktion der Kinder als Reaktion auf das Stottern. Die Kinder wurden ruhig, sprachen weniger, benutzten „Babysprache“ oder brachen die Kommunikation vollständig ab. Folgende Verhaltensweisen wurden von den Eltern als neu auftretendes Vermeideverhalten interpretiert: Ein-Wort-Äußerungen, einfache Satzmuster, die Bitte an die Eltern, das Wort oder den Satz zu äußern, Satzabbrüche und das Umschreiben oder Ersetzen von bestimmten Wörtern.

Einfluss der Redeflussstörung auf die Emotionen der Eltern

Obwohl die meisten TherapeutInnen in dem Bewusstsein arbeiten, dass das Stottern des Kindes nicht nur das Kind selber, sondern auch die familiären Interaktionen und die Emotionen der Eltern beeinflusst, liegen bisher kaum empirische Daten zu diesem Themenbereich vor. *Yairi* und *Ambrose* (2005) mutmaßen, dass dies vielleicht auch einer der Gründe ist, warum sich Therapiemethoden primär darauf konzentrieren, wie die Eltern ihr Kind unterstützen, sich jedoch weniger mit den Schwierigkeiten befassen, die das Stottern innerhalb der Familie auslöst.

Drei Studien befassen sich mit den Emotionen der Mütter stotternder Kinder während der Behandlung mit dem Lidcombe-Programm (*Goodhue* et al. 2010, *Hayhow* 2009, *Packman* et al. 2007). Die Autoren schlussfolgern, dass die Emotionen der Eltern eine wichtige Rolle im Behandlungsverlauf spielen und dass diesem Bereich zukünftig in Forschung und Therapie mehr Beachtung geschenkt werden sollte. *Hayhow* (2009) und *Goodhue* und Kollegen (2010) weisen darauf hin, dass der Behandlungserfolg unter anderem davon abhängt, in welchem Umfang die TherapeutIn in der Lage ist, die durch das Stottern ausgelösten Emotionen zu erkennen und die Eltern bei den daraus resultierenden Schwierigkeiten sowie den im Behandlungsverlauf auftretenden Problemen zu unterstützen.

Eine aktuelle Studie (*Langevin* et al. 2010) untersucht den Einfluss, den das Vorliegen einer Redeflussstörung auf die Eltern des Kindes hat. Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern der Ansicht sind, das Stottern wirke sich nicht nur negativ auf ihr Kind, sondern auch auf sie selber aus. Die Eltern beschreiben folgende Reaktionen auf die Redeflussstörung ihres Kindes:

- Besorgnis und Unsicherheit, wie sie richtig auf das Stottern reagieren sollen
- Frustration
- Schuldgefühle, das Stottern ihres Kindes verursacht zu haben
- Sorge, ob ihr Kind zukünftig sein Selbstvertrauen aufrechterhalten kann
- Sorge, ob ihr Kind zukünftig effektiv kommunizieren kann
- Sorge, ob ihr Kind zukünftig befriedigende soziale Beziehungen aufbauen kann
- Sorge, dass ihr Kind gehänselt wird
- Sorge, dass ihr Kind als intellektuell eingeschränkt wahrgenommen wird
- Hilflosigkeit, Stress und Verzweiflung, in Augenblicken, in denen ihr Kind stottert

Die Ergebnisse der oben zitierten Studien verdeutlichen, dass Stottern bereits im Vorschulalter einen erheblichen negativen Einfluss auf die soziale Entwicklung der Kinder, ihr Kommunikations- und ihr Spielverhalten ausüben kann. Darüber hinaus zeigen erste Daten, dass die Redeflussstörung auch die Emotionen der Eltern und somit die familiäre Situation beeinflusst. Diese Bereiche sollten daher von TherapeutInnen bei der Entscheidung, ob eine Therapieindikation vorliegt, unbedingt berücksichtigt werden. *Langevin* und Kollegen (2010) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass differenzierte anamnestische Fragen (Tab. 2) Aufschluss über das Vorliegen dieser Faktoren liefern können:

Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass Eltern zu diesem Zeitpunkt möglicherweise nicht über ihre Emotionen sprechen möchten, dass ihnen jedoch diese Möglichkeit angeboten werden sollte. Unter Umständen werden einige Eltern bereits durch die Thematisierung dieser Probleme entlastet.

■ Tab. 2: Anamnestische Fragen

Fragen bezüglich des Kindes

- Löst Stottern Frustration bei Ihrem Kind aus?
- Zeigt Ihr Kind andere emotionale Reaktionen auf sein Stottern (z.B. Wut, Ärger, Trauer?)
- Hat das Stottern Einfluss auf das Spielverhalten mit Freunden, beispielsweise die Art und Weise, wie Ihr Kind spielt oder die Art der Spiele, die es bevorzugt?
- Zieht sich Ihr Kind aus sozialen Interaktionen mit Freunden/Spielgefährten aufgrund seines Stotterns zurück?
- Zieht sich Ihr Kind aus sozialen Interaktionen mit Familienmitgliedern aufgrund seines Stotterns zurück?
- Wurde/wird Ihr Kind aufgrund seines Stotterns von Freunden/Spielgefährten gehänselt?
- Haben die Spielgefährten Ihres Kindes in irgendeiner anderen Art und Weise auf das Stottern ihres Kindes reagiert?

Fragen bezüglich der Eltern

- Hat das Stottern Ihres Kindes Sie oder andere Familienmitglieder beeinflusst (beispielsweise emotional oder in der Art und Weise, wie Sie mit dem Kind interagieren)?
- Gibt es etwas, das ich/wir tun können, um Ihnen in diesem Bereich zu helfen oder Sie zu unterstützen?

ICF-Klassifikation

Im Rahmen der revidierten Klassifikation der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, *DIMDI* 2005) ist es möglich, kindliches Stottern mehrdimensional zu beschreiben. Hierbei werden Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren, die Einfluss auf das Kind und die Entwicklung der Redeflussstörung nehmen, erfasst. Darüber hinaus können Körperfunktionen, vor allem aber auch die Aktivitäten und Partizipation des Kindes im Alltag vor dem Hintergrund seines Stotterns beschrieben werden.

Walther (2009) entwickelte ein Untersuchungsverfahren auf Basis der ICF-Klassifikation, das Stottern mehrdimensional aus der Sicht betroffener Vier- bis Sechsjähriger erhebt. Aus Sicht der Autorin dieses Beitrags indiziert eingeschränkte Aktivität und Partizipation des Kindes ebenfalls einen frühen Behandlungsbeginn. Ist das Kind in seiner alltäglichen Kommunikation behindert, so sollte mit einer Therapie auch dann begonnen werden, wenn zum Zeitpunkt der Diagnostik nur ein geringes Risiko für eine überdauernde Redeflussstörung besteht. Wie oben beschrieben, birgt das Stottern in diesen Fällen die Gefahr, dass das Kind in seiner sozialen und emotionalen Entwicklung deutlich beeinträchtigt oder unter Umständen auch dauerhaft geschädigt wird.

Fazit

Die Entscheidung, ob und wann bei einer vorliegenden kindlichen Redeflussstörung mit einer Therapie begonnen werden sollte, ist aufgrund der zurzeit angenommenen Remissionsrate im Bereich der 75%-Marke nicht einfach zu treffen. Forschungsergebnisse der letzten Jahre liefern jedoch erste Erkenntnisse bezüglich möglicher Risikofaktoren, die die Entwicklung eines persistierenden Stotterns begünstigen.

TherapeutInnen und behandelnde Ärzte sollten daher bei ihrer Entscheidung die Zeit seit Beginn der Störung, das Vorkommen von Stottern in der Familie, das Geschlecht des Kindes, den Verlauf der Störung sowie die phonologische und sprachliche Entwicklung des Kindes berücksichtigen. Darüber hinaus muss dem Leidensdruck von Kind und Eltern und dem Einfluss, den die Redeflussstörung auf die soziale und emotionale Entwicklung des Vorschulkindes – aber auch auf die Emotionen der Eltern – ausübt, besondere Beachtung geschenkt werden. Weisen diese Faktoren auf das erhöhte Risiko der Entwicklung eines überdauernden Stotterns hin, sollte

baldmöglichst mit einer Therapie begonnen werden.

Im Umkehrschluss geben die Forschungsergebnisse Aufschluss darüber, wann das Risiko des Kindes, eine persistierende Redeflussstörung zu entwickeln, geringer und die Chance für eine Remission höher ist. TherapeutInnen und Ärzte können unter diesen Umständen anraten, das Kind vorerst im Rahmen einer Kontrollphase zu begleiten. Die Eltern sollten in diesem Fall angeleitet werden, das Stottern ihres Kindes zu beobachten und unter Umständen auch den Verlauf zu dokumentieren. Es wird empfohlen, dass die Eltern das Sprechen ihres Kindes zu Hause während dieser Phase mit Video- oder Audiogeräten in unterschiedlichen Situationen aufzeichnen, da das Sprechen des Kindes während Untersuchungen in der logopädischen Praxis gegebenenfalls nicht repräsentativ ist.

Zeigt das Kind eine zunehmende Reduktion der Stottersymptomatik, kann die TherapeutIn die Kontrolluntersuchungen beenden, wenn die erreichte vollständige Sprechflüssigkeit über einen längeren Zeitraum stabil bleibt. Zeigt das Kind jedoch eine Zunahme der Symptomatik, oder bleibt die vorhandene Symptomatik stabil, sollte mit der Behandlung begonnen werden. Eine Therapie sollte möglichst in den Vorschuljahren stattfinden, da Studienergebnisse zeigen, dass die Kinder in diesen Jahren die besten Behandlungserfolge aufweisen. Außerdem kann sich bereits eine leichte Redeflussstörung negativ auf die weitere soziale, emotionale und schulische Entwicklung des Kindes auswirken.

Unabhängig davon, ob sich TherapeutInnen für oder gegen einen sofortigen Behandlungsbeginn entscheiden, ist es aus Sicht der Autorin unerlässlich, dass die Eltern umfassend, angemessen und kompetent über kindliche Redeflussstörungen aufgeklärt werden und Hinweise auf weiterführende Informationen (wie beispielsweise die Website der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.) erhalten. Nach wie vor beklagen zahlreiche Eltern, nicht oder nur unzureichend von den behandelnden TherapeutInnen über das Störungsbild informiert worden zu sein. Eine professionelle Beratung bezüglich Ursachen und Verlauf von und Umgang mit kindlichen Redeflussstörungen kann jedoch bereits nachhaltig zur Entlastung von Eltern und Kind beitragen.

Sicherlich werden die Ergebnisse zukünftiger Forschungsprojekte unser Wissen bezüglich der Risikofaktoren für die Entwicklung einer persistierenden Redeflussstörung erweitern. Möglicherweise werden zusätzliche Variablen gefunden, die bei der Entscheidung ob und wann mit einer Therapie bei kindlichem

Stottern begonnen werden sollte, beachtet werden müssen. Aus Sicht der Autorin ist es – unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Daten – bis dahin jedoch nicht mehr zulässig, die gegenwärtig bekannten Risikofaktoren außer Acht zu lassen und eine Therapie lediglich mit dem Verweis auf eine möglicherweise auftretende Spontanremission abzulehnen.

LITERATUR

- Ambrose, N.G. & Yairi, E. (1994). The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders* 19, 229-245
- Anderson, J.D., Pellowski, M.W. & Conture, E.G. (2005). Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains. *Journal of Fluency Disorders* 30, 219-235
- Andrews, G. & Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. London, UK: Heinemann Medical Books
- Benecken, J. & Spindler, C. (2002). Mobbing und Stottern: Zur schulischen Situation stotternder Kinder. *Forum Logopädie* 6 (16), 6-11
- Blood, G.W. & Blood, I.M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders* 31, 69-79
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering*. San Diego, CA: Singular Publishing Group
- Bonelli, P., Dixon, M., Bernstein Ratner, N. & Onslow, M. (2000). Child and parent speech and language following the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics* 14, 427-446
- Boye, R.A., Van de Heyning, P.H., Wuyts, F.L., Heylen, L., Stoop, R. & de Bodt, M.S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2-7 years toward their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders* 42, 334-346
- Curlee, R.F. (1999). *Early Intervention with childhood stuttering revisited*. Paper of the ISAD-1 Online Conference. <http://www.mankato.msus.edu/dept/comdis/isad2/papers/curlee.html> (20.08.1999)
- Davis, S., Howell, P. & Cook, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 939-947
- DIMDI ICF (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: World Health Organisation (WHO)
- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R. & Yairi, E. (2001). The young child's awareness of stuttering like disfluencies. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 44, 368-380
- Goodhue, R., Onslow, M., Quine, S., O'Brian, S. & Hearne, A. (2010). The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: Mothers' experiences. *Journal of Fluency Disorders* 35, 70-84
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins
- Hall, N.E. & Burgess, S.D. (2000). Exploring developmental changes in fluency related to language acquisition: A case study. *Journal of Fluency Disorders* 25, 119-141
- Hayhow, R. (2009). Parents' Experiences of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology* 11, 20-25
- Hugh-Jones, S., & Smith, P.K. (1999). Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology* 69, 141-158
- Johannsen, H.S. (2001). Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Symptomatologie, Heredität und Häufigkeit auf den Verlauf des Stotterns im Kindesalter. *Sprache – Stimme – Gehör* 25, 14-19
- Kloth, S.A.M., Jannssen, P., Kraimaat, F.J. & Bruten, G.J. (1998). Child and mothers variables in the development of stuttering among high-risk children: a longitudinal study. *Journal of Fluency Disorders* 23, 217-230
- Langevin, M., Bortnik, K., Hammer, T. & Wiebe, E. (1998). Teasing/bullying experienced by children who stutter. Toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders* 25, 12-24
- Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology* 18, 264-278
- Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2010). Parents perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders* 43, 407-423
- Lutz, C. (2009). Hamburger Workshop für Eltern stotternder Kinder (HAWESK). Ein Gruppenkonzept zur Änderung der elterlichen Einstellung zum Stottern ihrer Kinder – Hintergründe und erste orientierende Ergebnisse. *Forum Logopädie* 2 (23), 6-14
- Mansson, H. (2000). Childhood stuttering: incidence and development. *Journal of Fluency Disorders* 25, 47-57
- Meyers, S.C. & Freeman, F.J. (1985a). Are mothers of stutterers different? An investigation of social-communicative interaction. *Journal of Fluency Disorders* 10, 193-209
- Meyers, S.C., & Freeman, F.J. (1985b). Interruptions as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research* 28, 428-435
- Meyers, S.C. & Freeman, F.J. (1985c). Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research* 28, 436-444
- Meyers, S.C. (1990). Verbal behaviours of preschool stutterers and conversational partners: Observing reciprocal relationships. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 55, 706-712.
- Onslow, M., Harrison, E. & Jones, A. (1993). *Early stuttering: Onset, treatment and recovery*. Paper

- presented at the annual conference of the Australian Association of Speech and Hearing, Darwin
- Onslow, M., Attanasio, J. & Harrison, E. (2003). Parents talk about the Lidcombe Program. In: Onslow, M., Packman, A. & Harrison, E. (Eds.), *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A clinicians guide* (193-206). Austin, TX: Pro-Ed
- Packman, A., Hansen, E.J. & Herland, M. (2007). Parents' Experiences of the Lidcombe Program: The Norway-Australia Connection. *Research, Treatment and Self-Help in Fluency Disorders* 3, 418-422
- Paden, E.P. & Yairi, E. (1996). Phonological characteristics of children whose stuttering persisted or recovered. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 39, 981-990
- Paden, E.P., Yairi, E. & Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering: II. Initial status of phonological abilities. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 42, 1113-1124
- Pellowski, M.W. & Conture, E.G. (2002). Characteristics of speech disfluency and stuttering behaviours in 3- and 4-year-old children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 45, 20-35
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E.L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., & Ukoummunne, O.C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics* 123, 270-277
- Ryan, B.P. (2001). A longitudinal study of articulation, language, rate, and fluency of 22 preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 26, 107-127
- Schulze, H. (1989). *Stottern und Interaktion*. Phoniatri-sche Ambulanz Universität Ulm
- Silverman, F.H. (1996). *Stuttering and other fluency disorders: an overview for beginning clinicians*. Boston, MA: Allyn and Bacon
- Starkweather, C. W. & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Austin, TX: Pro-Ed
- Walther, C. (2009). Wie erleben stotternde Kinder ihr Sprechen? Eine empirische Untersuchung. *Forum Logopädie* 2 (23), 24-28
- Watkins, R. & Johnson, B. (2004). Language abilities in children who stutter: Towards improved research and clinical applications. *Language, Speech and Hearing Services School* 35, 82-90
- Wilding, J. & Butler-Hinze, S. (2001). *Tabelle zur Dokumentation von Risikofaktoren für die Entwicklung von persistierendem Stottern*. (Unveröffentlicht)
- Wilding, J., Butler-Hinze, S., Shenker, R. & Lattermann, C. (2009). *Tabelle zur Dokumentation von Risikofaktoren für die Entwicklung von persistierendem Stottern*. (Unveröffentlicht)
- Yairi, E. & Ambrose, N. (1992). A longitudinal study of stuttering in children: a preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research* 35, 755-760
- Yairi, E., Ambrose, N., Paden, E., & Throneburg, R. N. (1996). Predictive factors of persistency and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders* 29, 51-77
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 42, 1097-1112
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2011-53020110201

Autorin
Dr. phil. Christina Lattermann, M.Sc. (C)
McGill University
School of Communication Sciences & Disorders
1266 Pine Ave. West
Montreal, QC H3G 1A8
Kanada
Tel.: 001.514.398 4137
christina.lattermann@mcgill.ca
www.lattermann.net

SUMMARY. Early childhood stuttering: To wait or to treat? Timing of intervention decision making based on current research outcomes

Recent studies suggest the recovery rate in young stuttering children to be about 75 %. However, currently health professionals are unable to predict with any certainty which children will recover spontaneously and which will develop persistent stuttering. Several studies have analysed risk factors, which may lead to the development of persistent stuttering and indicate the need for treatment. These risk factors include (1) time of onset after age 3; (2) stuttering persisting for more than 2 years; (3) male gender; (4) family history of stuttering; (5) increasing or stable trends of stuttering symptoms over the course of the first 12 months; (6) presence of a delayed phonological development; (7) presence of above average language skills. Recent investigations also indicate that the impact of a fluency disorder on the child and their parents needs careful consideration in each individual case. When determining which stuttering children and at what time to treat these, Speech-Language Pathologists and health professionals should consider these risk factors. This paper introduces an instrument to identify risk factors and prioritize children, who are on a waiting list for stuttering treatment.

KEYWORDS: Risk factors – childhood stuttering – treatment start