

Die Hamburger Gruppentherapie für stotternde Kinder

Entwicklung eines Praxiskonzepts und dessen qualitativer Evaluation

Bettina Dölle, Ruth Ezeh, Aygüner Heinemann, Alfons Welling

ZUSAMMENFASSUNG. Die Hamburger Gruppentherapie für stotternde Kinder ist ein ambulantes Therapieangebot in der logopädischen Praxis. Stottertherapie in der Gruppe ist erfolgreicher, effektiver, kostengünstiger und macht mehr Spaß als Einzeltherapie. In einer überschaubaren Menge an Therapiestunden (Regelfallmenge 50 TE) gelingt es, den teilnehmenden Kindern die entscheidenden Elemente der Stottermodifikation zu vermitteln und sie erreichen im Verlauf der Therapie gute bis sehr gute Verbesserungen ihrer Sprechflüssigkeit. Nach einer Erläuterung zur qualitativen Evaluation des Konzeptes werden die Grundannahmen, von denen wir ausgehen, unser diagnostisches Vorgehen, die Ziele, Prinzipien und der Verlauf der Therapie dargestellt. Der Beitrag schließt mit einer kurzen Darstellung der Therapieergebnisse.

Schlüsselwörter: Stottertherapie – Gruppentherapie – Kinder – Evaluation

Einleitung

Sommerscamp, Sprachheilkur, intensive Ferientherapie für stotternde Kinder, Kasseler Stottertherapie, D.E.L.F.I.N.: Dies alles sind Therapieangebote für stotternde Kinder in der Gruppe. Leider sind diese Angebote für viele Kinder schwer erreichbar, da ihre Eltern den erhöhten organisatorischen und finanziellen Aufwand nicht erbringen können oder wollen.

Die „Hamburger Gruppentherapie für stotternde Kinder“ will eine Lücke im ambulanten Therapieangebot schließen. Wir haben ein Konzept entwickelt, mit dem es möglich ist, jedem stotternden Schulkind, das in der Praxis angemeldet wird, Stottertherapie in der Gruppe anzubieten. Wie solch eine Kindergruppentherapie konzipiert sein kann und woran sich das Vorgehen in der Therapie orientiert, möchten wir in diesem Beitrag darstellen.

Kaum eine andere Sprechstörung ist durch so viele unterschiedliche Definitionen, ätiologische Hypothesen und mögliche Therapievorschlüsse geprägt wie das Phänomen Stottern. Für uns Logopäden/Sprachtherapeuten ist es wichtig, hier eine wissenschaftlich fundierte Position zu finden und uns nicht in diesem Dschungel von Theorie und Praxis zu verirren. Die Phänomenologie des Stotterns ist in der Häufigkeit und Stärke der auftretenden Symptome so stark von den Anforderungen der Kommunikation, den Gefühlen, der

Spontanität der Äußerung, von Sprechdrang und Sprechdruck abhängig, dass eine Therapie, die direkt am Stottern arbeitet, dieser Tatsache gerecht werden muss.

Wie ist es also möglich, verschiedenste Anforderungen zu schaffen, die es erlauben, direkt und eng am „echten Stottern“ des Kindes zu arbeiten? Diese Frage stellen wir uns im Prozess der Konzeption unserer Stottertherapien immer wieder.

Die Hamburger Gruppentherapie ist eine direkt am Stottern arbeitende Stottermodifikationstherapie (angelehnt an Charles van Riper, Carl Dell, Andreas Starke und KIDS von Peter Schneider). Sie ist ein mehrdimensionaler und methoden-kombinierter Therapieansatz. Die Stärkung der kindlichen Persönlichkeit und der Einbezug des psychosozialen Umfelds haben inhaltlich einen gleich hohen Stellenwert, ebenso wie die direkte Bearbeitung des Stotterns. Hier orientieren wir uns u.a. an *Weikert* (2003, 217f.), die diese drei Bereiche in der Stottertherapie mit Kindern für unverzichtbar hält.

Qualität soll sich wie ein roter Faden durch unser Therapieangebot ziehen. Wie aber misst man die Qualität einer Stottertherapie und was sind die entscheidenden Merkmale, die zu einem Therapieerfolg führen? Um dieser Frage nachzugehen, haben wir im Sommer 2007 eine Projektgruppe gegründet, in der wir kontinuierlich arbeiten.

Bettina Dölle ist nach Ausbildung in Hamburg seit 1984 Logopädin und arbeitet seit 1990 in eigener Praxis. Nach etlichen Fortbildungen im Bereich Stottern arbeitet sie seit 2006 fast ausschließlich mit stotternden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Seit 2003 besteht eine enge Zusammenarbeit mit Andreas Starke. 2005 begann sie mit der Gruppentherapie mit Kindern und gründete 2007 die Hamburger Arbeitsgruppe „Stotterprojekt“ mit dem Ziel, diese Arbeit wissenschaftlich zu begleiten und fortzuentwickeln.



Aygüner Heinemann absolvierte ihre Ausbildung 2002 in Hamburg und arbeitete anschließend in logopädischen Praxen mit den Schwerpunkten Kindersprache und neurologische Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen. 2008 schloss sie ein Studium der Sonderpädagogik mit den Schwerpunkten Sprach- und Lernbehinderungen in Hamburg ab. In ihrer Examensarbeit beschäftigte sie sich vor allem mit der Frage, ob und wie die individuelle Entwicklung von Patienten innerhalb einer Stottertherapie in einen nachweisbaren Wirkungszusammenhang mit den Therapieprozessen gebracht werden kann. Neben dem Studium war sie als regelmäßige Lehrbeauftragte im Bereich Sprachbehindertenpädagogik an der Universität Hamburg tätig.



Prof. Dr. Alfons Welling ist seit 1992 Professor für Sprachbehindertenpädagogik, zunächst an der Universität Köln und seit 1998 am Institut für Behindertenpädagogik der Universität Hamburg. Zu seinen zahlreichen Veröffentlichungen zählt u.a. „Einführung in die Sprachbehindertenpädagogik“ (Reinhardt 2006). Sein aktueller Forschungsschwerpunkt lautet: „Stottern im Schulalter als Redegestaltungsstörung“. Er begleitet das Hamburger Stotterprojekt wissenschaftlich und betreut aktuell mehrere Examensarbeiten zu diesem Thema.



Qualitative Evaluation – eine Herausforderung in der Praxis

Evaluieren heißt soviel wie „auswerten“, „bewerten“, „empfehlen“, „beraten“, „unterstützen“ – alles Tätigkeiten, die erfahrungsgemäß die tagtägliche Therapierarbeit durchziehen.

Es gehört zur alltäglichen „Aufgabenstellung“ sprachtherapeutischer Praxis, das eigene berufliche Handeln kontinuierlich zu reflektieren. Ein allgemein verbindliches Maß für Qualität existiert bekanntlich nicht: Die Therapeutin plant eine Therapieeinheit, verwirft sie unter Umständen, weil eine bessere Idee oder ein unvorhergesehenes Erfahrungsereignis im Bereich der Therapie sie dazu veranlasst. Neben der Planung fordert die Durchführung einer Therapiehandlung selbst zu kreativer, immer auch intuitiver Situationsgestaltung heraus, je nachdem wie das Kind und die Fachkräfte miteinander „in Stimmung“ sind.

Evaluationstheoretisch formuliert lautet die Aufgabe: Es werden bisherige Arbeitsergebnisse bewertet sowie Erfolge und Misserfolge beurteilt. Die zielorientierten Interpretationen der besonderen Umstände bilden hierbei eine der zentralen Grundlagen für die nächste therapeutische Einheit – eben ein anderer Ausdruck für eine „qualitative Evaluation“, eine Evaluation, die die Therapiequalität sichert und weiterentwickelt.

Im wissenschaftlichen Sinne ist diese Evaluationsforschung im Rahmen der logopädischen Praxis bestrebt, den Praxiskontext der Planung, Durchführung und Auswertung, die allesamt miteinander verknüpft sind und ständig ineinander greifen, mit sozialwissenschaftlichen Methoden zu befragen und zu deuten (Bortz & Döring 1995).

Befragung, Beobachtung, Beschreibung, Interviews u.a.m. wären solche wissenschaftlichen Methoden. Durch ihre Anwendung im gegebenen Praxiszusammenhang der Stottertherapie erhoffen wir uns ein besseres Verständnis von Prozessen („Was passiert?“), von Produkten bzw. Ergebnissen („Was ist herausgekommen?“) und von der Struktur des Kontextes („Was sind die Rahmenbedingungen der Praxis, und wie können sie verbessert werden?“, Donabedian 1982), siehe Abbildung 1.

In unserer Projektgruppe haben wir begonnen, die Struktur unserer Kindergruppen-therapie, ihre Prozesse und Produkte zu identifizieren und zu benennen. Nur wenn dies gelingt, darf man auch im wissenschaftlichen Sinne von einem Konzept sprechen. Wir haben den Verlauf der Gruppe Nr. 5 genau verfolgt, jede Stunde gefilmt, analysiert und schriftlich festgehalten. Parallel dazu hat

Aygüner Heinemann in dieser Gruppe eine Einzelfallanalyse durchgeführt.

Schnell stellten wir fest, dass das Vorhaben einer Evaluation im eigenen Praxiszusammenhang eine echte Herausforderung für uns Praktikerinnen darstellt. Die evaluative Arbeit stärkt unsere therapeutische Motivation und schafft Klarheit bezüglich des Vorgehens, aber sie erfordert viel Zeit, Aneignung von weiterem Wissen und genaues Arbeiten. Dabei stoßen wir auch immer wieder an Grenzen, insbesondere der Versuch, quantitativ zu evaluieren, überschreitet unsere Zeitressourcen.

Deshalb halten wir weiter Ausschau nach Partnern, die daran interessiert sind, unsere Daten zu nutzen und mit uns an der weiteren Untersuchung unserer Kindergruppentherapien zu arbeiten.

Qualitative Evaluation soll mehr als nur „Erfolgskontrolle“ bedeuten. Sie bedeutet „entdecken“, den verborgenen Wert eines Vorhabens, eines Programms, einer Methode, eines Konzepts oder eines Lern- und Entwicklungsergebnisses „wahrzunehmen“. Evaluation bedeutet dann auch „benennen“, das heißt aus der Vielzahl möglicher Eigenschaften oder Merkmale („Variablen“) das Wesentliche hervortreten zu lassen und mit einem Namen zu versehen (Wesseler 1994, 671).

Qualitative Evaluation bedeutet für uns, dass wir uns mit dem Gegenstand der Therapiepraxis genau befassen und uns eingehend mit den Fragen der Entwicklung von stotternden Kindern im Schulalter auseinandersetzen. Denn Qualität ist nur dann bestimmbar, wenn die definierte Sicht, insbesondere des beteiligten Kindes, seiner Eltern oder anderer Bezugspersonen wie z.B. Lehrern berücksichtigt wird, beispielsweise hinsicht-

lich bestimmter, vereinbarter Zielsetzungen, etwa der Unterstützung und des Erfolgs der Therapie (Zückner & Schneider 2006).

Dies realisieren wir durch Interviews und Fragebögen, die wir entwickeln. Unsere selbst entworfenen Fragebögen für Kinder und Eltern sind seit Februar 2009 in der Erprobungsphase, erste Ergebnisse werden wir im letzten Abschnitt des Beitrags ausführen.

Grundannahmen zur Sprechstörung Stottern (Struktur)

Orientiert an den Studien von Prof. Dr. Katrin Neumann (Frankfurt) und Prof. Dr. Martin Sommer (Hannover) formulierte Andreas Starke (2006) folgenden Kernsatz, um Stottern zu definieren: „Stottern ist eine Störung in der Steuerung der automatisierten Sprechbewegung und verhindert damit eine ungestörte sprachliche Handlungsfähigkeit. Diese Störung in der Steuerung tritt unberechenbar in Frequenz und Schweregrad während des Sprechens auf. Die neusten Forschungsergebnisse legen eine neurologische Ursache nahe, die auch die genetische Disposition erklären kann.“

Aus diesem Kernsatz ergaben sich für unsere Projektgruppe als Arbeitsvoraussetzung die folgenden Grundannahmen:

- Eine Heilung im Sinne der Beseitigung des Stotterns mit all seinen bedingenden und ursächlichen Faktoren ist durch Therapie nicht möglich.
- Möglich ist es, Stottern kompensatorisch so gut auszugleichen, dass keine oder fast keine Stottersymptome mehr wahrnehmbar sind.
- Stottern ist eine Bewegungsstörung mit starken psychischen Reaktionen und häu-

■ **Abb. 1: Qualitative Evaluation in Anlehnung an Donabedian (1982)**

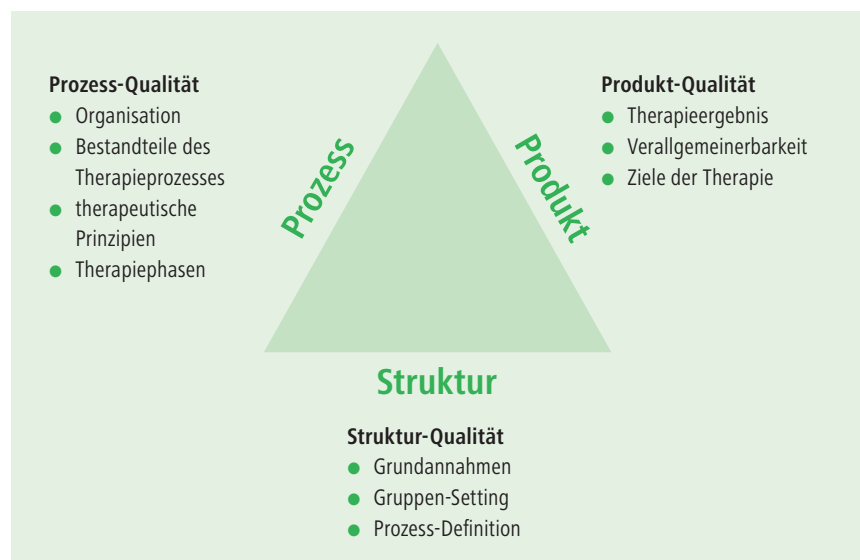


fig auch mehr oder weniger gravierenden psychosozialen Auswirkungen.

- Stottern ist etwas Zusammengesetztes aus Kernstottern und einer bzw. mehrerer Reaktionen auf das Kernstottern. Die Reaktionen auf das Kernstottern sind erlernt, von Mensch zu Mensch sehr verschieden und häufig nicht effektiv oder hilfreich.
- Häufig wirkt eine hohe Automatisierung zwischen Stotterkern und Reaktion. Diese sollte abgebaut werden, um stattdessen eine neue Reaktion zu entwickeln, die möglichst dicht an den normalen Sprechablauf angepasst ist.
- Intensives Training kann die sprechmotorische Grundeinstellung so verbessern, dass sich immer mehr spontanes flüssiges Sprechen einstellt.

Diagnostisches Vorgehen

Allgemeine Anmerkungen

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) gibt statt der Störungs- und Defizitorientierung eine ressourcenorientierte Sichtweise und damit einen neuen einheitlichen Rahmen für den Umgang mit dem Stottern vor. Außer den körperfunktionellen Komponenten stellen auch die Aktivität und Partizipation am Leben sowie personenbezogene Faktoren und Umweltbedingungen relevante Bereiche bei der Betrachtung und Behandlung des Stotterns dar (Rapp 2007).

Die Leitfragen, die sich aus der 2001 von der WHO formulierten ICF ergeben, untersuchen die individuellen Bedingungen der stotternden Person und lenken den Fokus deutlich weg von der reinen Sprechflüssigkeit hin zur Förderung der kommunikativen Kompetenzen unter Einbeziehung der psychosozialen Faktoren, die für dieses Individuum wirksam sind.

Genau hier setzt auch unser diagnostisches und therapeutisches Vorgehen an. Die Erfahrungen mit stotternden Menschen in der logopädischen Praxis zeigen, dass das subjektive Empfinden des Einzelnen nicht unbedingt in kausaler Abhängigkeit zum Ausmaß seines Stotterns steht. Häufig können wir beobachten, dass der Leidensdruck bei Kindern mit ausgeprägtem Vermeidensverhalten bei eher unauffälliger Symptomatik größer sein kann als bei stotternden Kindern mit hörbar und sichtbar ausgeprägter Symptomatik. Dies zeigt, wie notwendig es ist, Ziele der Therapie gemeinsam mit dem stotternden Patienten zu definieren.

Die Frage nach absoluten Daten, die einen absoluten Therapieerfolg belegen, ist im

Moment noch nicht grundsätzlich zu beantworten. Baumgartner (2002, 217) warnt in diesem Zusammenhang vor einer Pseudoobjektivierung anhand von Sprechproben und Zahlen. Allgemeingültige Messkriterien zur Evaluation, die bei jedem Therapieansatz in der gleichen Art verwendet werden, gibt es leider in der erforderlichen Zusammensetzung noch nicht.

Verwendete Diagnostikinstrumente

Wir dokumentieren mit Therapieberichten, Interviews und Videofilmen zu festgelegten Zeitpunkten. Unter den standardisierten Verfahren haben wir uns für die „Aachener Analyse unflüssigen Sprechens“ (AAUS) entschieden (Zückner 2006, 21). Das Verfahren ermöglicht eine qualitative und quantitative Analyse von Spontansprache.

Der hohe Zeitaufwand der genauen Auswertung der AAUS ist nach unserer Ansicht nur mit dem Interesse der Evaluation zu vertreten. Es sei an dieser Stelle angemerkt: Was so akribisch transkribiert, ausgezählt und vermessen wird, sind nur zwei Minuten der Spontansprache in einem bestimmten Setting. Es kann damit auch nur exemplarisch für einen kleinen Teil der Sprechwirklichkeit des stotternden Kindes stehen.

Folgende Bereiche sollten in der Diagnostik auf jeden Fall erfasst werden:

- Schweregrade des Stotterns und Häufigkeit der Symptomatik
- Analyse von Stotterkern und Stotterreaktion (Begleitsymptomatik)
- Allgemeiner und sprachlicher Entwicklungsstand
- Ausmaß des Vermeidensverhaltens und Störungsbewusstseins
- Emotionale Situation des Kindes und seiner Familie
- Einfluss der kindlichen Umgebung auf das Stottern
- Einstellung, Meinungen, und Wünsche des Kindes und der Eltern zum Stottern ihres Kindes

Ziele der Hamburger Kindergruppentherapie (Produkt)

- ▶ *Das Kind soll spontan, anstrengungsfrei, natürlich und möglichst ohne Stotter-symptome sprechen können.* Je häufiger dies dem Kind gelingt, desto eher kann es allen kommunikativen Ansprüchen im Alltag gerecht werden und sich in seinem alltagsbezogenen Handeln ungestört entwickeln.
- ▶ *Das Kind soll einen kompetenten Umgang mit verbleibender Symptomatik*

erlernen. Da die Disposition des Stotterns bestehen bleibt und nur im besten Fall eine gute bis sehr gute Kompensation erreicht wird, zählt auch ein kompetenter Umgang mit verbleibenden oder wiederkehrenden Stottersymptomen zu den Therapieerfolgen.

- ▶ *Das Kind soll mit Sprechfreude und Selbstbewusstsein seinen Alltag bewältigen.* Als erfolgreich gilt die Therapie auch bei jedem Kind, das gelernt hat, sich durch Stottereignisse nicht in seinen Kommunikationsabsichten behindern zu lassen und mit selbstbewusster Sprechfreude seinen Alltag bewältigt.

Vorgehen in der Therapie (Struktur und Prozess)

Therapeutische Prinzipien (Prozesse)

In ihrer Einzelfallstudie (mit „Tim“) hat Aygüner Heinemann 2008 untersucht, auf welche Weise die Kindergruppentherapie Einfluss auf die individuelle Entwicklung der Sprechflüssigkeit nimmt. Aus den Ergebnissen ihrer Studie haben wir in der Projektgruppe fünf therapeutische Prinzipien für eine erfolgreiche Kindergruppentherapie formuliert:

- ▶ *Stottern ist in seiner Phänomenologie als individuelles und mehrdimensionales Phänomen zu verstehen.*

Stottern und Stotterreaktionen sind so individuell wie die Menschen, die durch diese Phänomene betroffen sind, und jede TherapeutIn sollte das Stottern des Kindes gut kennen und verstehen, um ihm gerecht zu werden. Die Wechselhaftigkeit der Symptome erfordert eine fortlaufende, therapieimmanente Diagnostik. Wir prüfen, ob das, was die Kinder in der Therapie aufnehmen, in der richtigen Weise angewandt wird und für sie auch wirklich hilfreich ist

- ▶ *Stotternde Kinder sind in einem lebensnahen und am Kommunikationsalltag orientierten Zusammenhang zu behandeln.*

Ziel ist es, den Kindern die Werkzeuge zur Gestaltung ihrer Rede selbst in die Hand zu geben. Um diese Werkzeuge wirklich praxistauglich zu machen, muss das Kind im entsprechenden Kontext üben und trainieren können. Es braucht viele gute und realistische Beispiele, denn wir wollen kein „Schönwetter-sprechen“. Die erworbenen Kompetenzen sollen auch dann wirksam bleiben, wenn es etwas stürmischer, also schneller, lebendiger, spontaner in der Kommunikation zugeht, etwa durch mehrere Gesprächspartner gleichzeitig. Um dies zu üben, bietet die

Kindergruppe die besten Voraussetzungen. In-vivo-Arbeit ist obligatorisch.

► *Die Planung der Therapie ist flexibel an den Bedürfnissen des Kindes zu orientieren.*

Trotz der Gruppenarbeit dürfen die individuellen Bedürfnisse nicht zu kurz kommen. In der Gruppe gibt es zwar ein fortschreitendes Programm, aber wir räumen immer genügend Zeit ein, um den einzelnen Kindern in der entsprechend zusammengesetzten Teilungsgruppe oder auch mal in einem Einzelsetting gerecht zu werden. In ihrer Einzelfallanalyse beschreibt Aygüner Heinemann, dass Tims positive Entwicklung nicht durch die Modifikationstechnik oder die In-vivo-Übung herbeigeführt wurde: „Das individuelle Planen und Gestalten der Therapie, die kontinuierliche Evaluationsbereitschaft und die Möglichkeit Therapieinhalte und methodische Durchführung flexibel zu gestalten, sowie die akzeptierende und bestärkende Grundhaltung gegenüber Tims Persönlichkeit“ (Heinemann 2008, 84) sind nach ihrer Einschätzung maßgeblich für sein gutes Therapieergebnis.

► *Eine erfolgreiche Therapie des kindlichen Stotterns erfordert eine enge Zusammenarbeit mit Familie und Schule.*

Das Treffen gemeinsamer Vereinbarungen und das Formulieren gemeinsamer Ziele sind in der therapeutischen Intervention relevant. Können die Familie und das soziale Umfeld ein Verständnis für die komplexe Problematik des Stotterns entwickeln und erhalten sie Einblicke und Anleitung in die Interventionsmöglichkeiten, entstehen auch Verständnis, Anerkennung und eine positive Bereitschaft zur Unterstützung für das Kind.

► *Dem Kind sind Möglichkeiten aufzuzeigen, selbstständig in sein Stottern einzugreifen, und diese Möglichkeiten sind durch Übungen zu festigen.*

Da die Mehrzahl der stotternden Kinder und ihrer Eltern eine höchstmögliche Reduktion des Stotterns bis zur Symptombefreiheit durch die Therapie anstrebt, nehmen wir dieses Ziel auch in der Stottermodifikationstherapie auf. Dem Kind soll hier aber nicht etwa eine künstliche Sprechweise übergestülpt werden. Ziel ist vielmehr die Entwicklung flexibler Sprech- und Kommunikationskompetenzen, die es dem Kind ermöglichen, auf die dynamisch unterschiedlichen Ausprägungen seines Stotterns *selbstständig* einzuwirken.

Nach unserer Erfahrung und verstärkt durch aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse ist die *direkte Arbeit an der Sprechmotorik* enorm wichtig. Es zeigt sich, dass insbesondere die Kinder, die regelmäßig die Stotter-

modifikationstechniken und Zeitlupenwörter trainieren, erstaunliche Ergebnisse erzielen. Meist benötigen sie dabei jedoch eine positive und erinnernde Unterstützung durch ihre Eltern. Sie erlangen eine gute „*Sprechfitness*“, die sich in vermehrtem spontanem stotterfreiem Sprechen äußert.

Gruppensetting (Struktur)

Ob sich das Setting unserer Gruppentherapie für ein Kind eignet, wird gemeinsam mit dem Kind, den Eltern und den Therapeuten im Rahmen der Anamnese und Diagnostik entschieden. Die Kindergruppen sind je nach Anmeldungen und Alter der Kinder wie folgt strukturiert:

- Gruppen für Kinder zwischen 6-9 und 10-14 Jahren
- Gruppengröße 5 bis 7 Kinder und zwei Therapeutinnen
- einmal wöchentlich 90 Minuten
- Umfang der Therapie (ohne Nachsorge): 10 Monate mit 45-50 Therapiestunden
- 2 Therapieräume für die Arbeit in Groß- und Teilungsgruppen
- 60 Minuten Vor- und Nachbereitungszeit pro Therapiestunde
- regelmäßige häusliche Therapieaufgaben
- mindestens 4 Elternabende
- Schulbesuch und In-vivo-Arbeit (obligatorisch)
- Nachsorge: Angebot einer Übungsgruppe einmal pro Monat über weitere 10 Monate

Die Gruppe (Struktur)

Als wesentlicher Katalysator in der Therapie dient die Gruppe. Hier nutzen wir die kommunikativen Dimensionen in einer Gruppe, die im Vergleich zur Einzeltherapie deutlich vielseitiger sind. Diese auch in anderen therapeutischen Zusammenhängen wichtige Gruppendynamik bietet Raum für freie Interaktion und gemeinsames Lernen. Bei *Katz-Bernstein* (2002, 29f.) heißt es: „Kinder, die niemand anderen kennen, der außer ihnen noch stottert, erfahren in der Gruppe Solidarität und Selbstverständlichkeit bezüglich ihrer Stotteridentität.“

Sprechängste und Sprechvermeidung können sich sehr negativ auf die Sozialisation insbesondere in der Schule auswirken. Die Gruppe bietet ein natürliches Feld für stotternde Kinder, in dem sie neue Strategien und z.B. auch Kompromisslösungen für ihre Kommunikation finden können. In der Kindergruppe als solche bieten sich außerdem mehr natürliche Kommunikationsbedingungen als in der Einzeltherapie des Kindes mit einem

■ Abb. 2: Therapiephasen

Therapiephase	Was tun wir?	Mit welchem Ziel?
Identifikation (ca. 2 Monate) <ul style="list-style-type: none"> ● Wie funktioniert mein Sprechen? ● Wie funktioniert mein Stottern? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Videoaufnahmen zur Analyse ● die Gruppe lernt sich kennen ● Vermittlung phonetischen Wissens: Kennenlernen und Erforschen des ungestörten Bewegungsablaufs beim Sprechen = Ruhe- und Sprechatmung / Stimmgebung / Artikulation ● Untersuchung des Stotterns: Erforschung und Benennung, was im Mund und Körper passiert, wenn es zum Stottern kommt ● Was tut das Kind zurzeit, um damit fertig zu werden und wie geeignet ist seine Strategie? ● Erste Versuche, ungünstige Strategien wie Startwörter, Atemreaktionen, Vermeidung, Anläufe wegzulassen ● Information und Anleitung der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> ● Es werden Grundlagen für die Therapie gelegt, denn langfristig sollen die Kinder lernen, bewusst in die Steuerung der Sprechbewegung einzugreifen ● Die Kinder sollen selbst erkennen oder herausfinden, welche Strategien günstig für den Sprechfluss und welche ungünstig sind ● Die Kinder sollen zum Kernstottern vordringen und überzeugt werden, ihre ungünstigen Strategien und Angewohnheiten aufzugeben ● In den Kindern soll eine „Forscherhaltung“ geweckt werden, die ihnen hilft, ihr Stottern aus einem sachlicheren Blickwinkel zu betrachten.
Desensibilisierung (ca. 3 Monate) <ul style="list-style-type: none"> ● Unempfindlicher werden in Bezug auf Stottern ● Gelassenheit entwickeln ● Pseudostottern kommt zum Einsatz 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gruppengespräche und Übungen zu Gefühlen in Bezug auf Stottern und Erfahrungen, die die Kinder im Zusammenhang mit Stottern gemacht haben ● Raum zur Bewältigung, Verarbeitung und Lösungsfindung schaffen, Gespräche und Übungen zum Thema Angst, Scham und wie man diese Emotionen überwinden kann ● Anleitung zum variablen Pseudostottern ● Pseudostottern auf Wort-, Satz- und Textebene und in der Spontansprache, innerhalb der Gruppe sowie am Telefon, beim Einkaufen, mit Freunden und Familie und in der Schule ● Pseudostottern bei Wörtern, die man sonst nicht gestottert hätte, aber auch Lockern von echten Symptomen mit Pseudostottern → sich locker „rausstottern“ ● Information und Anleitung der Eltern und anderer sozialer Bezugssysteme: Geschwister, Freunde, Schule 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erkennen und Bearbeiten der negativen Gefühle in Bezug auf Stottern, auch um mit der Konfrontation und Arbeit direkt am Symptom fertig zu werden ● Aufgabe der Vermeidung ● Verbesserung der emotionalen Lage ● Erste Eingriffs- und Lockerungsmöglichkeit direkt auch am echten Stottersymptom ● Erleichterung des Sprechens mit Stottern ● Abbau von falscher Erwartungshaltung, sowohl der eigenen, als auch die der Umgebung
Modifikation (ca. 5 Monate) <ul style="list-style-type: none"> ● Training der Sprechmotorik ● In den Sprechfluss kommen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Einführung in die sprechmotorischen Übungen (Zeitlupenbewegung / Schneckenwörter) ● Erwischen des Stottersymptoms, Eingreifen in das Stotter-symptom ● Aufbau der Technik des „Pullout“ in kleinen Schritten: Anbahnung der Nachbesserung (NUPS) und des Pullouts (JUPS) ● Anwendung auf allen Ebenen in der Gruppe / Familie / Schule ● Erneute Übungen „in vivo“, um den Gebrauch und den Mut zur Anwendung zu stärken ● Eine Zeitlang „Masse machen“ in Bezug auf bewusst gesteuertes, verlangsamtes Sprechen – dazu Wettbewerbsgeist und gegenseitige Motivationsmöglichkeiten ansprechen ● Übungen zur Fremd- und Eigenwahrnehmung in Bezug auf das Sprechen, die Anwendung und Ausführung der Technik → Feedbackrunden über sich selbst und die anderen Kinder ● Instruktion und Information von Eltern und Schule so weit wie möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ● Verbesserung der sprechmotorischen Einstellung, damit Stottern immer weniger häufig und weniger schwer auftritt ● Stotterselbstmanagement: weiterhin gelassene Haltung bewahren, Stottermodifikationstechniken bereithalten, um sich das Sprechen mit allen gelernten Mitteln zu erleichtern. ● Entwicklung neuer Kommunikationskompetenzen ● Erweiterung der sprachlichen Fertigkeiten ● In den Sprechfluss kommen, spontanes flüssiges Sprechen stellt sich ein (die Therapie kann es nicht erzwingen, es kann nur versucht werden, die günstigsten Voraussetzungen dafür zu schaffen)
Stabilisierung (ca. 10 Monate) <ul style="list-style-type: none"> ● „Dran bleiben“, Rückfälle schnell abfangen ● Sprechmotorik weiter verbessern ● Gute Fertigkeiten erhalten und automatisieren. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alle Übungen aus den vorangegangenen Phasen können zum Einsatz kommen ● Anerkennen und reagieren: Wenn viel Stottern im Sprechen ist, muss ich viel tun, wenn wenig Stottern da ist, reichen wenige Übungen aus ● Anpassen der Übungen an die individuellen Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Bereitschaft der Kinder und Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> ● Stabilisierung der gewonnenen Kompetenzen ● Stabilisierung und weiterer Ausbau des Gebrauchs der Stottermodifikationstechniken ● Entwicklung eines individuellen Übungsmaßes: Mit welchem Übungsaufwand kann ich meinen Stand halten? ● Schnelles Auffangen von Rückfällen ● Im Sprechfluss bleiben

Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

erwachsenen Kommunikationspartner. Die Gruppendynamik stellt somit auch hier eine gute Basis der Therapie und eine große Bereicherung dar.

Die Kinder sprechen und kommunizieren unter Normalbedingungen, unter einem alltagsüblichen Geräuschpegel, mit Sprecherkonkurrenz, frei oder im festgelegten Rahmen. Wie in der Schule gibt es Wortbeiträge, die durch Melden angezeigt werden, oder jedes Kind kommt der Reihe nach mit einem Beitrag dran. Die Kinder halten kleine Vorträge vor der Gruppe. Sie beobachten sich und andere, erinnern sich gegenseitig z.B. an den Einsatz der Modifikationstechniken, können Effekte bei anderen erkennen und dadurch ermutigt werden.

Phasen der Therapie (Prozess)

Das praktische Konzept der Kindergruppentherapie wurde in die Phasen der Stottertherapie nach van Riper eingeteilt, wobei wir an dieser Stelle nur herausstellen, was uns in den Phasen der Therapie jeweils besonders wichtig ist. Für einen vertieften Einblick verweisen wir auf Abb. 2.

Identifikationsphase: Sprechen ist Bewegung (Dauer ca. 2 Monate)

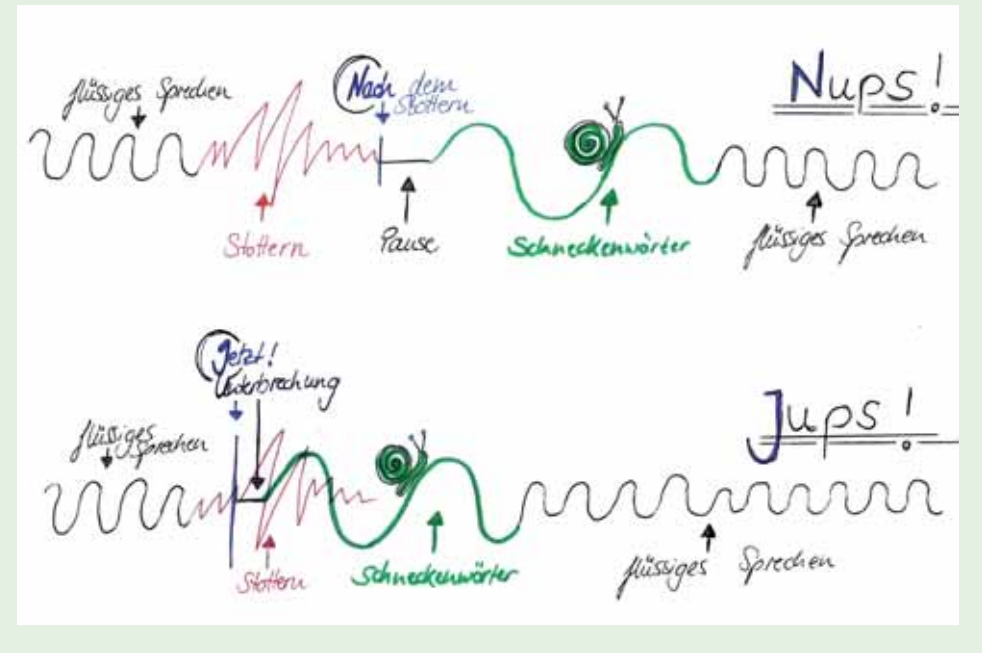
Übergeordnetes Ziel ist, dass das stotternde Kind folgenden Zusammenhang erkennt: Sein Stottern setzt sich zusammen aus etwas, „das ihm passiert“, wenn es sprechen möchte, und seiner eigenen Reaktion, um mit dem, „was ihm passiert“ (Stotterreaktionen wie Atemvorschub, Startwörter, Mitbewegungen usw.) fertig zu werden. Dazu muss das Kind diese Reaktionen zunächst wahrnehmen und erkennen, damit wir es in der nachfolgenden Desensibilisierungsphase auch dazu bewegen können, seine vermeintlichen „Stotterhilfen“ aufzugeben.

Desensibilisierungsphase: Gelassenheit entwickeln (Dauer ca. 3 Monate)

Wer ängstlich ist oder in Panik gerät, ist nicht handlungsfähig. Wir möchten erreichen, dass die Kinder sich mit ihren Stottersymptomen konfrontieren können, um diese später auch ganz konkret zu bearbeiten. Stotterreaktionen wie Vermeidung, körperliche und mimische Mitbewegungen, Atemreaktionen und Startwörter sollen durch lockeres Pseudostottern ersetzt und abgebaut werden. Durch das eingeführte Pseudostottern mit weichem, variationsreichem, langsamem und absichtsvollem Stottern soll ein erster bewusster Zugriff auf den Kontrollverlust während des Stotterns gelingen.

Ein Anwendungsbeispiel: NUPS und JUPS

Wenn wir den Kindern Stottermodifikationstechniken vermitteln, reden wir davon, dass wir gestotterte Wörter „reparieren“. Diese Reparaturen können durch die zuvor gelernten „Schneckenwörter“ (Zeitlupenwörter) vorgenommen werden. Wir haben nach kindgerechten und kurzen Bezeichnungen gesucht. Wie auf dem Bild dargestellt, führen wir eine abgewandelte Form der klassischen Nachbesserung nach v an Riper ein: Nach einem gestotterten Wort soll das Kind sich kurz unterbrechen, eine Pause zum Umstellen auf die Reparatur machen und dann das gestotterte Wort als Schneckenwort wiederholen. Das ist unser „NUPS“ (Nach Unterbrechung Pause Schneckenwort). Den Pullout führen wir als „JUPS“ ein (Jetzt Unterbrechung Pause Schneckenwort).



In-vivo-Arbeit

Die Arbeit „im Leben“ oder so genannte „Praxisübungen“ sind während der Phase der Desensibilisierung und Modifikation selbstverständlicher Anteil der Kindergruppentherapie. Die Möglichkeiten sind vielfältig: Wir laden Geschwister, Freunde und Eltern in die Therapiestunden ein, üben am Telefon und gehen mit den Kindern z.B. ins Einkaufszentrum. Wir machen mit jeder Gruppe einen großen Ausflug in den Zoo, wo die Kinder eine Umfrage unter den Zoobesuchern durchführen.

Auch suchen wir Kontakt zu den Schulen der Kinder. Oft ermöglicht erst der Schulbesuch, dass die gelernten Modifikationstechniken auch in der Schule angewendet werden. Wir haben einen *Lehrerfragebogen* entwickelt, der es dem Lehrpersonal ermöglicht, uns Beobachtungen und Wünsche im Zusammenhang mit dem Stottern ihres Schülers/unseres Patienten mitzuteilen. Auf dieser Basis führen wir dann persönliche Gespräche und gestalten auch Unterrichtsstunden zum Thema Stottern in der Klasse der betroffenen Kinder. Solche Schulbesuche haben immer auch Aufklärungsfunktion und die LehrerInnen können als wichtige Multiplikatoren wirken.

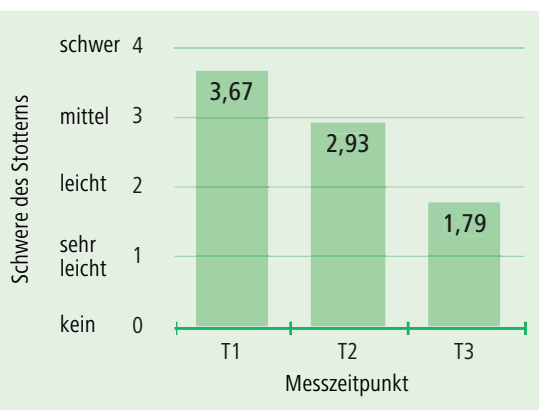
Modifikationsphase: Training der Sprechmotorik (ca. 5 Monate)

In dieser Phase werden sprechmotorische und metasprachliche Fähigkeiten gefördert und gefordert. Angestrebtes Ziel ist, dass die Kinder lernen, inhaltsgebunden zu sprechen und gleichzeitig unflüssige Redeanteile zu identifizieren und zu modifizieren. Durch die Stottermodifikation und intensive Förderung von hoch bewusst gesteuerten Sprechbewegungen soll eine grundsätzlich verbesserte sprechmotorische Einstellung erreicht werden.

Beim Üben der Zeitlupenwörter kommt es vor allem auf die bewusste Wahrnehmung und Steuerung an und nicht so sehr auf die hörbare Prolongation. Verlangsamung ist das zentrale Element, das wir nutzen, um die bewusste Steuerung zu ermöglichen. Wenn die Kinder geschickter werden und in der Wahrnehmung geschult sind, entstehen immer schnellere und bessere Reaktionen. Sie lernen, von automatisierter Steuerung auf bewusste Steuerung umzuschalten und wieder zurück in die automatisiert gesteuerten Sprechbewegungen.

Parallel legen wir viel Energie in das Element des sprechmotorischen Trainings. Die Kinder

■ **Abb. 3: Therapieergebnisse im SSI3 der Gruppe 4 von September 2007 bis Juni 2008**



werden in der Therapie für eine gewisse Zeit aufgefordert, regelmäßig und viel zu trainieren, einmal „Übungsmasse“ zu machen, um ihre Sprechmotorik zu trainieren. Hierin sehen wir eine ausgezeichnete Möglichkeit, flüssiges Sprechen zu erzeugen und eine gute Routine in der oben beschriebenen Fertigkeit anzutrainieren.

Stabilisierungsphase: dran bleiben

Damit die Therapieerfolge auch nachhaltig gesichert werden, gilt es in Übung zu bleiben. Im Verlauf der Therapie erlernen die Kinder neue Bewegungs- und Verhaltensweisen bezüglich ihrer Redegestaltung und ihres kommunikativen Handelns. Hierbei ist zu bedenken, dass die alten und die neu erlernten motorischen Muster, Verhaltensweisen und Gefühle miteinander konkurrieren. Besonders in Stresssituationen kann es zu Rückfällen kommen, weshalb die Eltern zu

Beginn dieser Phase angeleitet werden, das Sprechen ihres Kindes zu beobachten und mit ihm weiterhin auf einem niedrig gehaltenen Übungsniveau zu trainieren. Wenn es notwendig ist, werden zusätzliche individuelle Maßnahmen vereinbart.

Außerdem bieten wir in der Praxis zwei Übungsgruppen an, die einmal im Monat stattfinden und den Therapeutinnen erlauben, die weitere Entwicklung der Kinder zu beobachten und mögliche Rückschritte schnell aufzufangen. Unsere Erfahrung ist, dass sich die einmal gut gelernten Modifikationstechniken auch lange Zeit nach der Therapie schnell wieder aktivieren lassen.

Evaluationsergebnisse

Im Rahmen der Erstellung ihrer Diplomarbeit hat die Diplom-Logopädin Jana Zang in einer unserer Kindergruppen mit dem SSI3 Messungen bei insgesamt 8 Kindern im Alter zwischen 10 und 12 Jahren durchgeführt. Im Säulenvergleich der Gesamtgruppe ist ein durchschnittlicher Rückgang im Schweregrad des Stotterns um fast 2 Schweregradpunkte zu erkennen (Abb. 3).

Dieses Resultat ist repräsentativ für die Ergebnisse, die wir in allen Gruppen erzielen. Damit erreichen wir nicht bei jedem Kind unser Ziel vollständig, aber fast alle Kinder nähern sich dem Ziel, spontan, anstrengungsfrei, natürlich und möglichst ohne Stottersymptome sprechen zu können, deutlich an. 80% der Kinder in den Kindergruppen erreichen eine deutliche Reduktion der Häufigkeit und Schwere ihrer Stottersymptome.

In von uns konzipierten Kinderfragebogen gaben die Kinder zu der Frage „Ist dein Spre-

chen durch die Therapie leichter geworden?“ Folgendes an (Skala von 0 = „gar nicht leichter“ bis 10 = „sehr viel leichter“):

Von 23 befragten Kindern wählten 15 Kinder die Antwortmöglichkeit „sehr viel leichter“ mit der höchsten Punktzahl 10, 3 Kinder wählen diese Antwort mit der Punktzahl 9, bei 2 Kindern ergeben sich 8 Punkte und bei jeweils einem Kind Antworten mit 7, 5 und 4 Punkten, was in allen Fällen auch mit unserer Einschätzung übereinstimmt.

Die Kinder verbessern sich aber nicht nur im Sprechfluss, sondern gewinnen auch Kompetenzen, in ihren Sprechablauf einzugreifen und sich mit Stottermodifikationstechniken das Sprechen zu erleichtern. Auf die Frage „Wie gut kannst du beim Sprechen außerhalb der Therapie anwenden, was du gelernt hast?“ gaben von den 23 befragten Kindern 9 Kinder an, die Techniken „sehr gut“ anwenden zu können, weitere 9 Kinder gaben an, sie „gut“ anwenden zu können. Jeweils 2 Kinder gaben an, die Techniken nur „wenig“ oder „gar nicht“ beim Auftreten von Stottern im Alltagsprechen einsetzen zu können.

Damit erreichen 80% der Kinder auch unser zweites oben angeführtes Ziel, einen kompetenten Umgang mit der verbleibenden Symptomatik zu erlernen. Sie erarbeiten sich – auch wenn ihre Stottersymptome (noch) nicht zu 100% beseitigt wurden – doch einen selbstbewussten, akzeptierenden Umgang mit ihrem Stottern und lassen sich in ihren Kommunikationsbedürfnissen nicht mehr durch das Stottern einschränken.

Bei der Frage „Redest du gerne?“ wählten von den 23 Kindern, die am Ende ihrer Therapie oder im Verlauf der Übungsgruppe befragt wurden, 19 Kinder die Antwortmög-

lichkeit „sehr gerne“ mit der höchsten Punktzahl 10, 2 Kinder wählten die Möglichkeit mit der Punktzahl 9, bei jeweils einem Kind ergaben sich 8 bzw. 5 Punkte.

In der Frage nach der Peinlichkeit der Anwendung von Stottermodifikationstechniken wählten 19 Kinder auf der Punkteskala die Antwortmöglichkeiten 0 bis 3 („nicht peinlich“ bis „nur wenig peinlich“) und nur 4 Kinder Antworten im Bereich der Punktzahlen 7, 8 und 10 („sehr peinlich“). Damit erreichten über 90 % der Kinder unser drittes Ziel, mit Sprechfreude und Selbstbewusstsein den Alltag zu bewältigen.

Ausblick

Weitere Antworten auf Fragen, die den Kindern und Eltern vorgelegt wurden, untermauern die vorgestellten Ergebnisse und ermutigen uns, weiter an unserem Konzept zu arbeiten und es zu optimieren. Wir arbeiten kontinuierlich daran, ein ausformuliertes Konzept mit Zielsetzungen, Prinzipien, Methodentabelle, Therapiebeispielen, konfektionierten Stundenverläufen, Materialvorschlägen und unseren Fragebögen in einer Veröffentlichung zu Verfügung zu stellen.

Die Gruppe haben wir als eine ideale Form der Stottertherapie mit Schulkindern identifiziert und unser Ziel ist, dass möglichst vielen stotternden Kindern diese Option eröffnet wird. Wir möchten deshalb LogopädInnen und SprachtherapeutInnen, die im Bereich Stottertherapie arbeiten, sehr zu solch einem Angebot der ambulanten Gruppentherapie für Kinder ermutigen und motivieren.

SUMMARY. The Hamburg Group Therapy for Stuttering Children

The Hamburg Group Therapy for Stuttering Children is an ambulatory facility in logopedic praxis. Stuttering group therapy is more successful, more effective, cheaper and is more fun than individual therapy. Within a manageable amount of therapy settings (mostly 50) children can learn the most important components of stuttering modification, and speech fluency can be (very well) improved. This contribution explains the evaluation of our concept and our basic assumptions with regard to diagnostic approach, intentions, principles and therapy processes.

Concludingly some therapy results are presented.

KEY WORDS: Stuttering therapy – group therapy – children – evaluation

LITERATUR

- Baumgartner, S. (2002). Störung der Redefähigkeit: Stottern. In: Grohnfeld, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation*. Stuttgart: Kohlhammer
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. 2. vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer
- Donabedian, A. (1982). An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In: Selbmann, H.K. & Überla, K.K. (Hrsg.), *Quality assessment of medical care*. Gerlingen: Bleicher
- Heinemann, A. (2008), *Betrachtung logopädischer Interventionsprozesse bei stotternden Kindern in einer Hamburger Gruppentherapie – eine Einzelfallstudie*. Examensarbeit für das Lehramt an Sonderschulen, Universität Hamburg
- Katz-Bernstein, N. (2002). *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt
- Rapp, M. (2007). Stottern im Spiegel der ICF: ein neuer Rahmen für Diagnostik, Therapie und Evaluation. *Forum Logopädie 2* (21), 14-19
- Starke, A. (2006), persönliche Mitteilung in Gruppentherapie für stotternde Jugendliche und Erwachsene
- Weikert, K. (2003). Stottertherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In: Grohnfeld, M. (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 4: Beratung, Therapie und Rehabilitation* (271-234). Stuttgart: Kohlhammer
- Wesseler, M. (1994). Evaluation und Evaluationsforschung. In: Tippelt, R. (Hrsg.), *Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung*. Opladen: Leske & Budrich
- Zang, J. (2008). *Erprobung des Fragebogens AKES in der niederfrequenten ambulanten Stottertherapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universitätsklinikum Aachen
- Zückner, H. & Schneider, P. (2006). AAUS – die Aachener Analyse unflüssigen Sprechens. *Forum Logopädie 3* (20), 20-24

Korrespondenzanschrift

Bettina Dölle
 Logopädin
 Goldrutenweg 35
 21075 Hamburg
 info@praxenfuerlogopaedie.de