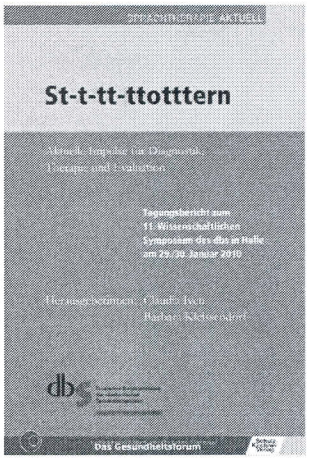

St-t-tt-ttotttern

Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation

Tagungsbericht zum 11. Wissenschaftlichen Symposium des dbs in Halle am 29./30. Januar 2010

Herausgeber: Claudia Iven, Barbara Kleissendorf
Verlag: Schulz-Kirchner Verlag
ISBN: 978-38248-0792-5
Preis: EUR 22,-

Autorin der Rezension: Heidi Ingendsand

Bei diesem schmalen Band handelt es sich um die Zusammenfassungen der Fachvorträge und die Protokolle der anschließenden Gespräche des Symposiums. Der erste Teil der Tagung stand unter dem Thema: **Stottern im Spiegel der ICF: ein Update**

Prof. Dr. Helge S. Johannsen sprach über ein **idiografisches Ursachen-, Diagnose- und Therapiekonzept zum Stottern und Einordnung aktueller Forschungsergebnisse aus verschiedenen Fachdisziplinen.**
Er legte ausführlich dar, dass Stottern in den ätiologischen Bedingungen und in seinem Erscheinungsbild viele Facetten hat, mit der Folgerung, dass es sich um ein Oberflächenphänomen handelt, das eine umfangreiche Diagnostik erfordert, aus der sich therapeutische Handlungsschritte ableiten.

MRes Susanne Cook sprach über **ICF-basierte Diagnostik in der Stottertherapie – Methoden zur Evaluation psychosozialer Belastungen und deren Einfluss auf die Therapieplanung.** Vor Einführung der ICF (International Classification of Function, Disability and Health) wurden in erster Linie offene Merkmale des Stotterns erfasst.
SSI-4 Riley 2009 beurteilt Häufigkeit und Dauer der Symptome und motorisches Begleitverhalten, die AAUS ermittelt den prozentualen Anteil gestotterter Silben, die Sprechgeschwindigkeit in Silben pro Minute und die Durchschnittsdauer der drei längsten Symptome und beurteilt Kern- und Begleitsymptome, nonverbale Auffälligkeiten und den Einsatz von Blocklöse- und Sprechtechniken.
Verdeckte Merkmale des Stotterns wurden bisher durch verschiedene Fragebögen ermittelt. Susanne Cook stellt in ihrem Vortrag einen eigenen „Fragebogen zum Sprechen" vor, der positive und negative Aspekte des Erlebens von flüssigem und unflüssigem Sprechen in unterschiedlichen Kontexten erfasst. Zusätzlich können mit einem solchen Fragebogen Stottertherapien evaluiert werden.

Dr. Bernd Hansens Vortrag hatte das Thema: **ICF-basierte Therapiegestaltung mit stotternden Menschen: Partizipation statt Funktion?** Die ICF lenkt mit ihrer bio-psycho-sozialen Sichtweise den Blick auf die Kommunikations- und Interaktionsprozesse und das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden des stotternden Menschen. Wenn wir auf der Basis dieser Sichtweise therapeutisch arbeiten, müssen wir die Ziele über das Funktionale hinaus erweitern. Die persönlichen Ziele eines stotternden Menschen sollten die Planung maßgeblich bestimmen. Ein Zuwachs an Partizipation und Lebensqualität kann bei verschiedenen stotternden Menschen durch unterschiedliche Veränderungen bewirkt werden. Die Therapie ist an den Kunden anzupassen. Ziele müssen sowohl in sprachlich-kommunikativer als auch in person- und teilhabeorientierter Hinsicht formuliert werden.

Daran schließt sich der Vortrag von Prof. Dr. Claudia Iven: **Therapie-Erfolg und Therapieforschung: ein kleiner Rück- und Ausblick.** Sie vertritt die Auffassung: Therapieerfolg kann nicht allein an der Qualität und Quantität der offen erkennbaren Symptomatik gemessen werden. Forschungsergebnisse der letzten Jahre beziehen sich vor allem auf Ursachen und Befunde im Moment des Stotterns und die Erkenntnisse basieren in erster Linie auf Untersuchungen an erwachsenen Stotternden und lassen keine eindeutigen Schlüsse auf die Therapie zu, da sie nicht auf die Gesamtpopulation stotternder Menschen umgelegt werden können.
Frau Iven präsentierte folgende Kriterien für den Therapie-Erfolg: Die Therapie muss dem medizinisch-therapeutischen Stand des Wissens entsprechen und Verfahren korrekt anwenden. Durch Klientenbewertung kann die interpersonelle Qualität der Therapie (Beziehung, Art der Betreuung usw.) erfasst werden. Mehrere Studien zeigten, dass es für Klienten wichtiger ist, ob eine Therapie angenehm, alltagsrelevant, umsetzbar und subjektiv zielführend war, als dass objektivierbare Verbesserungsparameter erreicht wurden. Sie entscheiden nicht nur nach Funktionsverbesserung, sondern anhand der gemeinsam abgestimmten Zielerreichung und der im Alltag konkret bemerkbaren Verbesserung von Partizipation und Lebensqualität. Für die Evaluation von Stottertherapien könnten die Symptomreduzierung und die Schweregrad-Verringerung bedeutsam sein. Beide sind objektiv messbar; die Messungen erfassen aber nicht die subjektive Belastung, verdeckte Symptome oder Flucht- oder Vermeidetendenzen und Alltagsauswirkungen. Es müssen also Kriterien hinzukommen wie Reduzierung von Sprech- oder Kommu-

nikationsängsten, Abbau von Selbstabwertungen und negativen Emotionen/Kognitionen, Zugewinn an Sprechsicherheit und Handlungsoptionen im konkreten Alltag, Aufbau von hilfreichen und Abbau von hinderlichen Umweltfaktoren.
Iven fordert, dass wir uns mit weiteren Fragen beschäftigen, um uns einer „best practise" für den einzelnen stotternden Menschen zu nähern.

Der zweite Teil des Symposiums stand unter der Überschrift: **Aus der Praxis für die Praxis: Stottertherapie konkret**

Die ersten Vortragenden, Holger Prüß und Kirsten Richardt sprachen über **Patientenorientierte Vorgehensweise in der Therapie des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter.** Sie benannten zunächst zentrale Therapiebausteine in der Therapie jugendlicher und erwachsener Stotternder:

- Diagnostik/Therapieeinstimmung mit Untersuchung der Symptomatik inklusive Scham, Angst, Vermeidung und Information und Motivation des Patienten.
- Identifikation – besonders wichtig bei ausgeprägter Sekundärsymptomatik, da nur bewusst wahrgenommene Teile veränderbar sind.
- Abbau sprachlichen Vermeideverhaltens, da dieses Angst und Scham aufrecht erhält.
- Offenheit und Angstabbau: Stottern zeigen – nicht vermeiden in Familie und Freundeskreis, am Telefon und bei Fremden, in Schule, Ausbildung und Beruf – mit wichtigen Sozialpartnern über die eigene Stotterproblematik und die Therapie sprechen. Stotternde werden angeregt, einen Vortrag über ihre Stotterproblematik vor Ausbildungs- bzw. BerufskollegInnen zu halten. Angstbesetzte Situationen werden gezielt vorbereitet und dann so oft durchlaufen, bis sich die Angst deutlich reduziert hat.
- Vorzeitige Symptomwahrnehmung trainieren, da dann Modifikationstechniken schon prophylaktisch eingesetzt werden können.
- Modifikationstechniken zur Bearbeitung des einzelnen Stotterereignisses ohne die flüssigen Anteile zu beeinflussen. „Stotterkontrolle" basiert auf leisem, weichem Stimmeinsatz, hat sich als leicht erlernbar und sehr sicher erwiesen.
- Fluency Shaping – Veränderung des gesamten Sprechens, um das Auftreten von Stotterereignissen seltener zu machen. Daher besonders bei häufigem Stottern, wenn das fortwährende Bearbeiten von Stottersymptomen zu müh sam und wenig alltagstauglich ist. Dabei wird das Sprechen zunächst sehr deutlich verändert und dann stufenweise wieder dem natürlichen Sprechen angenähert. Nach den Erfahrungen der Bonner Therapie können Patienten sich zwischen den Verfahren entscheiden aber auch erfolgreich Kombinationen aus Sprechmusterveränderung und Stotter modifikation anwenden. Je nach Situation, Kommunikationspartner, persönlichem Empfinden etc. kann zwischen den Techniken gewählt und gewechselt werden.
- Transferunterstützung (immer) muss umfassend und individuell sein.
- Rückfallprophylaxe (immer)

Dem Buch liegen sehr überzeugende Patientenbeispiele auf DVD bei.

Ingeborg Mayer & Georg Thum sprachen über **die Werkzeugkiste: individuelle Therapiemethoden und –prozesse mit stotternden Kindern**
Therapie mit Kindern zwischen 7 und 15 Jahren umfasst in Bezug auf die ICF die Beeinflussung der Sprechflüssigkeit, Förderung der Aktivitäten und der Teilhabe am Leben, Umfeldarbeit und Bearbeitung der Reaktionen auf das Stottern.
Sprechflüssigkeit wird in steigenden Sprechleistungsstufen mithilfe der Werkzeugkiste trainiert. Die Anwendung erfolgt in verschiedenen Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Therapieraumes, womit Handlungsspielraum und Partizipation erhöht und Ängste abgebaut werden. Dazu kommt die Bearbeitung kognitiver und emotionaler Reaktionen auf das Stottern, die Steigerung des Selbstbewusstseins und die Bearbeitung von Copingstrategien. Zusätzlich wird offener Umgang mit dem Stottern, und Elternarbeit zur Verbesserung der Kontextfaktoren eingesetzt.
Durch die Werkzeugkiste können die Kinder die Techniken der Stottertherapie zur Verflüssigung des Sprechens spielerisch und sinnlich erfahren, mit nach Hause nehmen und in ihren Alltag transferieren. Sie können die Tools (symbolische Werkzeuge zur Veränderung des Sprechens) selbst auswählen und gewinnen dadurch mehr Autonomie.
Zusätzlich dient das Symbol der Ampel als übergeordnete Struktur zur Orientierung:

- Grün steht für globales, kontrolliertes Sprechen. Es soll permanent eine Sprechtechnik, Sprechmuster-Veränderung, eingesetzt werden.
- Gelb steht für lokale Interventionstechniken der Modifikation. Hier soll spontan gesprochen werden. Spürt das Kind ein Symptom voraus, soll es vorbereitend eine Sprechtechnik einsetzen. (Schnecke, Fell oder Frosch) Tritt das Symptom auf, wird durch ein Stoppschild zur Wahrnehmung animiert. Anschließend wird das Symptom durch ein Pull-Out gelöst. Begonnen wird mit Vorbereitungsset und Nachbessern, woraus dann das Pull-Out entwickelt werden kann.
- Rot steht für das eigene Stottern (Identifikation, Desensibilisierung).

Die Werkzeuge der Veränderung sind:

- Weicher Stimmeinsatz (Symbol: Fell) mit weichem, leisem Sprechbeginn und Anschwellen der Lautstärke, sowie leichten Artikulatoren-Kontakten. (speak: gentle **www.phoenixsoftware.de**)

- Reduktion der Sprechgeschwindigkeit, inclusive Silbendehnung (Symbol: Schnecke)
- Lockeres Pseudostottern (Symbol: Frosch)
- Fraktioniertes Sprechen (Symbol: Kugelschreiber) Mit dem Kugelschreiber, soll in den bewusst gesetzten Sprechpausen geklickt werden.
- Identifikation, Desensibilisierung, Nettostottern (Symbol: Stein) Er soll auch im Kontrast zum Fell eingesetzt werden.
- Pull-Out (Symbol: Theraband) das Symptom wahrnehmen – einfrieren – lösen oder (Symbol: Softball) Lösen des Drucks und damit Lösen des Symptoms.
- Die freie Wahl zwischen diesen Möglichkeiten symbolisiert die Zange.

In der Therapie wird ein Diktafon zum selbstständigen Üben genutzt. Die vorgestellte Therapie umfasst zusätzlich ein Elterntraining während der Therapie, und das Treffen einer Elterngruppe 3 und 6 Wochen nach Therapie-Ende und Umfeldarbeit mit Kontakten zur Schule und mit dem Therapeuten/der Therapeutin vor Ort. Diese SAS genannte Therapie dauert 6 Wochen stationär. Insgesamt werden 12 Monate begleitet.

Den letzten Vortrag hielt Dr. Stephan Baumgartner. Er hatte den Titel: **Conclusio: Neue Forschung, altes Wissen und die ICF – Was brauchen der stotternde Mensch und sein Therapeut?** In das sprechmotorische System stotternder Menschen wirken körperliche, sprachliche, kognitive, emotionale Interferenzen hinein, Bewusstes und Unbewusstes, Beziehung, Kulturelles, selbst Universales. Die ungelöste Frage dabei war und ist, wie und in welchen Zusammenhängen dies geschieht.
Eltern erhoffen und erwarten von der Therapie deutlich mehr Veränderungen in den Bereichen Partizipation, Verhalten und Emotionalität als Therapeutinnen (anbieten). Für Jugendliche ist das Stottern allein kein Grund, eine Therapie aufzusuchen.
Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse der Studien der letzten Jahre,

- dass mehr als eine Methode nachweislich wirksam ist.
- Wirksame Therapien können bei jungen Kindern auch sehr kurz sein.
- Verdeckte Zustände beeinflussen Stottern, die Sprechflüssigkeit und damit die Wirksamkeit.
- Eltern sind erfolgreiche Anwender spezieller Methoden.
- Für komplexe, komorbide Problemlagen gibt es keine evaluierten Behandlungsprogramme.

In der Praxis der individualisierten Stottertherapie scheint der Versuch normiert Effizienz nachzuweisen sinnlos.
Stottertherapie muss die verdeckte Ebene des Stotterns einbeziehen und Grundbedürfnisse wie Bindung, Selbstwert, Autonomie, Kontrolle und Orientierung, Konsistenzstreben und Lustgewinn berücksichtigen. Gefordert ist eine klärende Haltung auf mehreren Ebenen und im Dialog mit den Betroffenen in Bezug auf alle Therapieinhalte und –ziele. Sprechverhaltenstherapie ist eine gut lehr- und lernbare Methode, so dass auch Anfänger Erfolg haben können. Entscheidend für die Veränderung ist nicht die objektive Richtigkeit der Diagnose, sondern die subjektive Zustimmung und Annahme durch den Klienten.
Baumgartner plädiert für die Ergänzung des klassischen outside-in Arbeitens durch ein inside-out Vorgehen, wie es aus der Psychotherapie bekannt ist. Das erfordert mehr psychologische Kenntnisse und therapeutische Fähigkeiten.

- Stottertherapie benötigt Spezialisten und flexible Versorgungsstrukturen zwischen individual, kollektiv, intensiv, sporadisch und Dauer-update. Das schaffen Versorgungszentren und Versorgungsnetze besser.
- Stottertherapie braucht viel mehr detaillierte und situierte Therapieprozessforschung.
- Stottertherapie profitiert von Leitlinien, wie sie z.B. die ivs umfangreich kompetent und demokratisch bottom-up erarbeitet hat.
- Stottertherapeuten benötigen eine sachgerechte therapeutische Beziehungs- und Situationskompetenz und dafür, wenn nötig, fachmännische intervisorische Hilfe vor Ort.
- Eine qualitätiv hochwertige und wirksame Stottertherapie folgt dem Pfad des methodenintegrativen und selbstkonstruktiven Problemlösens zwischen Fremd- und Selbststeuerung.

Die moderne Stottertherapie geht heute selbstbewusst nicht mehr von einer Methode, sondern von einer individuellen Lernsituation aus. In dieser Lernsituation dürfen Stottertherapeuten ihrem fachlichen Wissen und Können vertrauen, ihrer Intuition und ihren spontanen Einfällen mit wissenschaftlich gebotener Vernunft folgen.

Abschließend dokumentiert das Buch **Fragen, Meinungen und Debatten zur Praxis der Stottertherapie**. In der Diskussion ging es vor allem um Intensivtherapie versus ambulanter Behandlung, mit dem Ergebnis, dass beide Behandlungsformen Vor- und Nachteile haben und erfolgreich sein können. Anfänger sollen ermutigt werden, da auch Fachleute als Anfänger begonnen haben. Es bedarf der Fortbildung und Supervision bzw. Reflexion.
Der Vertreter der Selbsthilfe beklagte, dass er die Frage nach Therapieempfehlungen nicht klar beantworten könne. Evaluation werde nicht konsequent genug betrieben. Die Ergebnisse amerikanischer Studien können nicht einfach übernommen werden, da die Erwartungen an Therapie in Deutschland andere sind.

Ich fand die Lektüre ausgesprochen vielfältig, anregend und interessant.
Für die Stottertherapie profitieren können hier vor allem Kolleginnen, die sich schon ein wenig mit dem Thema auseinandergesetzt haben. Es könnte Lust zum Weiterlesen und –forschen machen oder auch eine Anregung sein, die Fachleute der Bonner Therapie oder des SAS zu einer Fortbildung einzuladen.

Heidi Ingensand