

Stottern – was tun?

von Prof. Dr. med. Katrin Neumann*, Bochum

Autorin: Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Ruhr-Universität Bochum
E-Mail: Katrin.Neumann@rub.de

*unter Mitarbeit von Harald A. Euler, Benjamin P. Lange und Sascha Schroeder

Einleitung: Stottern weist eine altersabhängige Prävalenz von bis zu 5 % im Kindesalter und ca. 1 % im Erwachsenenalter auf. Wegen seiner hohen Spontanremissionsrate von 70-80 % neigen Ärzte häufig zum Beschwichtigen und einer Wait-and-see-Strategie im Kindesalter. Diese ist hier allerdings nicht angezeigt, da Stottern häufig zu einem lebenslangen Problem wird und mehrfache Therapien erfordert, vor allem, wenn es über die Pubertät hinaus besteht. Seine Heilungschancen sind im Vorschulalter am höchsten; Komplettheilungen werden fast ausschließlich in diesem Alter erreicht und überwiegen deutlich den Effekt der Spontanremission (Lattermann et al., 2008). Persistiert Stottern hingegen, wirkt es sich nachweislich negativ auf Ausbildung, Beruf, Einkommen und soziale Aktivitäten aus. Da in Deutschland häufig Behandlungsabstinenz besteht bzw. Therapien wenig effektiv erscheinen, da andererseits Ärzte Stotternde den effektivsten Therapien zuführen sollten, wurde eine retrospektive Patientenbefragung zur Effektivität in Deutschland angewandeter Therapien durchgeführt (Euler et al., Manuskript in Begutachtung).

Methode: Fünf der in Deutschland gebräuchlichsten Stottertherapien (231 Behandlungsfälle von 88 Betroffenen; durchschnittlich 2.95 Therapien pro Person) wurden bezüglich ihrer Effektivität durch einen strukturierten Fragebogen evaluiert. Die als effektiv für das frühe Kindesalter nachgewiesene Lidcombe-Therapie konnte wegen ihrer Neuheit nicht einbezogen werden.

Ergebnisse: Zwei Stottertherapien (Stottermodifikations- und Fluency shaping-Verfahren) erhielten gute und drei Behandlungen (Atemtherapie, Hypnose und „unspezifische“ logopädische Therapien) unbefriedigende Effektivitätsratings. Die Bewertungen von Stottermodifikation und Fluency shaping unterschieden sich nicht signifikant, aber die Wahrscheinlichkeit, nach einer Stottermodifikationstherapie eine andere oder noch einmal dieselbe Therapie durchzuführen, war signifikant höher als die Wahrscheinlichkeit, eine solche nach einer Fluency shaping-Therapie durchzuführen, die am wahrscheinlichsten die einzige oder letzte Therapie war. Die drei anderen Therapien waren gleich ineffektiv. Die Unterschiede zwischen den effektiven und den ineffektiven Therapien zeigten große Effektstärken. Intensiv- Therapien oder Intervallbehandlungen waren wirksamer als extensive Behandlungen, Gruppenbehandlungen wirksamer als Einzeltherapien.

Diskussion: Die Ergebnisse der retrospektiven Patientenbefragung stimmen mit denen der internationalen Literatur überein, der zufolge Fluency shaping-Techniken effektiv in der Reduktion von Sprechunflüssigkeiten und Stottermodifikationsansätze wirksam im Abbau der Belastung durch das Stottern sind (Bothe et al., 2006; Herder et al., 2006; Prasse &

Kinkano, 2008). Auch wenn beide Therapien sich in ihren Zielen unterscheiden, können Stotternde offenbar die spezifischen Effektivitätskriterien adäquat bewerten.

Eine typische Therapiekarriere beginnt in der Kindheit mit einer unspezifischen logopädischen Therapie, meist als extensive Einzeltherapie. Dies ist umso bedauerlicher, da dies in der Phase geschieht, in der Stottern am ehesten heilbar ist.

Fazit: Die derzeit in Deutschland am häufigsten verschriebenen Stottertherapien, insbesondere für Kinder, nämlich logopädische Einzeltherapien einmal wöchentlich, können nicht empfohlen werden. Häufig bestehen sie aus einem intuitiv zusammengestellten Paket von Komponenten, die aber in dieser Applikationsform nicht ausreichend effektiv sind. Stattdessen sollten evidenzbasierte Therapien wie Fluency shaping- oder Stottermodifikationsverfahren manualgetreu, möglichst in Intensiv- und Gruppentherapien durchgeführt werden. Eine Frühtherapie des Stotterns (Alter 3-5 Jahre), möglichst nach dem australischen Lidcombe-Programm (Lattermann et al., 2008), ist unbedingt anzustreben, da sie die besten Heilungschancen hat.

Literatur:

Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology, 15*, 321–341.

Euler, H. A., Lange, B. P., Schroeder, S., & Neumann, K. The effectiveness of stuttering therapies in Germany. Manuscript under review in the *Journal of Fluency Disorders*.

Herder, C. L., Howard, C., Nye, C., & Vanryckeghem, M. (2006). Effectiveness of behavioral stuttering treatment: A systematic review and meta-analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders, 33*, 61–73.

Lattermann, C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders, 33*, 52-65.

Prasse, J. E., & Kinkano, G. E. (2008). Stuttering: An overview. *American Family Physician, 77*, 1271–1276.