
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/030 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 393 - 407

Stottern (F98.5), Poltern (F98.6)

Inhalt:

- [Stottern \(F98.5\)](#)
 - [Poltern \(F98.6\)](#)
-

Stottern (F98.5)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Unter Stottern wird eine Unterbrechung des Redeflusses durch Verspannungen der Sprechmuskulatur und/oder klonische Wiederholungen verstanden. In der ICD-10 wird hinter Stottern fälschlicherweise "(Stammeln)" angefügt. Stammeln ist jedoch eine Lautbildungsstörung und kein Stottern. Bei der Angabe in der ICD-10 handelt es sich um einen Übersetzungsfehler.

1.2 Leitsymptome

Leitsymptome sind Sprechunflüssigkeiten durch Verspannungen mit anhaltenden Verkrampfungen der Sprechmuskulatur, stummen Pressversuchen und/oder hörbaren Glottisschlägen bzw. Wiederholungen oder Dehnung von Lauten, Silben und Wörtern. Die Redeflussunterbrechungen werden meist von Atemunregelmäßigkeiten, primären und sekundären Mitbewegungen und vegetativen Stresssymptomen begleitet. In der Regel entwickelt sich ein Störungsbewusstsein, und das Ausmaß der Sprechstörung wird vom Grad der emotionalen Belastung durch die Sprechsituation abhängig.

1.3 Schweregradenteilung

Keine bekannt.

1.4 Untergruppen

Nach der vorherrschenden Symptomatik können ein klonisches, tonisches und klonisch-tonisches Stottern unterschieden werden. Die Übergänge sind fließend, und die Symptomatik kann sich im Laufe der Entwicklung ändern, sodass diese Unterteilung rein beschreibend ist und keine unterschiedlichen Störungsbilder voneinander abgegrenzt werden.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Physiologische Sprechunflüssigkeit (z.B. vorübergehendes "Entwicklungsstottern" in der frühen Kindheit)
- Ticstörungen (F95)
- Poltern (F98.6)
- Neurologische Erkrankung, die zur Störung des Sprachrhythmus führt
- Zwangsstörungen (F42).

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Beobachtung des Sprechverhaltens des Kindes

Die Störung in der Spontansprache wird bei der Exploration des Kindes/Jugendlichen deutlich. Treten mehr als 5 Unterbrechungen pro 100 Wörter auf, dann ist von einer klinisch relevanten Redeflussstörung auszugehen. Zusätzlich ist das Sprechen im Spiel, in der Interaktion mit den Eltern, beim Zählen, Nachsprechen, Flüstern und Lesen zu bewerten.

Exploration der Eltern

Hinsichtlich der Häufigkeit, der Intensität und der situativen Variabilität sind die Angaben der Eltern meist verlässlicher als die des Kindes/Jugendlichen. Eltern mit hohen Normerwartungen neigen zu einer Dramatisierung der Symptomatik. Hingegen ist bei Eltern mit einer eigenen Stotteranamnese die Thematik gelegentlich derart mit Angst besetzt, dass sie die Symptome ihres Kindes negieren.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Exploration der Eltern

- Sprachentwicklung des Kindes
- Beginn der Symptomatik und der Lebenssituation zu diesem Zeitpunkt
- Fluktuation der Symptomatik in Abhängigkeit von Belastungssituationen
- Vorkommen von Stottern und Sprachentwicklungsstörungen in der Familie.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Exploration der Eltern

- Lautbildungs- und Sprachstörungen
- Expansive Verhaltensstörungen
- Vermeidungsverhalten mit sozialem Rückzug
- Mangelhaftes Selbstwertgefühl
- Psychosomatische Beschwerden.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Eltern

- Hänseleien oder Ablehnung durch das Umfeld
- Chronische Konflikte
- Eigene Befürchtungen und Bewältigungsstrategien
- Thematisierung des Stotterns gegenüber dem Kind und innerhalb der Familie
- Motivation der Eltern zur aktiven Mitarbeit.

Informationen von Kindergarten oder Schule

- Integration und Akzeptanz in der Gruppe
- Gruppengröße und Möglichkeiten zur individuellen Betreuung.

Körperliche Untersuchung

- Kinderneurologische Untersuchung
- Motometrische Untersuchung
- Pädaudiologische Diagnostik
- Siehe ergänzend Leitlinie "Umschriebene Artikulationsstörung (F80.0)", Kapitel 2.4.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Beurteilung des Redeflusses (Screening List for Stuttering - SLS von Riley, dtsh. von Sandrieser; Stuttering Severity Instrument von Riley, dtsh. von Schneider; Qualitative Beschreibung von Stotterverhalten - QBS von Schneider)
- Beurteilung von Sekundärsymptomen (Reaktion auf kommunikative Stressoren - RKS; Skala Vermeidung; Reaktionen auf das Stottern des Untersuchers - RSU)
- Zur Abgrenzung von "Entwicklungsstottern": Stuttering Prediction Instrument for Young Children von Riley, dtsh. von Sandrieser
- Verhaltensfragebogen zur Erfassung externalisierender und internalisierender Störungen
- Ggf. projektive Verfahren zur Erfassung primärer und sekundärer emotionaler Störungen und Konflikte
- (Zumindest orientierende) Intelligenzdiagnostik
- Im Vorschulalter Sprachentwicklungsdiagnostik
- Siehe ergänzend Leitlinie "Umschriebene Artikulationsstörung (F80.0)", Kapitel 2.5.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

- Physiologische Sprechunflüssigkeiten
- Poltern
- Neurologische Erkrankung (insbesondere infantile Zerebralparese oder Erkrankungen des extrapyramidalen Systems).

Abgrenzung "Entwicklungsstottern" (physiologische Sprechunflüssigkeit) versus chronisches Stottern

Für die Entwicklung eines chronischen Stotterns sprechen:

- Blockierungen mit sichtbaren Anstrengungen
- Dehnungen mit Tonhöhen- und Lautstärkenanstieg von mehr als einer Sekunde Dauer und häufiger als einmal pro 100 Wörter
- 2 und mehr Wiederholungen pro 100 Wörter, 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 6 Monaten
- Familiäre Belastung mit Stottern
- Erhebliche Furcht der Eltern vor einem chronischen Stottern.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Überprüfen des Vorliegens der Leitsymptomatik in relevanter Ausprägung über eine längere Zeit (mindestens 3 Monate) und der situativen Abhängigkeit der Sprechunflüssigkeiten.

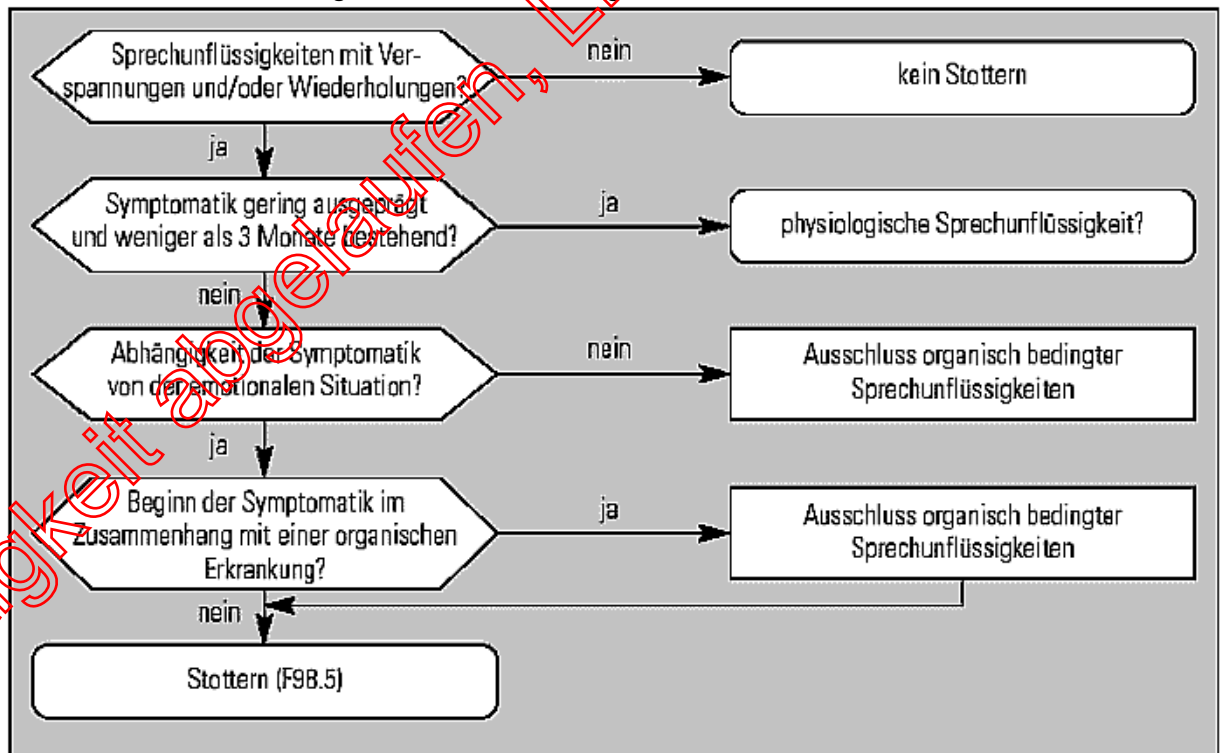
3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellen umschriebener Entwicklungsstörungen (insbesondere Sprachentwicklungsstörungen), des Intelligenzniveaus, organischer Erkrankungen, abnormer psychosozialer Bedingungen und der psychosozialen Anpassung.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Abbildung 60.

Abb. 60: Komorbidität und diagnostischer Entscheidungsbaum bei Stottern



4. Interventionen

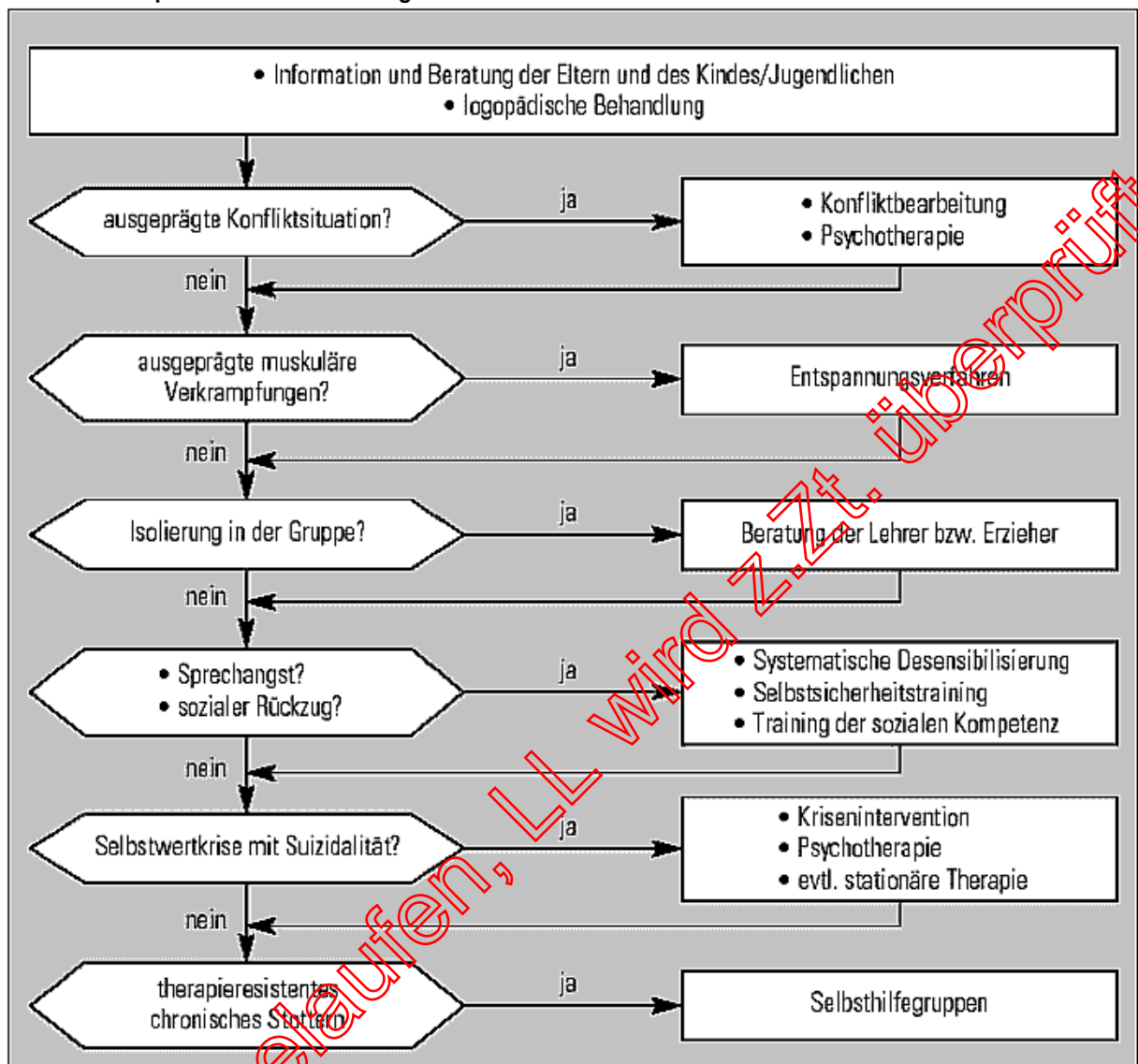
4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Behandlung wird in der Regel ambulant durchgeführt. Intensivkurse (z.T. unter Beteiligung eines Elternteils) bzw. eine mehrwöchige stationäre Blocktherapie in einer Spezialeinrichtung sind häufig recht erfolgreich. Eine stationäre bzw. teilstationäre kinderpsychiatrische Therapie kann bei erheblichen primären oder sekundären emotionalen Störungen indiziert sein.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Siehe Abbildung 61.

Abb. 61: Therapeutischer Entscheidungsbaum bei Stottern



4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Voraussetzung für eine Therapie ist eine ausreichende Motivation des Kindes und der Eltern. Therapieziele sind:

- Besserung der Sprechstörung
- Abbau sozialer Ängste
- Psychische Stabilisierung
- Ggf. die Akzeptanz einer Restsymptomatik
- Überführung in eine Phase der "Selbstbehandlung".

Die Behandlung ist multimodal und individuell zu gestalten. Der Therapieplan wird je nach Symptomatik unterschiedliche Schwerpunkte setzen. In der Regel sind wichtige Bezugspersonen mit einzubeziehen. Vergleichende Therapiestudien sprechen dafür, dass die besten Erfolge durch eine Kombination von symptombezogener Therapie (besonders Änderung des Stimmeinsatzes und prolongiertes Sprechen) mit einem Abbau sozialer Ängste durch eine Psychotherapie bei Einbeziehung der Bezugspersonen zu erreichen sind (III). Kurzfristige Therapieerfolge dürfen nicht über die Notwendigkeit einer längerfristigen Betreuung hinwegtäuschen. Einige Therapieprogramme sehen nach einer ausreichenden Anleitung eine Durchführung der Übungsbehandlung durch die Eltern vor. Nach kontrollierten Studien sind die Therapieerfolge von Therapeuten bzw. Eltern vergleichbar. Die Behandlung kann folgende Elemente enthalten:

Information und Beratung der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen

- Vermutungen über die Verursachung und Aufrechterhaltung der Sprechunflüssigkeit
- Hinweise auf Literatur und auf Seminare bzw. Videos der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.

Die Beratung kann folgende Hinweise enthalten:

- Geduld beim Zuhören

- Konzentration auf den Inhalt des Gesagten
- Vermeiden von Kritik, Korrekturen, Hilfen oder Ermahnungen beim Sprechen
- Anregung des Kindes zum Erzählen in Phasen flüssigen Sprechens
- Vermeiden von Sprechsituationen mit hohem sozialen Druck
- Zurücknehmen von Forderungen und Einschränkungen
- Vermeiden perfektionistischer Erwartungen
- Ermutigung des Kindes durch positive Rückmeldungen
- Eingehen auf Sorgen und Ängste der Eltern
- Bei Therapieresistenz Befähigung der Eltern zur Akzeptanz des Kindes/Jugendlichen mit seiner Symptomatik.

In den meisten Fällen entwickelt sich ein Stottern im dritten bis fünften Lebensjahr aus entwicklungsbedingten Sprechunflüssigkeiten. Insbesondere bei Kindern mit einer Sprachentwicklungsstörung richten die Eltern ihre Aufmerksamkeit übermäßig besorgt auf die Sprache des Kindes. Dies könnte zu einer Fixierung der Symptomatik beitragen. Solange die Redeflussunterbrechungen als physiologische Sprechunflüssigkeit ("Entwicklungsstottern") einzuordnen sind, steht eine Elternberatung im Vordergrund. Um Sprechangst und Vermeidungsverhalten vorzubeugen, ist das Kind zum Sprechen zu ermutigen. Die Eltern sollten versuchen, durch ihr eigenes Sprachvorbild (klare Artikulation, nicht zu hohe Sprechgeschwindigkeit, Anpassung an das Sprachniveau des Kindes) und durch eine Anregung zum entspannten Sprechen (z.B. durch Sprechspiele) zu einer Überwindung der Phase physiologischer Sprechunflüssigkeiten beizutragen. Allerdings ist empirisch bislang nicht belegt, dass eine Änderung des Verhaltens der Eltern im Umgang mit dem Kind eine Chronifizierung von Sprechunflüssigkeiten verhindern bzw. ein Stottern bessern kann. Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass Eltern stotternder Kinder anders mit ihren Kindern sprechen und umgehen als Eltern nicht stotternder Kinder, wurden nicht durchgängig bestätigt.

Information und Beratung des Kindes/Jugendlichen

Diese ist ab dem Schulalter zunehmend möglich. Die Information und Beratung umfasst:

- Vermutungen über die Verursachung und Aufrechterhaltung der Sprechunflüssigkeit
- Thematisierung von Ängsten und Befürchtungen
- Anstreben einer sachlich-distanzierten Einstellung zum Symptom
- Umlenken der Aufmerksamkeit von Selbstbeobachtung auf Situationswahrnehmung.

Logopädische Behandlung

Eine logopädische Behandlung sollte frühzeitig eingeleitet werden. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher logopädischer Verfahren zur Behandlung des Stotterns. Die Art des Vorgehens richtet sich nach dem Entwicklungsstand des Kindes, dem Vorhandensein eines Störungsbewusstseins und dem Ausmaß einer begleitenden Symptomatik. Im Vorschulalter und solange sich kein Störungsbewusstsein entwickelt hat, sollten anstelle bewusster Übungen Sprechspiele durchgeführt werden. Im Rahmen von Rollenspielen können Sprechtempo, Lautstärke und Rhythmus variiert und sprechbegleitende Gebärden eingeführt werden, ohne dass die Aufmerksamkeit auf die Sprache gelenkt wird. Eine Einbeziehung der Eltern als Co-Therapeuten und eine Behandlung in der Gruppe haben sich als günstig erwiesen. In Therapiestudien werden Erfolgsquoten der logopädischen Behandlung von 70-90% angegeben (III). Empirisch am besten abgesichert ist die Effektivität des verhaltenstherapeutisch orientierten Lidcombe-Programms (II). Bei Angaben zu Therapieerfolgen sind aber relativierende Faktoren zu berücksichtigen. Folgende Faktoren sind in die Bewertung eines Therapieverfahrens einzubeziehen:

- Bewertung des Therapieerfolges am Sprechen im Alltag und nicht am Sprechen in einer standardisierten Untersuchungssituation
- Möglichkeit einer Spontanremission (Spontanremissionsraten: Vorschulalter etwa 70%, Schulalter etwa 60%; im Schulalter bei einer länger als 5 Jahre bestehenden Stottersymptomatik etwa 20%)
- Rezidive Monate oder Jahre nach Abschluss der Therapie
- Berücksichtigung von Therapieabbrüchern.

Folgende logopädische Therapieverfahren sind zu nennen:

Systematisierte Sprechübungen

- Veränderung von Tempo, Lautstärke, Stimmeinsatz, Sprachmelodie
- Akzentuiertes, prolongiertes oder rhythmisches Sprechen.

Systematisierte Sprechübungen zeitigen in der Übungssituation schnelle Erfolge. Das Einüben neuer Sprechgewohnheiten bedarf aber eines langen und intensiven Trainings, um in der Alltagssituation wirksam zu werden. Eine hohe Motivation und eine gute Mitarbeit des Kindes/Jugendlichen sind Voraussetzung.

Sprechhilfen

- Sprechbegleitende Gebärden
- Simultan- und Schattensprechen (gleichzeitiges bzw. zeitlich leicht verzögertes Mitsprechen des Therapeuten)
- Taktgeber zur Rhythmisierung des Sprechens
- Maskierung (über Kopfhörer eingespieltes weißes Rauschen verhindert eine akustische Rückkopplung beim Sprechen)
- Zeitlich verzögerte akustische Rückkopplung (mit Hilfe von Sprachverzögerungsgeräten wird die eigene Sprache über Kopfhörer mit einer individuell einstellbaren Verzögerung eingespielt; Lee-Effekt).

Sprechhilfen sind an Geräte oder Hilfspersonen gebunden. Das Sprechen bessert sich oft sehr schnell. Ein Transfer auf Alltagssituationen gelingt allerdings nur schwer.

Redefluss-Modifikations-Ansätze (Fluency Shaping)

Ausgehend von Wörtern und Situationen, die ohne Redeflussunterbrechungen bewältigt werden, wird die Sprechsituation zunehmend schwieriger gestaltet.

Nicht-Vermeidungs-Ansätze (Non Avoidance)

Das Kind soll in die Lage versetzt werden, sein Stottern zu akzeptieren und sich ohne Angst in Sprechsituationen zu begeben.

Therapiebegleitende Maßnahmen

- Übungen zur Symptomwahrnehmung (Spiegel, Tonband, Video)
- Atemübungen
- Übungen zur Körperwahrnehmung.

Entspannungsverfahren

Relaxationsübungen sind bei Kindern/Jugendlichen als ergänzendes Therapieverfahren besonders dann geeignet, wenn ausgeprägte Verkrampfungen der Sprechmuskulatur evtl. mit Übergreifen auf andere Körperregionen beobachtet werden oder wenn sich eine Sprechangst bis hin zu Panikattacken entwickelt hat. Die Übungen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation u.Ä.) können zur Reduzierung des allgemeinen Stressniveaus beitragen. Daneben werden spezielle Übungen zur Entspannung der Sprech- und Atemmuskulatur eingesetzt. Biofeedback-Geräte (Rückmeldung von Hautleitwert, Herzfrequenz, Muskelverspannung o.a.) können ab dem Schulalter Therapieeffekte verstärken.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen

Zielsetzungen

- Verbesserung des Sprechens
- Verminderung von Vermeidungsverhalten
- Abbau sozialer Ängste
- Erhöhung des Selbstwertgefühls.

Folgende Verfahren sind zu nennen:

- Operante Konditionierung mit verbalen oder materiellen Verstärkern
- Willentliches Stottern (bei Kindern weniger geeignet).

Therapie der Sprechangst

- Systematische Desensibilisierung
- Erhöhung der sozialen Kompetenz
- Selbstsicherheitstraining.

Vermittlung in Selbsthilfegruppen

Die Eltern und evtl. auch Erzieher und Lehrer sollten zu einer Beteiligung an Gesprächskreisen bzw. Seminaren der Stotterer-Selbsthilfevereinigungen ermutigt werden. Bei Jugendlichen kann die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen zu einer Verbesserung der sozialen Integration und einer Behandlungsförderung im Sinne einer "Selbsttherapie" beitragen.

Medikamente

Therapieversuche wurden mit Hypnotika und Sedativa, unterschiedlichen Antidepressiva, Neuroleptika (bes. Haloperidol, Tiaprid), Antiepileptika (vor allem Carbamazepin), Antihypertonika (insbesondere Clonidin und Kalziumantagonisten, z.B. Verapamil), Botulismus-Toxin A u.v.a.m. unternommen. In vielen Fällen wurde über eine Reduktion, nicht aber über ein Verschwinden der Symptomatik für die Dauer der Medikation berichtet. Dies gilt insbesondere für Haloperidol, Antidepressiva, Kalziumantagonisten und Tiaprid (III). Positive Effekte sind beim Haloperidol in Doppelblindstudien ausreichend belegt (II). Die Behandlung mit Haloperidol erfordert jedoch eine Langzeitmedikation mit ausreichender Dosierung, sodass Nebenwirkungen häufig beobachtet werden. Nach heutigem Wissensstand kann es bei Kindern und Jugendlichen mit chronischem und schwerem Stottern gerechtfertigt sein, ergänzend zu anderen therapeutischen Interventionen, einen Behandlungsversuch mit nebenwirkungsarmen Medikamenten (z.B. Verapamil, Tiapridex) zu unternehmen. Haloperidol oder Antidepressiva sollten wegen der möglichen Nebenwirkungen nur mit größter Zurückhaltung verordnet werden.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.1.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.1.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Finanzierung der logopädischen, psychotherapeutischen und sonstigen Behandlung erfolgt durch die Krankenkassen. Eine längerfristige Betreuung ist ggf. durch Sozialhilfemaßnahmen zu ermöglichen. Kinder mit einem ausgeprägten Stottern sind nach der Eingliederungshilfe-Verordnung (§ 1 Abs. 6 der VO zu § 47 BSHG) als körperlich wesentlich behindert einzustufen. Es besteht damit Anspruch auf Eingliederungshilfe, z.B. in Form von Intensivkursen oder Sprechübungsgeräten.

Bei ausgeprägtem Stottern ist die Eingliederung in einen Sprachheilkindergarten bzw. eine Sprachheilschule zu

erwägen. Eine adäquate Berufsberatung sollte zeitig genug vor Schulabschluss erfolgen. Berufsberatungsangebote gehören auch zu den Programmen von Selbsthilfvereinen.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Ein Training der "Hemisphärenkoordination" geht von der Annahme unzureichender Dominanzentwicklung aus. Eine derartige pathogenetische Grundvorstellung kann als überholt gelten. Somit entbehren entsprechende Trainingsverfahren (kinesiologische Übungen, Lateraltraining mit Synchro- oder Lateraltrainer) einer wissenschaftlich fundierten Grundlage. Der Nachweis einer Wirksamkeit derartiger Verfahren wurde nicht erbracht.

Eine Hypnosetherapie hat sich hinsichtlich der Redeflussstörung als ineffektiv erwiesen; Gleiches gilt für die Akupunkturbehandlung und Bioresonanz-Therapie.

Psychodynamische Verfahren können zur Therapie begleitender psychischer Störungen indiziert sein. Zur Therapie der Redeflussstörung selbst haben sie sich nicht bewährt.

Literatur

1. Bloodstein O (1995) A Handbook on Stuttering. Singular Publishing Group, San Diego
2. Marcus A, Schmidt MH, Möglichkeiten medikamentöser Behandlung des Stotterns im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1995), 23, 182-194
3. Natke U (2005) Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden, 2. Aufl. Huber, Göttingen
4. Ochsenkühn C, Thiel MM (2005) Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
5. Onslow M, Treatment of Stuttering in Preschool Children. Behaviour Change (2004), 21, 204-214
6. Ratner NB, Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency: implications for treatment. Language, Speech, Hearing Services in School (2004), 35, 46-56
7. Sandrieser P, Schneider P (2003) Stottern im Kindesalter, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
8. Suchodoletz v W (2001) Sprach- und Sprechstörungen. In: Steinhausen HC (Hrsg.) Entwicklungsstörungen, 83-107. Kohlhammer, Stuttgart
9. Ward D (2006) Stuttering and cluttering. Frameworks for understanding and treatment. Psychology Press, Hove

Poltern (F98.6)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Poltern ist eine Redeflussstörung, die durch eine überstürzte und unregelmäßige Sprechweise gekennzeichnet ist und mit einer Beeinträchtigung der Verständlichkeit einhergeht. Die Störung liegt in der gedanklichen Vorbereitung, nicht im Sprechvorgang selbst.

1.2 Leitsymptome

Leitsymptome sind eine hohe Sprechgeschwindigkeit und ein unregelmäßiges, unrhythmisches und stolperndes Sprechen mit Sprechausbrüchen und Pausen, die nicht der Satzstruktur entsprechen. Silben, Wörter und Satzteile werden verschluckt oder verschmolzen. Die Störung ist so ausgeprägt, dass die Sprechverständlichkeit beeinträchtigt ist. In der Schriftsprache finden sich ähnliche Auffälligkeiten wie in der Lautsprache (unregelmäßiges, unleserliches Schriftbild mit Auslassungen und Gedankensprüngen).

Eine Poltersymptomatik ist oft kombiniert mit einer Sprachentwicklungsstörung, Lese-Rechtschreibstörung, motorischen Koordinationschwäche, Aufmerksamkeitsstörung, motorischen Unruhe und Impulsivität.

1.3 Schweregradeinteilung

Keine bekannt.

1.4 Untergruppen

Eine Einteilung in motorisches, rezeptives, paraphrasisches, ideogenes und situationsbedingtes Poltern hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt.

1.5 Ausschlussdiagnose

- Stottern (F98.5)
- Ticstörungen (F95)
- Neurologische Störungen, die zu Störungen des Sprechrhythmus führen
- Zwangsstörungen (F42).

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Beobachtung des Sprechverhaltens des Kindes/Jugendlichen

Da meist kein Störungsbewusstsein besteht, können die Kinder/Jugendlichen selbst über ihre Sprechschwierigkeiten nur unzureichend Auskunft geben.

Die Störung wird insbesondere in der Spontansprache in ungezwungenen Situationen deutlich. Sie bessert sich in Anforderungssituationen und bei bewusster Aufmerksamkeitszuwendung. Neben der Spontansprache sind das Nach- und Reihensprechen (Zahlen, Monate u.Ä.) zu bewerten. Eine Tonbandaufnahme kann die Sprachanalyse erleichtern. Bei Schulkindern ist die Schriftsprache in die Beurteilung einzubeziehen (Lesen, Spontan-, Diktat- und Abschreiben).

Exploration der Eltern

Die Angaben der Eltern sind zutreffender als die der Kinder/Jugendlichen. Meist können sie über Intensität und Variabilität der Störung ausreichend verlässlich berichten.

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Exploration der Eltern hinsichtlich:

- Sprachentwicklung
- Motorische Entwicklung
- Familiäre Belastung
- Zweisprachige Erziehung.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Exploration der Eltern hinsichtlich:

- Sprachentwicklungsstörungen
- Ticstörungen
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Externalisierendes und impulsives Verhalten
- Stottern.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Eltern

- Unsaubere und verwaschene Sprechweise im sprachlichen Umfeld
- Negative Reaktionen des Umfeldes auf die eingeschränkte Verständlichkeit der Sprache des Kindes (Hänseleien, Ablehnung)
- Reaktionen des Kindes bei der Aufforderung zur Wiederholung des Gesprochenen
- Motivation der Eltern zur aktiven Mitarbeit

Orientierende psychometrische Untersuchung

- Intelligenzentwicklung
- Andere Entwicklungsstörungen.

Körperliche Untersuchung

- Kinderneurologische Untersuchung: Zerebralparese?
- Beurteilung der Motorik unter Einbezug der Oralmotorik: dyspraktische Störung?
- Pädaudiologische Diagnostik: Hörminderung? Fehlbildung?

Vorschulische, schulische und therapeutische Förder- und Therapiemöglichkeiten vor Ort

- Logopädie
- Sprachheilkindergarten
- Sonderschule für Kinder mit Sprachstörungen

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Screening-Fragebogen (Daly's Checklist for Possible Cluttering)
- Untersuchung der Artikulationsfähigkeit
- Sprachentwicklungsdiagnostik
- Motometrische Untersuchung (einschl. rhythmisch-motorischer Fähigkeiten)
- (Zumindest orientierende) Intelligenzdiagnostik
- (Zumindest orientierende) Untersuchung der Konzentrationsfähigkeit
- Verhaltensfragebogen, insbesondere zur Erfassung externalisierender und impulsiver Störungen
- Siehe ergänzend Leitlinie "Umschriebene Artikulationsstörung (F80.0)", Kapitel 2.5.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

- Physiologisches Poltern (insbesondere in der Phase des Spracherwerbs)
- Stottern

- Hirnorganische Erkrankung mit Sprechunflüssigkeiten (vor allem infantile Zerebralparese und extrapyramidale Bewegungsstörungen)
- Ticstörungen.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Entfällt.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Überprüfen des Vorliegens der Symptomatik in relevanter Ausprägung, sodass die Verständlichkeit der Sprache eingeschränkt ist
- Beurteilung der Besserung des Sprechens durch Aufmerksamkeitszuwendung.

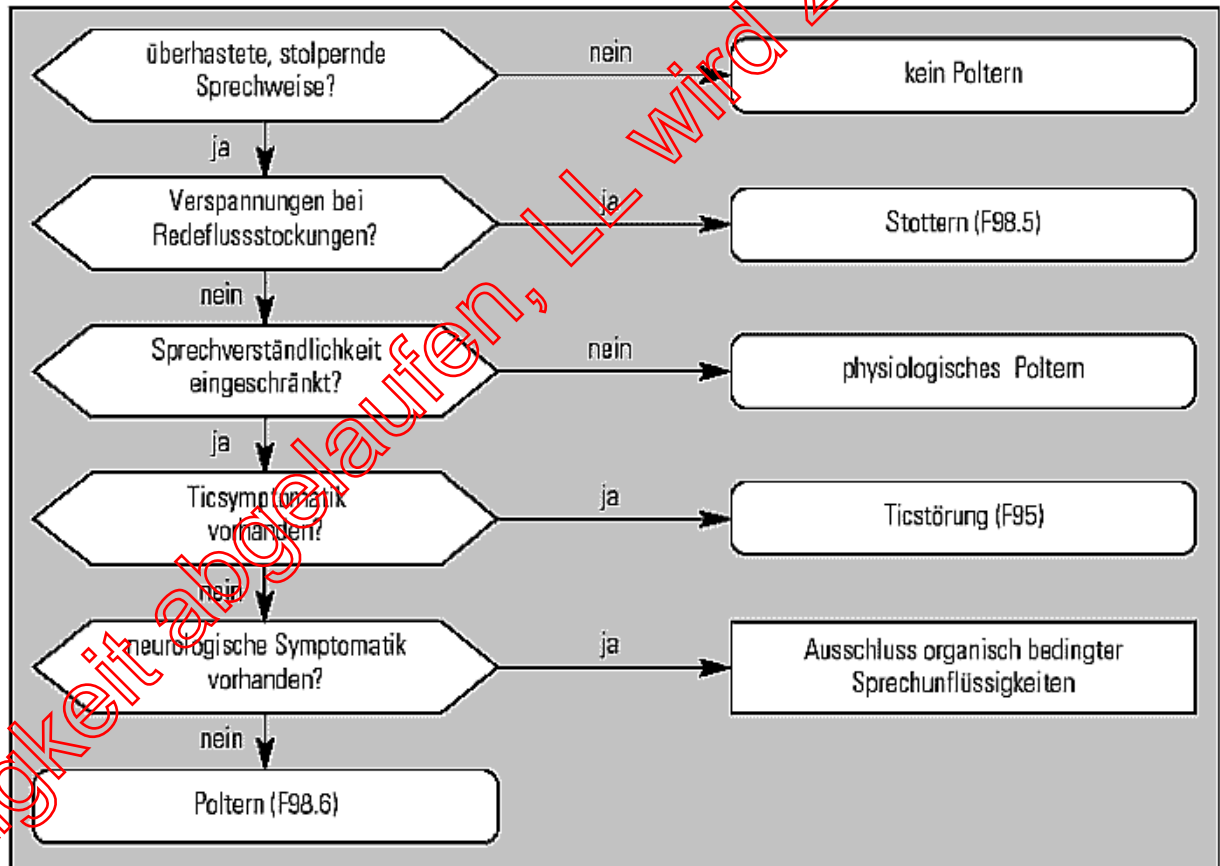
3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

Feststellen umschriebener sprachlicher oder motorischer Entwicklungsstörungen, des Intelligenzniveaus, hirnorganischer Erkrankungen, abnormer psychosozialer Umstände und der psychosozialen Anpassung.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Abbildung 62 und Kapitel 2.6.

Abb. 62: Komorbidität und diagnostischer Entscheidungsbaum bei Poltern



4. Interventionen

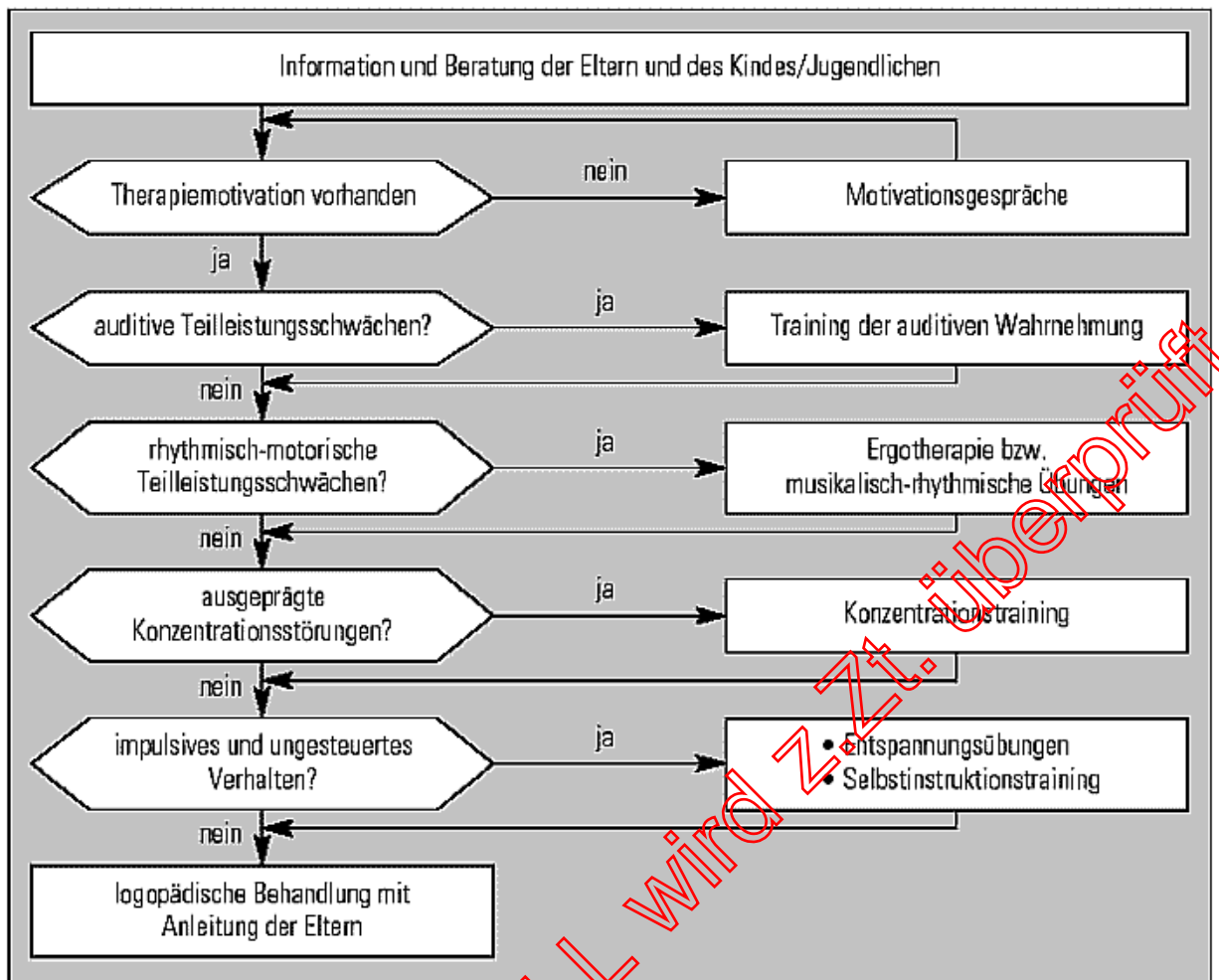
4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Behandlung erfolgt ambulant.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Siehe Abbildung 63.

Abb. 63: Therapeutischer Entscheidungsbaum bei Poltern



4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Voraussetzung für die Behandlung ist eine Therapiemotivation, die wegen des fehlenden Störungsbewusstseins und Leidensdruckes oft nicht gegeben ist. Sie muss ggf. erst aufgebaut werden.

Information und Beratung der Eltern

Die Eltern sind über die vermuteten Ursachen und Gründe für die Aufrechterhaltung der Sprechunflüssigkeit zu informieren. Die Beratung kann folgende Hinweise enthalten:

- Im Umgang mit dem Kind/Jugendlichen klare Sprachvorbilder (saubere Artikulation, langsame Sprechweise, Komplexität der Sprache entsprechend dem Niveau des Kindes)
- Ermutigung des Kindes/Jugendlichen zum Erzählen, dabei Anregung zum langsamen Sprechen mit Sprechpausen
- Positive Rückmeldung und Belohnung beim Bemühen um ein verständliches und sauber artikuliertes Sprechen
- Bei Gesprächen innerhalb der Familie: Unterbrechung des anderen vermeiden, kurze Pause vor jeder Antwort bzw. Bemerkung, klare Strukturierung von Diskussionen.

Information und Beratung des Kindes/Jugendlichen

Diese ist ab dem Schulalter zunehmend möglich. Die Information und Beratung umfassen:

- Vermutungen über die Verursachung und Aufrechterhaltung der Sprechunflüssigkeit
- Anleitung zur Selbstbeobachtung
- Hinlenken der Aufmerksamkeit auf das eigene Sprechen
- Anleitung zur Verlangsamung des Sprechablaufes
- Einführung von kurzen Sprechpausen vor jedem Satz.

Logopädische Behandlung

Sobald eine Therapiemotivation erreicht ist, ist eine logopädische Behandlung fast immer indiziert. Anhand von Bildern und Bildgeschichten werden Sprechübungen (evtl. mit Sprechhilfen wie Metronom u.Ä.) durchgeführt. Eine Rückmeldung über Tonbandaufzeichnungen ist hilfreich. Nach Übungen in der Einzelsituation ist ein Training der Redefähigkeit in der Gruppe empfehlenswert.

Zielsetzungen der logopädischen Behandlung sind:

- Entwicklung einer Symptomwahrnehmung
- Reduzierung des Sprechtempos
- Strukturierung des Satzentwurfes vor Sprechbeginn
- Verbesserung der Artikulationsgenauigkeit.

Therapiebegleitende Maßnahmen

Je nach begleitender Symptomatik sind Teilleistungsschwächen und Verhaltensstörungen in der Therapie zu berücksichtigen. Folgende Therapiemaßnahmen können erforderlich sein:

- Sonderpädagogische Lese- und Rechtschreibübungen
- Musikalisch-rhythmische Übungen
- Konzentrationstraining
- Entspannungsübungen (autogenes Training u.Ä.)
- Selbstinstruktionstraining zur Verminderung impulsiven Verhaltens.

Medikamentöse Behandlung

Behandlungsversuche mit Neuroleptika wurden mehrfach unternommen. Die Effektivität einer Medikation ist bislang nicht belegt.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Entfällt (s. Kap. 4.1).

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Entfällt (s. Kap. 4.1).

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Finanzierung der Behandlung erfolgt in der Regel durch die Krankenkassen. Eine längerfristige Betreuung ist ggf. durch Sozialhilfemaßnahmen sicherzustellen. Kinder mit einem ausgeprägten Poltern sind nach der Eingliederungshilfe-Verordnung (§ 1 Abs. 6 der VO zu § 47 BSHG) als körperlich wesentlich behindert einzustufen. Es besteht damit Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Bei einer erheblichen Beeinträchtigung der Sprechverständlichkeit und einem unzureichenden Ergebnis der ambulanten Behandlung ist die Eingliederung in einen Sprachheilkindergarten bzw. eine Sprachheilschule zu erwägen.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Die theoretischen Grundlagen der Kinesiologie sind wissenschaftlich nicht begründet. Die Effektivität kinesiologischer Übungen ist nicht belegt. Gleiches gilt für Trainingsverfahren zur "Hemisphärenkoordination", z.B. mithilfe von Synchro- oder Lateraltrainern.

Generell ist zu allen unter 4. beschriebenen therapeutischen Schritten bzw. Strategien festzuhalten, dass die wissenschaftliche Bewertung ihrer Wirksamkeit bislang weitgehend auf zusammengetragenem Erfahrungswissen respektierter Experten beruht (V).

Literatur:

1. Lemke-Eidams A (2002) Poltern. In: Gronnfeldt M (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Diagnostik, Prävention und Evaluation, Bd. 3, 222-228. Kohlhammer, Stuttgart
2. Schneider M (2002) Poltern. In: Gronnfeldt M (Hrsg.), Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Beratung, Therapie und Rehabilitation, Bd. 4, 235-241. Kohlhammer, Stuttgart
3. Sick U (2004) Poltern. Theoretische Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Thieme, Stuttgart
4. Suchodoletz v W (2006) Sprach- und Sprechstörungen. In: Steinhausen HC (Hrsg.), Entwicklungsstörungen, 83-107. Kohlhammer, Stuttgart
5. Ward D (2006) Stuttering and cluttering. Frameworks for understanding and treatment. Psychology Press, Hove

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

W. von Suchodoletz, H. Amorosa

Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität
Nußbaumstraße 7
80336 München

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg

Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 05.02.2008; 14:59:39

Gültigkeit abgelaufen, LL WPA/AVM überprüft