**Jürg Kollbrunner**

# Funktionelle Dysphonien bei Kindern
## Ein psycho- und familiendynamischer Therapieansatz

Mit einer Einführung in die PFAD-Elternarbeit
(Psycho- und familiendynamische Diagnostik und Beratung)

„Björns Stimme ist harmonischer geworden: Die Ecken und Kanten haben sich in die Worte verschoben.“

(Mutter eines 11-jährigen Jungen, ein halbes Jahr nach Erstabklärung wegen Heiserkeit und nach drei zusätzlichen Elterngesprächen)

**Jürg Kollbrunner**

# Funktionelle Dysphonien bei Kindern

## Ein psycho- und familiendynamischer Therapieansatz

Mit einer Einführung in die PFAD-Elternarbeit
(Psycho- und familiendynamische Diagnostik und Beratung)

Das Gesundheitsforum
Schulz-Kirchner Verlag

**Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Die Informationen in diesem Buch sind von dem Verfasser und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Verfassers bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2006
ISBN 978-3-8248-0310-1
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2006
Umschlagentwurf: Petra Jeck
Titelbild: www.photocase.com
Fachlektorat: Prof. Dr. Jürgen Tesak
Lektorat: Doris Zimmermann
Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz
Printed in Germany

## Inhalt


**Vorwort und Dank** **9**
**Einleitung** **11**

**I Analyse der diagnostisch-therapeutischen Situation** **15**

**1 Das Problem mit der kindlichen Dysphonie** **17**
1.1 Verwirrende Behandlung der Frage nach der Häufigkeit des Phänomens 17
1.2 Erscheinungsformen und Auswirkungen 23
1.3 Die Verführung durch vordergründige Bedeutungs-Fantasien 27

**2 Die Suche nach den Ursachen** **31**
2.1 Somatische Erklärungsversuche 31
2.2 Psychosoziale Erklärungsversuche 33
2.3 Der Missbrauch des Begriffs „Stimmmissbrauch“ 39

**3 Therapeutische Konzepte und ihre Wirren** **45**
3.1 Spontanheilung abwarten 45
3.2 Stimmschonung verordnen 46
3.3 Elternberatung und deren Tücken 47
3.4 Vom Stimmtraining über die Übungstherapie zur Verhaltenstherapie 50
3.5 Mäßige Therapieerfolge 52
3.6 Prävention als Ausweg? 54

**4 Moderne Therapien: Anerkennung … und ein Unbehagen** **57**

**5 Der Siphon-Effekt** **74**
5.1 Das Bild des Siphons 75
5.2 Ursachen des Siphon-Effekts 78

**II Vertiefung des Verständnisses der kindlichen Dysphonie 87**

**6 Die Bedeutung der frühesten Kindheit 89**
6.1 Annäherungen an die Wirklichkeit des Säuglings 93
6.2 Affektausdruck ist mehr als nur ein Abbild 95
6.3 Akustische Reize im Zentrum der frühen Wahrnehmung 98
6.4 Der Geburtsschrei und die Weisheit alter Deutungen 101
6.5 Die Funktion des Schreiens und die Stimmentwicklung 103

**7 Das Wunder des vorsprachlichen Dialogs 106**
7.1 Die Stellung des menschlichen Säuglings unter den Primaten 106
7.2 Kontingenz als Grundlage des Dialogs 107
7.3 Schimpansen, Rhesus-Affen und Ratten 109
7.4 Das Stillen, eine geheimnisvolle Bindungskraft 112
7.5 Der blühende Garten des vorsprachlichen Austauschs 115
7.6 Bindung und Erkundung 121

**8 Die unauffälligen Verletzungen kleiner Kinder 125**
8.1 Was alles schief gehen kann 126
8.2 Die versteckte Macht der unbewussten Affektmanipulation … 130
8.3 … und der Interpretation von Stimmungen 132
8.4 Fehlerfreundlichkeit durch Überdeterminiertheit und Korrektur 133
8.5 Wenn aber Korrekturen nicht möglich sind oder nicht gelingen? 135

**9 Neue Befunde zur Psycho- und Familiendynamik bei kindlichen Dysphonien 137**
9.1 Hauptbefunde: Psychosoziale Unterschiede zur Kontrollgruppe 142
9.2 Vergleich der Hintergründe kindlicher Dysphonien mit denen von Sprach- und Sprechstörungen 145
9.3 Der Mythos von der lärmigen Umgebung 146
9.4 Der Mythos von der einheitlichen Psycho- und Familiendynamik 147

**10 Die Ursachen der kindlichen Stimmstörung 152**
10.1 Früheste psychosoziale Wurzeln 153
10.2 Eine Auflehnung gegen Selbstentfremdung 155

10.3 Die kindliche Dysphonie als Individuationsstörung 161
10.4 Zehn Beispiele zur Illustration 163

**III Alternativen therapeutischen Handelns 171**

**11 Therapeutische Schlussfolgerungen 173**
11.1 Respekt gegenüber dem Symptom 173
11.2 Familientherapie und Systemtherapie als Möglichkeiten … und warum sie nicht die Methoden der Wahl sein können 175
11.3 Modelle der logopädischen Elternarbeit und ihre Grenzen 181

**12 PFAD: eine neue Form der Elternarbeit 186**
12.1 Beratung oder Therapie? 186
12.2 Das psychodynamische Element: Stufen der Auseinandersetzung mit der Tiefenpsychologie 190
12.3 Das familiendynamische Element: Die Mehrgenerationen-Sichtweise 193
12.4 Das „4-3-2-1-Schema“ 199

**13 Elemente der PFAD-Elternarbeit 210**
13.1 Die Vorteile von Gesprächen mit beiden Eltern 211
13.2 Struktur von Elterngesprächen 211
13.3 Selektion der Gesprächsthemen 214
13.4 Gesprächsleitung 216
13.5 Heikle Situationen im Gespräch mit den Eltern 217
13.6 Grenzen der Hilfsmöglichkeit, Grenzen der Veränderbarkeit 223
13.7 Anspruch und Bescheidenheit 224
13.8 Anforderungen an die Berater(innen) und Therapeut(inn)en 227

**14 Berner Modell (I): Das Vorgehen 229**
14.1 Das Konzept und seine Entwicklungen 230
14.2 Die Thematisierung der Familiendynamik in der Diagnostik 233

**15 Berner Modell (II): Die bisherigen Erfahrungen 236**
15.1 Basisdaten 236

15.2 Erfahrungen aus den Elterngesprächen 238
15.3 Zur integrierten logopädischen Kurztherapie mit dem Kind 255
15.4 Verlaufsbefragung 1 Jahr nach der Erstdiagnostik 256

**16 Berner Modell (III): Kritik, Probleme und Argumente 259**
16.1 Eine unerlaubte Einmischung? 259
16.2 Ökonomisch nicht zu rechtfertigen? 269
16.3 Zwei Arten von Fehlern 270
16.4 Beschuldigung der Eltern? 271
16.5 Wissenschaftlich nicht fundiert? 272
16.6 Überforderung der Therapeut(inn)en? 275

**17 Erweiternde Parallelen 281**

**18 Grenzüberschreitende Prävention 288**
18.1 Die Desymbolisierung von Sprache 292
18.2 Konstruktivistische Denkkreise 297
18.3 Die Wiedererweckung des Schamgefühls als soziale Aufgabe 299

**Anhang 303**

**Tabellen und Abbildungen 308**

**Literaturverzeichnis 309**

## Vorwort und Dank

Seit sechs Jahren begehen wir – das Phoniatrie-Team der Universitäts-HNO-Klinik des Inselspitals Bern – neue Wege in der Behandlung der funktionellen kindlichen Stimmstörungen. Unter der Leitung von PD Dr. med. Eberhard Seifert haben wir ein psychosomatisches Diagnose- und Therapiekonzept für diese früher allgemein vernachlässigten, heute aber stärker beachteten kindlichen Störungen entwickelt, das wir ab dem Winter 2003 einem breiteren Fachpublikum vorstellten. Mit den ersten Reaktionen auf unseren Ansatz begann mein Bedürfnis zu wachsen, unser Konzept theoretisch genauer zu überprüfen, unsere bisherigen Erfahrungen mit dem sich stets weiterentwickelnden Konzept aufzuarbeiten und in Form eines Buches zur Diskussion zu stellen. Bald zeigte sich aber, dass eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit den existierenden Behandlungskonzepten zur kindlichen Dysphonie auf der Basis von Theorien zur Dysphonie bei Erwachsenen erfolgen müsste, allein schon deshalb, weil entscheidende spezifische Begriffe (zum Beispiel jene des „Funktionellen") im Zusammenhang mit Stimmstörungen bei Erwachsenen definiert worden sind. Deshalb entstand zuerst der „Zwilling" des vorliegenden Buches mit dem Titel „Funktionelle Dysphonien bei Erwachsenen". Dieses „zweibändige" Vorgehen eröffnet nun die Freiheit, bei einigen grundsätzlichen Fragen auf den Erwachsenenband hinzuweisen, sonst aber den vorliegenden Band ganz den Kindern mit funktioneller Stimmstörung und deren Eltern zu widmen.

Zum Verständnis des Besonderen des Berner Modells für die Diagnostik und Therapie der kindlichen Dysphonie ist es notwendig, im Analyse-Teil des Buches die Literatur zu den existierenden Diagnose- und Therapiekonzepten kritisch zu betrachten und zu diskutieren. Leser und Leserinnen, welche nicht auf solche Kritik angewiesen sind, können jedoch problemlos nach den beiden ersten einführenden Kapiteln den Rest des Analyse-Teils (Kap. 3-5) überspringen und gleich im zweiten Teil (Kap. 6, ev. 10) oder sogar direkt im therapeutischen Teil (ab Kap. 11) weiterlesen.

Die Entwicklung eines Konzeptes zur Diagnostik und Therapie kindlicher Stimmstörungen war ein Abenteuer, das nur im Team gelingen konnte. Herzlich danke ich allen meinen Kolleginnen und Kollegen, welche durch ihre engagierte Arbeit mit den stimmgestörten Kindern, in vielen gemeinsamen Stunden mit deren Eltern und in spannenden Diskussionen unter uns dieses Buch ermöglicht haben: Dem Leiter der Phoniatrischen Station, PD Dr. med. Eberhard Seifert, der Phoniaterin Dr. med. Ulrike Bruns, den Diplom-Logopädinnen Luzia Blaser, Sandra Fritschi, Marion Huber Wüthrich, Anne-Dorine Menet, Isabelle Schaller Gilg und dem Diplom-Logopäden Alexander Zimmermann.

Der Leitung des Schulz-Kirchner Verlags, ganz besonders der Lektoratsleiterin, Frau Doris Zimmermann, und dem Fachlektor für Logopädie, Prof. Dr. Jürgen Tesak, danke ich für die hervorragende Unterstützung, das mir entgegengebrachte Vertrauen und den Mut, gleich zwei aufmüpfige Bücher zu produzieren und herauszugeben.

Jürg Kollbrunner, im Juli 2006

## Einleitung

Kindliche Stimmstörungen sind ein sonderbares Phänomen. Sie scheinen extrem weit verbreitet zu sein: Schulze[1] nennt mit Berufung auf fünf Autoren eine Morbidität (Krankheitshäufigkeit in der Population) bei 3- bis 10-Jährigen von 20-30%. Also etwa jedes vierte Kind wäre davon betroffen. Unglaublich. Da müssten doch die phoniatrischen Abteilungen von Krankenhäusern überrannt werden und die Ausbildungsstätten von Logopäd(inn)en und Sprachheilpädagog(inn)en sollten dringend ihre Kapazitäten erweitern. Aber die phoniatrischen Abteilungen werden nicht von besorgten Eltern stimmgestörter Kinder überrannt und viele frei praktizierende Logopäd(inn)en und Sprachheilpädagog(inn)en behandeln gar keine Kinder mit Stimmstörungen. Wie ist das zu erklären?

Liegt die Antwort in der Tatsache, dass kindliche Stimmstörungen „generell als schwer therapierbar“ gelten?[2] Dann müssten aber die Eltern betroffener Kinder vehement darauf drängen, dass endlich geeignete Therapiemethoden entwickelt werden. Doch sie drängen nicht, im Gegenteil: Vielen Eltern fällt es gar nicht (mehr) auf, wenn eines ihrer Kinder seit längerer oder langer Zeit heiser ist. Und viele heisere Kinder leiden nicht unter ihrer Heiserkeit. Vielleicht ahnen die meisten Eltern auch, dass fast alle kindlichen Stimmstörungen ungefährliche Symptome und deshalb nicht unbedingt behandlungsbedürftig sind[3]. Zudem weisen einige Fachleute darauf hin, dass sich die Mehrzahl der kindlichen Stimmstörungen auch ohne therapeutische Maßnahmen über kurz oder lang wieder bessert[4], spätestens beim Stimmwechsel in der Pubertät, auch wenn sich bereits sekundäre Veränderungen an den Stimmlippen („Schreiknötchen“) gebildet haben … obschon das nicht unbedingt stimmt:

> „Entgegen der noch verbreitet existierenden ärztlichen Argumentation ist zu beobachten, dass sich organische Befunde nicht von allein in der Pubertät zurückbilden und die habituelle Komponente eines jahrelangen Stimmmissbrauchs bestehen bleibt.“[5]

Besteht deshalb doch Handlungsbedarf? Sollten die Eltern mit heiseren Kindern aufgeklärt und aufgerufen werden, ihr Kind rechtzeitig abklären und therapieren zu lassen? Aber können Kinder, vor allem kleine Kinder und jene, welche sich durch ihre heisere Stimme gar nicht gestört fühlen, die Motivation für irgendeine Therapie aufbringen? Verordnete Stimmruhe, wie etwa bei den Erwachsenen angewendet, kommt für Kinder ja wohl nicht in Frage[6]. Viele chronisch heisere Kinder schreien viel; ihre laute Stimme ist ihnen ein hilfreiches Instrument zum Beispiel in der Rolle als „Anführer" einer lauten Kinderschar. Sollte man diesen Kindern einfach abgewöhnen, sich stimmlich stark auszudrücken? Oder – in einem positiven Ansatz – den Kindern ökonomische Atem- und Stimmgebungstechniken spielerisch beibringen, ihnen zeigen, wie sie sich mit anderen Mitteln als nur mit starkem stimmlichen Ausdruck auch verständigen und durchsetzen können? Funktionieren diese „sanften Mittel" aber auch auf dem Fußballplatz? Die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen bei kindlichen Dysphonien ist im Gegensatz zur Therapie bei Erwachsenen umstritten[7]. Deshalb müsste man vermutlich eher die Eltern anweisen, starken stimmlichen Ausdruck ihres Kindes zu unterbinden und ihre eigene Stimme im Zaum zu halten, um ein besseres Stimmvorbild abzugeben. Aber die Eltern benutzen ihre Stimme doch so, wie sie das seit Jahren oder Jahrzehnten getan haben. Können sie ihren stimmlichen Ausdruck einfach so verändern? Und was würden sie dabei verlieren? Ihre Spontaneität? Zudem haben die meisten Eltern mit lauten Kindern bereits unzählige Male versucht, auf die Lautstärke ihrer Kinder einzuwirken (eher grob: „Schrei nicht so laut!" oder sanft: „Ginge es auch ein bisschen leiser?"), aber meist mit wenig Erfolg. Dann gibt es noch die Kinder, die unter Spielkameraden Mitläufer und nicht Anführer sind. Sie schreien selten, sprechen kaum je laut und trotzdem sind sie heiser. Wie ist das zu verstehen?

Der Verdacht, dass es sich bei der kindlichen Dysphonie um ein Symptom eines hintergründigen psychosozialen Konflikts handelt, hegen Fachleute seit Jahrzehnten. Aber diese ätiologische Spur scheint die Theoriebildung und therapeutische Praxis noch kaum beeinflusst zu haben. Zwar wurden in den letzten Jahren im deutschen Sprachraum vielversprechende neue Therapiekonzepte präsentiert (Nienkerke-Springer 2000, Schulze 2002, Hermann-Röttgen 2002, Beushausen und Haug 2003, Spital 2004, Brohammer und

Kämpfer 2004), alles Konzepte, die auf multikausalen Ursachen- und multimodalen Therapiemodellen aufgebaut sind und auch psychologische und systemische Aspekte der kindlichen Dysphonie berücksichtigen. Doch sie bleiben alle seltsamerweise immer noch stark den beiden alten, engen Zielen verhaftet: Korrektur des kindlichen Stimmausdrucks und „Umerziehung" der Eltern zu guten Stimmvorbildern.

Welche Therapie chronisch heisere Kinder brauchen und ob sie überhaupt eine benötigen, ist eine Frage, die sich erst aus der Kenntnis der Bedeutung chronischer Heiserkeit bei Kindern beantworten lässt. Zweifellos sind heisere Kinderstimmen „unphysiologisch", wie die Ärzte sagen. Sie sind Zeichen irgendeines Ungleichgewichts im Kind. Was ist das Wesen dieses Ungleichgewichts? Es wäre nahe liegend, dann, wenn Eltern bezüglich der Stimme eines ihrer Kinder beunruhigt sind oder wenn Fachleute zu einer Stimmabklärung raten, zunächst mal nachzufragen, nachzuschauen, nachzuhören, wie es dem Kind im Ganzen geht, wie es sich fühlt – allein, in der Familie, im Kindergarten – und in welche Art von Familie es eingebettet erscheint. Auf welche psychosozialen Spannungen reagiert das Kind mit einer Stimmstörung? Viel wahrscheinlicher, als dass das Kind etwas falsch macht, das korrigiert werden müsste, hat sich das Kind nämlich eine Stimmgebung angeeignet, die ihm in der Familie und in anderen sozialen Situationen bestimmte Vorteile gewährt (auf die es sonst verzichten müsste) oder die ihm bestimmte Nachteile erspart. Das Verstehen dieses Hintergrunds der kindlichen Stimmstörung müsste der Ausgangspunkt therapeutischer Vorschläge sein. Solches Verstehen erfordert natürlich ein gewisses Maß an persönlichkeits- und familiendynamischer Diagnostik. Und die ist sogar dann gefragt, wenn sich bei der Stimmabklärung herausstellen sollte, dass das Kind gar keine Stimmstörung hat. Was hat es dann? Was steht hinter der Beunruhigung der Eltern oder Erzieher?

Die Dringlichkeit eines psychodynamisch-familientherapeutischen Blickes des Diagnostikers wird offensichtlich, wenn sich das Kind durch die Stimmstörung stark gestört fühlt (was selten ist und eher indirekt durch Ermahnungen der Eltern, z.B. leiser zu sein, entsteht) oder wenn sich die Eltern durch das Schreien des Kindes sehr gestört fühlen, es manchmal fast nicht mehr aushalten können; wenn das Kind ihren Zorn provoziert. Was läuft da in der Familie ab? Wozu dient das stimmliche Seilziehen zwischen Kind und

Eltern (oder einem Elternteil)? Wenn die Abklärung kindlicher Dysphonien auf solchen Fragen aufgebaut wird, entstehen andere therapeutische Vorschläge als jene, die aus der Sicht des zu korrigierenden Stimmmissbrauchs des Kindes üblich sind.

Rahm bezeichnet die psychosomatische Sichtweise bei kindlichen funktionellen Störungen allgemein als Chance, während Beushausen sie speziell bei stimmgestörten Kindern als Chance sieht:

> „Es ist sinnvoll, Auffälligkeiten als Botschaft zu sehen, als Anfrage an Veränderungsmöglichkeiten. Die Botschaft kann Aussagen über das Kind enthalten (zum Beispiel ‚ich bin in Not' ...) und sie kann an bestimmte Menschen gerichtet sein. Oft lohnt es, die Frage zu stellen, welche Wege eine solche Botschaft geht, ob und wie sie ankommt. Wenn wir Auffälligkeiten in der beschriebenen Weise verstehen, so wird deutlich, daß sie immer auch eine Chance enthalten: Die Botschaft kann gehört werden, die Anfrage kann angenommen werden, Veränderungspotential kann aktiviert werden. Pathologische Entwicklungen können entstehen, wenn die Anfrage unbeantwortet bleibt, wenn die Auffälligkeiten die Entwicklung immer mehr einengen, wenn sie zu Weichenstellungen führen."[8]

> „Der gestörte Stimmklang eines Kindes ist eine Chance. Es gilt, genau hinzuhören und herauszufinden, was das Kind sagen will."[9]

1 Schulze 2002, 11
2 Böhme in Beushausen 2003, V; Beushausen 2003, 64
3 Hermann-Röttgen 2002, 7
4 Schultz-Coulon 1976, 2203
5 Powell et al. 1989 zit. Spital 2003, VI
6 Toohill 1975, 595
7 Luise Springer und Dietlinde Schrey-Dern inSpital 2004, V; Motsch in Nienkerke-Springer 2000, 7
8 Rahm 1997, 76
9 Beushausen 2003, 71