

Fallbeispiele für Clinical Reasoning in der Stottertherapie

Reflexions- und Entscheidungsprozesse einer Anfängerin und einer Expertin

Veronika Schade, Patricia Sandrieser

ZUSAMMENFASSUNG. Für Berufseinsteiger und Nicht-Experten stellt die Stottertherapie aufgrund ihres komplexen Anspruches meist eine große Herausforderung dar. Die individuelle Ausrichtung der Therapie erfordert vom Therapeuten nicht nur ein fundiertes Fachwissen in methodischer Hinsicht sondern auch die Fähigkeit, in einem dynamischen Prozess kontinuierlich zu reflektieren und gleichzeitig lösungsorientiert zu entscheiden. Dieser Reflexions- und Entscheidungsprozess wird als Clinical Reasoning (CR) verstanden. Eine Struktur- und Beschreibungshilfe zur Reflexion der klinischen Fragestellung stellen sogenannte CR-Formen dar. Durch ihren thematischen Fokus ermöglichen sie das klinische Problem aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und können dadurch Impulse für weiterführende Entscheidungen liefern. Auf der Grundlage zweier Fallbeispiele werden jeweils der CR-Prozess eines Anfängers und der einer Expertin unter Einbezug von CR-Formen nachvollziehbar dargestellt sowie Handlungsalternativen erörtert. Der Leser erhält damit einen Einblick, wie Formen des Clinical Reasoning im therapeutischen Alltag gewinnbringend zur Entscheidungsfindung und Qualitätssicherung bzw. im kollegialen Austausch eingesetzt werden können.

Schlüsselwörter: Stottertherapie – Clinical Reasoning – CR-Formen – Entscheidungsfindung

Clinical Reasoning in der Logopädie

Kindliche und erwachsene Redeflussstörungen gelten als eines der bestuntersuchten Störungsbilder in der Logopädie. Folgt man der Geschichte der Stottertherapie wird deutlich, dass nach dem Paradigmenwechsel von der indirekten Therapie, auf der Basis von *Wendell Johnsons Credo*, das Stottern entstehe in den Ohren der Eltern und nicht im Mund des Kindes (*Johnson 1995 in Natke 2005*), eine Wendung hin zu direkten Therapieansätzen erfolgte. Die Basis aller direkten Therapieansätze bildet der offene Umgang mit Stottern und die direkte Auseinandersetzung mit der Störung. Abhängig von der gewählten Methode erfolgt dies mehr oder weniger ausführlich. Für das therapeutische Handeln bedeutet dies einen stetigen Diskurs der klinischen Situation. Der Logopäde, verstanden als „key player“ (*Higgs et al. 2008*) steht im Zentrum der dynamischen Beziehung zwischen Störung, Patient, sozialem Umfeld und dem interdisziplinären Team. Der Begriff des Clinical Reasoning (CR) taucht bereits in den 1950er Jahren in englischsprachigen didaktischen Lehrbüchern zur Ausbildung von Ärzten auf. Übersetzt man den Begriff Clinical Reasoning bedeutet er klinische

Argumentation, Beweisführung und Schlussfolgerung. Er beschreibt damit einen kognitiven Prozess, der jedem therapeutischen Handeln zugrunde liegen sollte, deshalb als selbstverständlich angesehen wird, aber bisher, vor allem in der Logopädie, kaum Aufmerksamkeit erfahren hat (*McAllister & Rose 2008*). Im Zuge der Diskussion um evidenzbasiertes Handeln und einer Verbesserung bzw. Sicherung der Qualität logopädischer Therapien, rückt die Handlungskompetenz des Therapeuten selbst in den Vordergrund und damit die Frage, was diese ausmacht (*Manning 2009*).

Untersuchungen zum CR konnten zeigen, dass der Therapeut oder Mediziner vor allem dann einen Lernfortschritt und eine Weiterentwicklung der Kompetenz erfährt, wenn er in der Lage ist, seinen Entscheidungsprozess zu reflektieren und seinen Lösungsweg zu verbalisieren (*Ajjawi & Higgs 2007*). Dies bedeutet, dass er den Clinical Reasoning-Prozess bewusst ansteuert und auf der Metaebene reflektiert. Hilfreich für die Reflexion kann dabei eine universelle Struktur sein, die im methodischen Sinn auf CR-Formen basiert, wie sie im Folgenden eingesetzt werden.

Dipl.-Log. Veronika Schade

(geb. Gutmann) absolvierte nach ihrer Logopädie-Ausbildung den Diplom-Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Ihr Diplomprojekt führte sie am Montreal Fluency Centre/ Canada zum Thema Stottertherapie bei bilingualen Kindern durch. Seitdem arbeitet sie als Lehrlogopädin im Bereich Redeflussstörungen. Aktuell ist sie an der Abteilung für Logopädie/Schule für Logopädie des Katholischen Klinikums Koblenz als Lehrlogopädin und Therapeutin tätig. Parallel promoviert sie zum Thema Clinical Reasoning an der RWTH Aachen.



Dr. phil. Patricia Sandrieser

ist Mitautorin des Buches „Stottern im Kindesalter“. Von Januar 2000 bis Dezember 2003 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in einem Forschungsprojekt zum kindlichen Stottern an der Universität Düsseldorf. Bekannt ist sie durch ihre zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträge zum Thema kindliches Stottern und Cochleäre Implantate. Ihre Dissertation verfasste sie zum Thema Stottern im Kindesalter. Seit 2005 ist sie Leiterin der Abteilung für Logopädie und therapeutische Leiterin der CI-Rehabilitation am Katholischen Klinikum Koblenz.



Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit der Darstellung zweier realer Fallbeispiele aus der kindlichen Stottertherapie. Das erste Fallbeispiel beschreibt den Therapieverlauf und relevante Entscheidungen aus der Sicht eines unerfahrenen Berufsanfängers, das zweite Fallbeispiel wird aus der Sicht einer Expertin beschrieben. In beiden Fällen erfolgt die Bearbeitung der klinischen Situation unter Einbeziehung und Diskussion relevanter Clinical Reasoning-Formen. Im ersten Fallbeispiel wird CR als Entscheidungshilfe eingesetzt. Dies bedeutet, dass der Therapeut CR-Formen instrumentalisiert, um die klinische Situation zu analysieren und eine entsprechende Modifikation des therapeutischen Vorgehens

abzuleiten. Im zweiten Fallbeispiel wird CR eingesetzt, um Denkprozesse und Entscheidungen des Therapeuten nach innen und außen transparent darzustellen und zu begründen, um damit die Qualität der eigenen Arbeit durch die gezielte Reflexion kontinuierlich zu verbessern und sich selbst weiterzuentwickeln.

Clinical Reasoning

Im Sinne der evidenzbasierten Praxis hat der Logopäde die Aufgabe, durch Interaktion die Intentionen, Ziele und Strategien in Bezug auf die klinische Fragestellung anhand klinischer Daten zu strukturieren und gleichzeitig die Anliegen und Werte des Patienten, sein eigenes therapeutisches Wissen und seine professionelle Urteilskraft zu berücksichtigen. Dieser Prozess wird nach Higgs et al. (2008) als Clinical Reasoning verstanden.

Clinical Reasoning bedeutet demnach, die klinische Situation zu strukturieren, um nach den o.g. Kriterien effizient handeln zu können. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie diese Struktur aussehen könnte, wenn sie nicht störungsspezifisch sondern universell einsetzbar sein soll. Eine Gliederungsperspektive können hierbei CR-Formen bieten. CR-Formen einzusetzen bedeutet, einen Aspekt der klinischen Fragestellung unter einer bestimmten Perspektive zu betrachten (siehe Kasten).

Eine logopädische Interaktion spielt sich in der Regel auf unterschiedlichen Ebenen ab, z.B. auf Ebene der Interaktion, auf der fachlichen Ebene, auf der persönlichen Ebene des Patienten oder der seiner Angehörigen. Um diese vielfältigen Aspekte zu berücksichtigen, kann sich das Reasoning auf verschiedenen Ebenen abspielen. Im Kasten sind einige relevante Reasoning-Formen kurz vorgestellt. (Für einen ausführlichen deutschsprachigen Überblick s. Beushausen 2009 und Klemme & Siegmann 2006.)

Fallbeispiel aus der Perspektive der Novizin

Das folgende Fallbeispiel berichtet ausschnittsweise über die Bearbeitung eines klinischen Falles durch eine Berufseinsteigerin, eine sogenannte Novizin. Die Entscheidungen der Therapeutin werden anhand verschiedener CR-Formen dargestellt und diskutiert.

Falldarstellung

Denis, 10;6 Jahre alt, wird nach einem Anruf seiner russisch-deutschen Kinderärztin an der Logopädischschule vorgestellt. Es erfolgt ein Erstgespräch mit der verantwortlichen Lehrlogopädin, der Mutter und Denis. In

diesem Rahmen erfolgt eine Kurzanamnese und die Lehrlogopädin spricht eine Empfehlung für eine logopädische Therapie aus. Denis und seine Mutter erhalten eine erste Beratung zum Thema Stottern. Vorgestellt werden Behandlungsansätze für das Stottern generell und speziell solche, die in der Einrichtung angeboten werden. Mutter und Kind entscheiden sich für eine direkte Stottertherapie, in diesem Fall für Schul-KIDS nach Sandrieser und Schneider (2008). Der Therapiebeginn erfolgt 6 Wochen nach dem ersten Gespräch.

Anamnese und logopädischer Befund

Die Mutter berichtet, dass Denis seit dem dritten Lebensjahr stottere, seitdem eine wechselhafte Symptomatik zeige und zeitweise stotterfrei gewesen sei. Denis spreche meist nicht viel und sei teilweise schwer zu verstehen. In der Familie gibt es keine stotternden Verwandten. Die Familie stammt aus Russland, Denis ist in Deutschland geboren, versteht Russisch, spricht aber nur Deutsch und will auch nicht Russisch sprechen. Denis Mutter wünscht sich eine Therapie. Denis äußert, dass er damit einverstanden ist, weil er nicht mehr stottern will.

Anhand des SSI-3 nach Riley (1994) ergibt sich folgender logopädischer Befund: Mittelschweres Stottern (Percentile 61-77, Umfang der Spontansprachstichprobe 320 Silben) in Form von unrhythmischen Laut-, Silben- und Wortwiederholungen mit überwiegend 3 Iterationen, Blockierungen mit bis zu 2 Sekunden sowie komplexen Symptomen (Überlagerungen von sich auflösenden Blockaden mit Startern wie „ä-mhm“). Begleitsymptome treten auf motorischer Ebene (Augenblinzeln) auf und zeigen sich zudem als dysfunktionelle Coping-Strategien im Sinne von Vermeidungs- und Fluchtverhalten. Störungsbewusstsein und Leidensdruck können aufgrund ambivalenter Reaktionen nicht eindeutig beurteilt werden. In der Durchführung der RSU (Reaktionen auf das Stottern des Untersuchers nach Schneider 2003) gelingt es Denis, Symptome des Untersuchers zu erkennen, solange sie seinen eigenen Symptomen nicht ähneln. Bei sich selbst erkennt Denis keine Symptome, bestätigt lediglich, dass er bei sich schon einmal Wiederholungen gehört habe.

Therapieplanung

Anhand des Befundes erstellt die Therapeutin folgende Ausgangshypothesen:

- Denis stottert, nimmt sein Stottern aber kaum wahr.
- Denis zeigt ausgeprägtes Vermeidverhalten.

Um eine fundierte Ausgangslage für die Therapieplanung zu abzuleiten, setzt die Therapeutin das für Anfänger nahe liegende *Prozedurale Reasoning* (Fachwissen aus dem Unterricht) ein und leitet folgende erste Ziele als Therapieschwerpunkte ab:

- Denis soll im Bereich der Identifikation flüssiges Sprechen und Kernsymptome des Stotterns wahrnehmen und beschreiben können.
- Hinsichtlich der Desensibilisierung soll das Stottern thematisiert und enttabuisiert werden. Denis soll Fachwissen über Stottern erlangen sowie das Pseudostottern erlernen und in der Therapiesituation einsetzen.

Therapieverlauf

Im Bereich der *Identifikation* lernt Denis schnell, Stottersymptome auf Ebene der Fremdwahrnehmung zu identifizieren. Auf der Ebene der Selbstwahrnehmung identifi-

Formen des Clinical Reasoning

- **Prozedurales Reasoning:** Im Vordergrund steht die Anwendung und Reflexion von Fachwissen und klinischer Erfahrung sowie der Einbezug von Leitlinien, Standards und Studien.
- **Interaktives Reasoning:** Hier wird die Interaktion zwischen Patient, Therapeut und Angehörigen analysiert und wenn nötig im weiteren Therapieverlauf modifiziert.
- **Didaktisches Reasoning:** Auf dieser Ebene wird die Lehr- und Lernsituation des Patienten beleuchtet und ggfs. verändert. Ebenso wird hier die Lernsituation des Therapeuten in seinem Umfeld (Institution, Team) hinterfragt.
- **Ethisches Reasoning:** Die klinische Situation wird hierbei in Anbetracht der inneren Haltung, Einstellungen, Normen und Werte reflektiert.
- **Pragmatisches Reasoning:** Es berücksichtigt bei der Therapieplanung und Reflexion die Kontextfaktoren wie Ressourcen aller Beteiligten, das Setting oder auch die Organisation.
- **Narratives Reasoning:** Zum besseren Verständnis oder zur Interpretation der Situation werden die biografische Entwicklung des Patienten und die Bedeutung und Beeinträchtigung durch diese Geschichte in die Reflexion der Therapie aufgenommen.
- **Konditionales Reasoning:** Es wird auch als *prognostisches Reasoning* bezeichnet und ist darauf ausgerichtet, den Patienten in seiner Welt und seiner Realität zu verstehen. Die Reflexion der Therapiesituation geschieht auch unter der Vorstellung, wie der Patient nach der Rehabilitation in seiner Welt leben kann. Im Zentrum steht also die Reflexion oder Neuordnung des zukunftsgerichteten Behandlungserfolges.

ziert er Symptome zuverlässig und routiniert anhand von Pseudostottern. Bei Aufgaben, in denen er online identifizieren soll, beginnt er zunehmend stotterfrei zu sprechen. Immer wieder fällt daraufhin der Satz „Ich stotter' doch gar nicht!?". Hausaufgaben zur Identifikation kann er trotz Unterstützung der Mutter nicht erledigen, da er dabei nicht mehr stottert.

In der *Desensibilisierung* gelingt der Einstieg über den Transport von Sachinformationen durch den Einbezug unterschiedlicher Medien. Denis reagiert auf alle Inhalte emotional zurückhaltend, zeigt sich aber sehr aufmerksam. Ein Gespräch über das Stottern ergibt sich dabei nicht. Denis stellt keine Nachfragen. Parallel wird die Familie in das Thema einbezogen und durch Denis über das Störungsbild informiert. Das Thematisieren von Gefühlen im Zusammenhang mit Stottern läuft ins Leere. Denis verhält sich in den Gesprächen passiv und zeigt ausschließlich Reaktionen wie „weiß nicht“, „keine Ahnung“, „egal“ oder „ich stotter' doch gar nicht!“.

Im weiteren Verlauf kommt es zu einem zunehmenden Negieren von Symptomen. Im Rahmen der *Desensibilisierung* führt die Therapeutin ein ausführliches Elterngespräch durch, um den Eltern die Notwendigkeit und Herausforderung der *Desensibilisierung* und Identifikation zu erklären und ihnen die Gelegenheit zum intensiven Austausch zu geben. Alle Informationen der Therapeutin werden von den Eltern „abgenickt“, eine Nachfrage bezieht sich lediglich darauf, wie lange die Therapie dauern wird. Beide Eltern halten im Gespräch kaum Blickkontakt. Unklar in diesem Gespräch bleibt, wie viel der Vater inhaltlich versteht, da er zwar angibt Deutsch zu verstehen, seine Frau aber immer wieder übersetzt.

In einem Telefonat mit der Klassenlehrerin ist zu erfahren, dass Denis mündliche Beiträge nur nach direkter Aufforderung erbringt. Diese sind inhaltlich gut und er spricht flüssig in kurzen Sätzen bei hohem Sprechtempo. Er ist dann schlecht zu verstehen. In Aufsätzen hat er sprachstrukturelle Schwierigkeiten und in der Interaktion empfindet die Lehrerin Denis als „gebremst“. Insgesamt ist sie unzufrieden, weil sie trotz aller Bemühungen nicht an ihren Schüler „herankommt“.

Die klinische Fragestellung

Anhand des oben beschriebenen Verlaufs stellt sich die Situation für die Therapeutin zunehmend komplex dar. In einem ersten Reasoningprozess zur Reflexion der Situation verbalisiert sie die für sie problematischen Aspekte:

- Die Therapeutin hat den Eindruck, ihre Arbeitsgrundlage zu verlieren, da Denis in der Therapie kaum mehr stottert.
- Denis zeigt eine zunehmende Ambivalenz aus Interesse und Ablehnung.
- Es treten plötzliche Anliegen zum Thema *Desensibilisierung* auf (durch Zufall erfährt die Therapeutin von Hänseleien in der Schule).
- Es besteht Unklarheit, inwieweit die Eltern das Therapieprinzip verstanden haben und ob sie „dahinterstehen“.
- Es entsteht Druck durch Ungeduld der Eltern, die immer wieder anmerken, dass Denis immer noch stottern würde.
- Aufgrund ihrer Unerfahrenheit stößt die Therapeutin an ihre *Reflection-in-action*-Fähigkeiten; sie ist mit sich unzufrieden und fühlt sich nach der Therapie über die Maßen erschöpft.
- Die Therapeutin erkennt, dass prozedurales Reasoning ihr nicht mehr weiterhilft.

Der Reasoningprozess

Im folgenden Abschnitt wird der Reflexionsprozess der Therapeutin beschrieben, der exemplarisch zu verstehen ist und damit einen Teilbereich der Fragestellung bearbeitet. Als Struktur des Reflexionsprozesses legt die Therapeutin die o.g. Reasoningformen zugrunde und beleuchtet die klinische Situation unter interaktiven, konditionalen, didaktischen, pragmatischen und ethischen Gesichtspunkten.

Da der Reasoningprozess in Abhängigkeit zu persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht, stellen die folgenden Modifikationen eine von eventuell mehreren Entscheidungsmöglichkeiten dar.

Pragmatisches Reasoning

Die Therapeutin überlegt, welche Ressourcen ihr zur Problembewältigung zur Verfügung stehen und stellt fest, dass sie nicht noch mehr Energie bzw. Aufwand für diese Therapie leisten kann. Sie leitet daraus grundlegend für alle weiteren Aktivitäten ab, dass die Lösung für sie nicht in einem „Noch-mehr-von- allem“ liegen kann, sondern dass eine Modifikation und ggf. eine kollegiale Supervision erfolgen muss.

Interaktives Reasoning

Bei Analyse der Interaktion erkennt die Therapeutin, dass Denis sich grundsätzlich abwartend verhält, keine Initiative ergreift und keine Reaktion auf Angebote zeigt. Erwartet die Mutter oder sein älterer Bruder eine Reaktion von ihm, sprechen sie ruhig aber eindeutig bestimmend mit ihm. In den Therapiestunden hat die Therapeutin einen sehr

hohen Redeanteil, der nicht in Relation zur Notwendigkeit der Inhalte besteht. In Gruppenstunden orientiert sich Denis an den anderen Kindern und lässt sich in positivem Sinne von deren Verhalten mitreißen. Anhand der Beobachtungen leitet die Therapeutin folgende Modifikationen im Bereich der Interaktion ab: Übungsinhalte der Stunde werden fast ausschließlich in Aufträgen statt in Angeboten angetragen, da dies für Denis ein gewohnter Umgang ist und zu mehr Produktivität führt. Der hohe Redeanteil wird durch bewusste Pausensetzung und mehr Freiraum in Form von stillen Momenten in der Interaktion gesenkt – zum einen, um die Therapeutin zu entlasten, zum anderen um Denis mehr Zeit zu geben, sich in der Kommunikationssituation zurechtzufinden und in seinem Tempo zu reagieren. Für Denis sollen immer wieder Gruppenstunden anberaumt werden, in denen er sich im Kommunikationsverhalten an anderen Kindern orientieren kann.

Didaktisches Reasoning

Bei Identifikationsaufgaben zeigt sich Denis in der Sprachproduktion sehr zurückhaltend. Seine Erzählungen haben wenig Struktur und mit komplexen Aufgabenstellungen ist er schnell überfordert. In Wettbewerbssituationen mit der Therapeutin oder anderen Kindern entwickelt er einen großen Ehrgeiz und zeigt sich leistungsbereit. Die Einführung von Verstärkerplänen mit dem Anreiz, sich eine besondere Unternehmung mit seinem Vater zu verdienen, reduzieren sein Vermeidverhalten in den Identifikationsaufgaben. Zur Verbesserung der Lernsituation leitet die Therapeutin folgende Konsequenzen ab: Linguistische Anforderungen in der Spontansprachproduktion werden gering gehalten, um die Aufgaben für Denis einladend und machbar darzustellen. Die Behandlung etwaiger sprachsystematischer Defizite hat derzeit keine Priorität. Zur besseren Orientierung erhält Denis ein hochfrequentes Therapeutenmodell. Die positiven Effekte der Wettbewerbssituation werden durch Gruppenstunden oder Besucher (Freunde, Geschwister) vermehrt anvisiert. Das System der Verstärkerpläne wird unbedingt beibehalten und in Rücksprache mit dem Vater als festes Element der Therapie etabliert.

Konditionales Reasoning

Trotz viel Empathie und Engagement findet die Therapeutin keinen Zugang zu Denis. Sie beobachtet, dass sich seine Vorbilder, sein Vater und sein großer Bruder, grundsätzlich anders verhalten als sie selbst. In der Familie gibt es eine starke Hierarchie und ein traditionelles Rollenbild. Das The-

matisieren von Gefühlen und Schwäche kennt Denis nicht und lehnt es ab. Seine Therapiemotivation bezieht sich lediglich darauf, stotterfrei zu sprechen. Im Sinne des konditionalen Reasonings versucht sich die Therapeutin in Denis' Welt hineinzuversetzen und seinen kulturellen Hintergrund, seinen Sozialisationsprozess zu verstehen und anzuerkennen. Sie erkennt die oben beschriebenen Aspekte nicht als Defizite, sondern als Eigenschaften des Patienten an und leitet folgende Modifikation für sich ab: Sie erkennt die Hierarchie und Rollenverteilung der Familie an und versucht Denis' Vorbilder in die Therapie zu integrieren bzw. deren Eigenschaften positiv für die Therapie zu nutzen (statt Ängste zu thematisieren, werden Mutproben und „Coolness-Faktor“ zu Variablen in der Desensibilisierung). In allen Übungen wird ein direkter Bezug zum flüssigen Sprechen hergestellt, um die Perspektive der Übung eindeutig darzustellen, gleichzeitig werden die Schwerpunkte der Therapie verlagert und ein rascher Beginn der Modifikationsphase eingeleitet. Zudem kann bei Anbahnung der Sprechtechniken der prophylaktische Gebrauch der Technik in den Vordergrund gestellt werden.

Ethisches Reasoning

Die Therapeutin reflektiert ihre eigenen Werte und Normen und stellt fest, dass sie die feste innere Überzeugung hat, dass zur Behandlung der Redeflussstörung ein direkter, offensiver Umgang mit allen in Zusammenhang stehenden Konflikten und Emotionen unbedingt notwendig und hilfreich ist. Generell hat sie die Einstellung, im Leben besser zurechtkommen zu können, wenn man in der Lage ist, über Gefühle und Konflikte sprechen zu können. Gleichzeitig beobachtet sie bei Denis' Familie eine starke Zurückhaltung beim Thematisieren von Gefühlen. In Gesprächen mit den Eltern respektieren diese alle Themen der Therapeutin stillschweigend und hinterfragen trotz deutlicher Erwartungshaltung nicht ihr langfristiges, kleinschrittiges Vorgehen.

Als Konsequenz aus dieser Erkenntnis variiert die Therapeutin ihr Verhalten und spricht Gefühle defensiv und mit Diskretion an. Um das Wertesystem der Familie besser verstehen zu können, sucht sie den Austausch mit Kolleginnen, die ihr aufgrund ihrer Abstammung das Verhalten der Eltern erklären und Erwartungen sowie Interpretationen des Verhaltens relativieren können. In diesem Zusammenhang strebt die Überlegungen an, an welcher Stelle kulturelle Bezugspunkte für alle Beteiligten geknüpft werden könnten.

Fallbeispiel aus Sicht der Expertin

Falldarstellung

Paul wurde erstmals im Alter von 5;3 Jahren zur Abklärung seiner Sprechunflüssigkeiten in der pädaudiologischen Sprechstunde der Klinik vorgestellt. In diesem Zusammenhang wurde eine standardisierte und teils normierte Diagnostik durchgeführt. Die Untersuchungen ergaben ein mittelschweres Stottern (SSI-3 nach Riley 1994, Perzentile 61-77, Umfang der Spontansprachstichprobe 307 Silben) in Form von Wiederholungen mit bis zu drei Iterationen und Blockierungen mit einer Dauer von bis zu 2 Sekunden. Die Indikation für eine logopädische Therapie war durch die auftretende Begleitsymptomatik (Tonuserhöhung im Symptom, Mitbewegungen des Kopfes, Augenblinzeln) und dem hohen Informationsbedarf und der psychischen Belastungssituation der Eltern durch das Stottern gegeben. Die Therapie erfolgte am Heimatort nach dem Konzept der Stottermodifikation. Der Abschluss dieser Therapie erfolgte im Oktober 2010 während einer Phase geringen Stotterns ohne Begleitsymptomatik. Das Kind wurde erneut in unserer Klinik im Februar 2011 mit dem Anliegen einer Diagnostik, Beratung und etwaigen Therapie vorgestellt.

Anamnese und Logopädischer Befund

Bei Paul handelt es sich um ein ehemaliges Frühgeborenes (26. SSW), mit Mikrozephalie. Im Vorschulalter wurde in einem Sozialpädagogischen Zentrum eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt, die Werte im unteren Normbereich ergab. Im Kindergartenalter litt Paul unter Krampfanfällen, die medikamentös behandelt wurden, inzwischen ist er ohne Medikamente anfallsfrei. Paul besucht die Regelschule (3. Klasse, durchschnittlicher Schüler), ist dort gut integriert, Hänseleien wegen des Stotterns sind noch nicht aufgetreten. In der vorherigen Therapie ist geübt worden, dass die Eltern Paul mit „Stopp“-Zuruf im Symptom stoppen. Als Technik hat er freiwilliges Stottern (Wiederholungen), auch in-vivo in der Therapie und unter Einbeziehung der Eltern geübt, eine Symptomlösestrategie ist nicht etabliert worden, da die Stottersymptomatik während der Therapie abnahm.

Bei Kind und Eltern zeigt sich eine hohe Therapiemotivation. Der Vater möchte, wenn der Schichtdienst es zulässt, gemeinsam mit der Mutter an der Therapie teilnehmen. Die Durchführung der Diagnostik ergibt ein sehr schweres Stottern (SSI nach Riley 1994: Perzentile 96-99) mit 18% Stotterereignissen

(Blockierungen mit einer Dauer von bis zu 7 Sekunden, Wiederholungen mit bis zu 3 Iterationen, gelegentlich auch Dehnungen >1 Sekunde) und auffällig bewerteten Begleitsymptomen in Form von Fluchtverhalten im Symptom (Tonuserhöhung im oro-fazialen Bereich, Atemvorschub und extreme Mundöffnung während der Blockierungen). Die Begleitsymptomatik zeigte sich ebenfalls in Form von psychischen Reaktionen und dem Verbalisieren von Leidensdruck und Störungsbewusstsein (Stottern stört, soll weggehen, ist anstrengend) (*Prozedurales Reasoning*). Erneut ist die Therapieindikation gegeben durch soziale Auffälligkeit der Begleitsymptome, Pauls Anstrengungsverhalten und die hohe Belastung der Mutter, die die langen Blockierungen nicht gut aushalten kann und sich hilflos fühlt (*Prozedurales Reasoning, Narratives Reasoning und Konditionales Reasoning*).

Therapieplanung

Die Eltern werden über verschiedene Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und entscheiden sich für das Konzept der Stottermodifikation (KIDS, Sandrieser & Schneider 2008). Vorrangiges Ziel ist es, eine Symptomlösetechnik zu vermitteln, um dem Kontrollverlust im Symptom und den daraus resultierenden Begleitsymptomen entgegenzuwirken und die Eltern aus der Rolle der „Stopper“ im Gespräch zu nehmen, da Paul nach dem Stoppen keine geeignete Technik einsetzen kann (*Interaktives Reasoning, Pragmatisches Reasoning*). Damit soll die Selbstwirksamkeit des Kindes erhöht werden. Ein weiteres formuliertes Ziel ist die Weitergabe von Informationen an die Eltern, da sie in der Anamnese nachfragen, ob das Stottern durch die Frühgeburtlichkeit bedingt sein kann.

Das Angebot der Eltern, zu zweit an der Therapie teilzunehmen, wird durch einen Termin am späten Nachmittag umgesetzt. Damit wird beiden die Möglichkeit gegeben, die Technik zu erlernen und so auch Modell für den Sohn sein zu können. Zudem erwartet die Therapeutin, dass durch das gemeinsame Üben die Erwartungshaltung der Eltern realistische Ausmaße annimmt, da sie den Aufwand des motorischen Lernens selbst kennen lernen (*Pragmatisches Reasoning, Konditionales Reasoning*).

Als Fernziel ist zu klären, ob tatsächlich noch kein Hänseleien in der Schule aufgetreten ist, da die Symptome sozial als sehr auffällig eingestuft werden können (*Konditionales Reasoning*).

Eine weitere Fragestellung für den Verlauf der Therapie ist die Einschätzung von Pauls

Selbstständigkeit und der Eltern-Kind-Interaktion, da die Mutter in der Diagnostiksituation sehr behütend wirkt (*Interaktives Reasoning*).

Relevant erscheint zudem die Erörterung von Ressourcen zur selbstständigen Umsetzung einer erlernten Technik im Alltag (*Pragmatisches Reasoning, Konditionales Reasoning*).

Therapieverlauf

Paul und seine Eltern zeigen gute Vorkenntnisse zur Therapie und einen offenen Umgang mit dem Thema Stottern. Die Eltern wirken bereits nach wenigen Stunden durch die aktive Teilnahme an der Therapie sehr entlastet und schätzen besonders die Möglichkeit zum Informationsaustausch (*Interaktives Reasoning*). Bereits in der Desensibilisierung kann parallel zum In-vivo-Training des Pseudostotterns die Technik des Pull-outs auf Wortebene (vorerst als Prolongation) eingeführt werden.

Die klinische Fragestellung

Ab der 8. Therapiestunde kristallisieren sich zwei Problemfelder heraus:

► Das Erlernen der Prolongationen auf linguistisch höherem Niveau als auf Wortebene erfordert von Paul ungewöhnlich viel Übung (*Didaktisches Reasoning, Prozedurales Reasoning*). Da beide Eltern an der Therapie teilnehmen und sich gut anleiten lassen, können Übungsaufgaben für das häusliche Umfeld über das Konzept der Vertragsarbeit mitgegeben werden. Die Einführung von Verstärkerplänen dient der Motivation (*Didaktisches Reasoning und Pragmatisches Reasoning*).

Paul hat die Tendenz, in der Durchführung der Technik zu hyperten zu werden, die Feinabstimmung der Spannung (im Stoppen und in der Lösung des Symptoms) fällt ihm schwer. Die Schwierigkeiten könnten durch Wahrnehmungsprobleme begründet sein, die auf dem frühkindlich unreifen ZNS beruhen. Daher wird die Therapie dahingehend modifiziert, deutlich mehr Ganzkörperarbeit, (laut-)unterstützende Bewegungen und Elemente aus der Stimmtherapie zur Tonusregulation und Verbesserung der Wahrnehmung zu integrieren. Paul spricht darauf sehr gut an und zeigt eine Verbesserung der Wahrnehmung sowie der motorischen Kontrolle und Koordination (*Prozedurales Reasoning, Didaktisches Reasoning*).

► Auf der Verhaltensebene ist zu beobachten, dass Paul grundsätzlich in neuen Situationen verweigert, vor allem auch außerhalb des Therapieraumes bei In-vivo-Übungen. Dies führt zu einer verstärkten Arbeit an der Desensibilisierungshierarchie und einer Zunahme der Elternarbeit, da die Mutter durch

ihr beschützendes Verhalten Pauls Verweigerung unterstützt (*Interaktives Reasoning*). Verständlicherweise hat die Mutter durch die Vorgeschichte (extreme Frühgeburtlichkeit, Entwicklungsprobleme) einen weniger gelassenen Umgang mit Defiziten und Misserfolgen des einzigen Kindes (*Narratives Reasoning, Ethisches Reasoning*). Dies kann sie auf Nachfrage hin gut verbalisieren. Es gibt aber keine sichere Erkenntnis, dass das Verhalten ursächlich mit dem mütterlichen Verhalten zusammenhängt. Da in der Stottertherapie kein obligatorisch logopädischer Auftrag zur Bearbeitung dieser speziellen Belastungssituation der Mutter besteht, entscheidet sich die Therapeutin, ihre Beobachtungen ihr gegenüber anzusprechen, aber auch die Zurückhaltung, in diesem Problemfeld dann weit über das Stotterthema hinaus aktiv zu werden (*Ethisches Reasoning, Konditionales Reasoning*). Die Therapeutin sieht dennoch gute Möglichkeiten, der Mutter im geschützten Rahmen der Stottertherapie Pauls Entwicklungspotenzial in diesem Bereich aufzuzeigen (*Pragmatisches Reasoning*). Daher soll die Mutter in der Therapie anwesend bleiben und über die Erfolgserlebnisse des Sohnes im geschützten Raum die Möglichkeit haben, seine Veränderung (zumindest bzgl. Stottern/Kommunikation) zu beobachten und zu verstehen. Von sich aus greift die Mutter das Thema der großen Sorge in einer Stunde nach einem Elterngespräch noch einmal auf und berichtet, dass sie sich professionelle Unterstützung suchen möchte.

In der 13. Stunde erscheint die Familie sehr aufgeregt zur Therapie: Paul ist in der Schule gehänselt worden. Paul ist sehr aufgebracht und die Eltern wirken hier sehr hilflos in der Unterstützung ihres Sohnes, sodass eine sofortige Bearbeitung des Themas sinnvoll erscheint (*Interaktives Reasoning, Konditionales Reasoning, Narratives Reasoning*).

Nach den Schilderungen ist zu erwarten, dass es in naher Zukunft zu weiteren Hänseleien kommt. Daher treffen die Therapeutin und Eltern die Entscheidung, die aktuelle Stundenplanung zu ändern und über Rollenspiele für eventuell kommende Situationen, in denen Paul gehänselt wird, Handlungsstrategien zu überlegen, auf ihre Nützlichkeit hin zu bewerten und einzuüben (*Interaktives Reasoning, Pragmatisches Reasoning*).

Im Anschluss an dieses Therapieintervall wird Paul in unserer Klinik die Teilnahme an einer Stotter-Intensivwoche angeboten: Jedes Kind erhält täglich zwei Einzeltherapien, eine Gruppentherapie und es findet täglich eine begleitende Elterngruppe statt, um den

Eltern die Austausch- und Entlastungsmöglichkeit mit anderen Eltern zu geben und Paul zu ermöglichen, in der Gruppe mit Gleichaltrigen zu üben. Ziel der Teilnahme ist es, Paul die Möglichkeit zu geben, die Problemlösestrategien einzusetzen, durch die Dynamik der Gruppe entlastet zu werden und sich an den anderen Kindern bei In-vivo-Aufgaben orientieren zu können (*Pragmatisches Reasoning, Didaktisches Reasoning, Konditionales Reasoning*).

Mit der zunehmenden Etablierung der Symptomlösetechnik scheint es sinnvoll zu sein, einen Schulbesuch durchzuführen, um bei Paul die Hemmschwelle zu nehmen, die Technik auch im schulischen Alltag einzusetzen. Erfreulicherweise gibt es weder von Paul noch vonseiten der Eltern Bedenken dagegen. Voraussetzung dafür ist derzeit noch eine Phase motorischen Übens, um die Technik auch auf höherem linguistischem Niveau routiniert und zuverlässig einsetzen zu können.

Fazit

In den beiden Fallbeispielen wurden exemplarisch die unterschiedlichen funktionellen Aspekte von Clinical Reasoning-Formen dargestellt. Reasoning-Prozesse zeichnen sich durch ihre individuelle Abhängigkeit von Persönlichkeit und Wissen der einzelnen Therapeutin aus. Dies bedeutet, dass eine klinische Fragestellung zwar interindividuell bearbeitet werden kann, dennoch jede Entscheidung intensiv begründet werden sollte, um den Patienten und die Therapeutin vor allein intuitivem oder explorativem und damit intransparentem Vorgehen zu schützen.

Für beide Fallbeispiele bedeutet dies, dass davon ausgegangen werden muss, dass für alle Beobachtungen und Fragestellungen auch andere Modifikationen denkbar sind. CR-Formen sind demnach als Strukturhilfe und Impulsgeber zu verstehen. Unabhängig davon kann der bewusste Einsatz von CR-Formen in verfahrenen Fragestellungen für einen Perspektivwechsel sorgen und damit neue Lösungswege aufzeigen.

Werden CR-Formen eingesetzt, um Experten-vorgehen zu erklären und Strategien erfahrener Kliniker nachvollziehbar darzustellen, ermöglicht dies weniger erfahrenen Kollegen, sich Lösungswege und Strategien anzueignen, die sich nicht nur auf einen einzelnen Fall, sondern auf unterschiedliche Fälle anwenden lassen. Die Erkenntnis des Lösungsweges befähigt sie, eigenständig neue, spezifische Lösungen für individuelle Fragestellungen zu entwickeln und zu überprüfen und damit eine transparente und qualitativ hochwertige Therapiearbeit zu gewährleisten.

LITERATUR

- Ajjawi, R. & Higgs, J. (2007). Learning to a reason: a journey of professional socialisation. *Advances in Health Sciences Education* 13, 133-150
- Beushausen, U. (2009). *Therapeutische Entscheidungsfindung in der Sprachtherapie. Grundlagen und 14 Fallbeispiele*. München: Elsevier
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. & Christensen, N. (2008). *Clinical Reasoning in the health professions*. Amsterdam: Butterworth Heinemann
- Klemme, B. & Siegmann, G. (2006). *Clinical Reasoning*. Stuttgart: Thieme
- McAllister, L. & Rose, M. (2008). Speech-language pathology students: learning clinical reasoning. In: Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. & Christensen, N. (2008), *Clinical Reasoning in the health professions* (397-404). Amsterdam: Butterworth Heinemann
- Manning, W.H. (2009). *Clinical decision making in fluency disorders*. New York: Delmar
- Natke, U. (2005). *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber
- Riley, G.D. (1994). *Stuttering Severity Instrument for children and adults*. Austin: Pro-Ed
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- Schneider, P. (2003). RSU – Reaktion auf das Stottern des Untersuchers. In: Sandrieser, P. & Schneider, P. (Hrsg.), *Stottern im Kindesalter* (215). Stuttgart: Thieme

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2011-53020110504

Korrespondenzanschrift

Dipl.-Log. Veronika Schade (geb. Gutmann)
Katholisches Klinikum Marienhof / St. Joseph gGmbH
Abteilung für Logopädie / Schule für Logopädie
Rudolf-Virchow-Str. 7-9
56073 Koblenz
v.gutmann@kk-koblenz.de

SUMMARY. Case-Studies for Clinical Reasoning in stuttering therapy – reflection and decision-making processes by a young professional and a trained expert

For young professionals and non-experts stuttering therapy is a big challenge because of its complex demands. Individual therapy approaches require not only profound methodological knowledge but also a deeply reflected decision-making process, so-called Clinical Reasoning, CR. There are particular forms of Clinical Reasoning which help to structure and to describe inquiry in a therapeutic practice. These forms focus on the clinical problem, help to examine the setting from different perspectives and to develop further decisions. The article presents a young professional's and an expert's CR process including forms of CR and possible options. It shows how forms of Clinical Reasoning can be implemented to support decision-making and quality management in therapy practice and also in interdisciplinary discussion.

key words: stuttering therapy – Clinical Reasoning – forms of CR – decision-making