

# Sprechwerkzeuge stottern nicht

## Zur Komplexität von Stottertherapie

Stephan Baumgartner †

**ZUSAMMENFASSUNG.** Vor dem Hintergrund der Forderung nach evidenzbasierter Praxis und der empirischen Bedeutung des „human factor“ für das therapeutische Lernen wird auf die Beachtung der umfangreichen bio-psycho-sozialen Wirkung der Stottertherapie verwiesen. In Zukunft sollte die Forschung weniger Input und Output in der Therapie fokussieren als den Lernprozess selbst, sowie die Selbstregulation der lernenden Person. Sprechmodifikation, Stottermodifikation und psychologische Therapie sind integrierter zu konzipieren, zu realisieren und zu evaluieren.

Schlüsselwörter: Stottertherapie – Komplexität – Wirkfaktoren – Selbstmodifikation

### Einleitung

In Deutschland kann jeder Stottertherapeut ungeprüft sagen, was er will, und machen, was er will und wie er es will. In einer persönlichen Mitteilung unterstreicht Mathias Kremer, bis vor kurzem Vorsitzender der Bundesvereinigung der StottererSelbsthilfe, was er bereits auf dem Diskussionsforum der Teilnehmer mit den Referenten im Anschluss an den Kongress der Akademischen Sprachtherapeuten 2010 in Halle an deutlichen und kritischen Worten gefunden hatte: „Jeder kocht sowohl bei der Diagnostik, der Therapie als auch bei der Evaluation sein eigenes Süppchen. Basis für die Arbeit am sprechbehinderten Menschen ist nach wie vor das Bauchgefühl oder der ‚persönliche Erfahrungsschatz‘, beides wird dann in zahlreichen Fortbildungen nicht geprüft unter ratlose und fragende (Therapeuten-)Volk gebracht.“ Noch fehlen verbindliche Leitlinien und Standards, es gibt keinen „approbierten Stottertherapeuten“, keine vergleichbare und genormte Ausbildungssituation. Es fehlt die Professionalisierung der Stottertherapie in Richtung eines empirisch-fundierte Heilberufs, der das „anything goes“ durch verbindliche Regeln ablöst.

### Empirische Befundlage und Evidenz

Für die in Deutschland praktizierte Stottertherapie liegen nur wenige verlässliche Daten aus echten und vergleichbaren Langzeitstudien darüber vor, wer welche Methoden wie

erfolgreich bei wem einsetzt (Baumgartner 2010a). Das schwache Datenmaterial bezieht sich sowohl auf die vielen Intensivtherapien mit jugendlichen und erwachsenen Menschen, die stottern, als auch auf die Effekte ambulanter Individualtherapien (Iven & Kleisendorf 2010). Höchst selten legt eine stottertherapeutische Untersuchung den Faktor des manualgetreuen Vorgehens offen.

Führt der Therapeut seine Intervention so, wie beschrieben, also prototypisch durch? Richtet er sich nach dem originalen Manual, gab es für das Vorgehen ein Training, ein Coaching? Gibt es überhaupt ein Manual? Kann man von der Wirksamkeit eines Verfahrens sprechen, wenn der Therapeut Standards nicht folgt und individuell bzw. nach Situation willkürlich das Vorgehen verändert (Kaderavek & Justice 2010)? Was bedeutet es, wenn eine Studie, etwa die zur Kasseler Stottertherapie, keine inhaltliche Aussage zu Abbrecherraten zulässt, und der Therapieforscher, vor allem in Langzeitstudien, immer stärker nur noch die zufriedenen Patienten in seinem Datensatz hat (Euler et al. 2009)?

Über 90% aller Wirksamkeitsstudien betreffen das Fluency-Shaping, darin vor allem die systematische Verstärkung des stotterfreien Sprechens (Bothe et al. 2010). Gut sind die Input- und Outputeffekte des Lidcombe-Programms für Kinder, die stottern, erforscht, allerdings überhaupt nicht seine vielfältigen Wirkmechanismen. Die intrinsischen (Selbst-)Wirksamkeitsmechanismen, die Baumgartner (2010b) für das erfolgreiche Lernen nach

### Dr. Stephan Baumgartner,

Sprachheilpädagoge und Diplom-Psychologe, war bis April 2011 Akademischer Direktor am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Leiter der Beratungsstelle für stotternde Menschen und ihre Angehörigen. Er verfügte über langjährige Erfahrung in der Stottertherapie und war Autor von Büchern und zahlreichen Fachartikeln. Er verstarb am 17.9.2011 nach langer, schwerer Krankheit im Alter von 63 Jahren.



dem Camperdown-Programm zur Behandlung jugendlicher und erwachsener Menschen, die stottern, vermutet, finden ihre Bestätigung in aktuellen Überlegungen zur Selbstregulation des Lernens bei der Anwendung des Lidcombe-Programms (Hayhow 2011, Lattermann 2010).

Zusammengefasst mangelt es an zuverlässigen und gültigen Beobachtungsstudien unter den Bedingungen der klinischen, maßgeschneiderten Alltagspraxis genauso, wie an randomisierten, kontrollierten Studien (RCT), d.h. Studien mit zufällig gebildeter Experimental- und Kontrollgruppe. Die interne Verifikation der Stottertherapie durch die Betroffenen selbst ist zwar klinisch wünschenswert, aber durch die externe objektive wissenschaftliche Verifikation nicht zu ersetzen (Kamhi 2011, Kaderavek & Justice 2010). Selbst wenn die Evidenzen bekannt sind, ist das Implementieren einer evidenzbasierten Praxis für Stottertherapeuten schwierig. Die Studie von O'Connor & Pettigrew (2009) benennt bekannte Hürden:

- Keine Zeit der Therapeuten, Forschungsergebnisse zu lesen.
- Keine Zeit, neue Ideen in die von Routine geprägte Praxis zu übertragen.
- Relevante Literatur ist auf viele Anbieter verteilt und schwer zu erreichen.
- Die Ergebnisse sind nicht wirklich relevant für das eigene Setting.

- Die Vorschläge zur praktischen Umsetzung im Alltag sind mangelhaft.

Sind Standards und Evidenzbasierung einerseits, maßgeschneiderte, Bedeutung gebende und flexible Interventionen andererseits ein Widerspruch? Nein, weil Stottertherapeuten die Integration der besten verfügbaren Forschung mit der persönlichen Fachlichkeit des Therapeuten brauchen. Nein, weil sich Stottertherapeuten auf Regeln der Vorgehensweise einigen müssen und verantwortungsbewusst Standards für die Störungsbezogenheit der Intervention wollen. Zudem benötigen sie Regeln für die interne und die externe Kontrolle der Lernausgangslage des Patienten sowie für seinen Lernfortschritt (Richtlinien der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten, ivs).

Ein Therapeut behandelt stotterspezifisch, indem er die besten Bausteine aus den bekannten evidenzbasierten Verfahren herausnimmt und daraus maßgeschneidert die Therapie für das jeweilige Stottern und die benachbarten weiteren Störungen in ihren Kontexten entwickelt. Das soll nichts zu tun haben mit der zufälligen, sogenannten eklektizistischen Kombination verschiedener Ansätze. Da verhalten sich Therapeuten wie Künstler, die etwas zusammenbasteln, und der Patient weiß zum Schluss nicht, wie ihm geschieht, welches Ziel der Therapeut mit welcher Methode und Technik verfolgt und wohin der Patient seine Ressourcen orientieren soll.

## Die Bedeutung des „human factors“ für das therapeutische Lernen

Bekanntlich hat die psychotherapeutische Wirkfaktorenforschung erbracht, dass über alle Therapien hinweg das spezifische Behandlungsmodell und die damit verbundene therapeutische Technik nur 15% der Effekte trägt (Herpertz & Caspar 2008). Transferiert man dieses Ergebnis bei allen Vorbehalten auf die Stottertherapie, erscheint sinnlos, die Steigerung der Wirksamkeit der Stottertherapie von der Optimierung dessen abhängig zu machen, was Stottertherapeuten so häufig im Fokus haben, nämlich die Sprechtechnik selbst (Botterill 2011).

Mittlerweile stellen Sprachtherapeuten selbst Überlegungen an, dass für den Erfolg der Intervention allgemeine Faktoren wie die therapeutische Beziehung, die Intensität der Behandlung oder die Erfolgserwartungen des Klienten, insgesamt der sogenannte „human factor“, eine wichtigere Rolle spielen als spezifische Komponenten der Behandlung, z.B. das Sprechtraining (Bernstein Ratner 2006, Botterill 2011, Ebert & Kohnert 2010, Cream et al. 2003, Hayhow 2011, Nelson 2011).

Hansen legte 2009 eine qualitative Untersuchung zu den Arbeitsmustern ambulanter logopädischer Therapieprozesse vor. Danach wirkt in der Sprachtherapie besonders die Fähigkeit der Therapeutin zur Einschätzung

der psychisch-emotionalen Verfassung der Patienten, das Einstellen auf einen Patienten und seine Angehörigen, die Wertschätzung persönlicher Leistungen, Ziele, Erfahrungen und individueller Problemlösungen, das Aushalten prognostischer Unsicherheit oder das Herstellen gemeinsamer Fortschrittsbewertungen.

In der Studie von Ebert & Kohnert (2010) beurteilten 158 Sprachtherapeuten die Bedeutung 25 klinischer Qualitäten, nach denen in einer zuvor durchgeführten Untersuchung besonders erfolgreich arbeitende Sprachtherapeuten von ihren Kollegen eingeschätzt wurden. Das Ergebnis überrascht nicht. In der Rangreihe ganz oben stehen funktionale Kontexte in der Behandlung, flexibles Eingehen auf die Veränderungsbedürfnisse des Klienten, die Motivation des Therapeuten, mit einem bestimmten Klienten arbeiten zu wollen sowie die therapeutische Expertise.

Die qualitative Studie von Anderson & Felsenfeld (2003) legt bemerkenswert offen dar, worauf heute erwachsene stotternde Menschen ihre Heilung nach dem 10. Lebensjahr zurückführen: Auf ihr erhöhtes Selbstvertrauen, auf ihre hohe innere Motivation, auf die positive Veränderung ihres Sprechens und auf die Anwendung ihrer selbstentwickelten Sprechhilfen.

28 ehemalige Patienten beurteilen die Effektivität und die Ineffektivität ihrer Stottertherapie unter dem Aspekt ihrer gegenwärtigen

## Nachruf auf Dr. Stephan Baumgartner

Dr. Stephan Baumgartner verstarb am 17.9.2011 nach langer, schwerer Krankheit im Alter von 63 Jahren.

Seit Beginn der Besetzung des Lehrstuhls für Sprachbehindertenpädagogik durch Prof. Dr. Anni Kotten-Sederqvist im Jahr 1974 war Dr. Stephan Baumgartner Mitglied des Lehrstuhls: zunächst als Wissenschaftlicher Assistent, dann als Akademischer Rat und Oberrat und schließlich als Akademischer Direktor. Bis zu seiner vorzeitigen Pensionierung am 1.4.2011 hat er nicht nur für die Weiterentwicklung des Faches in München, sondern für die Sprachheilpädagogik allgemein wesentliche Impulse gegeben.

Er hat den Weg der Sprachheilpädagogik in diesen 37 Jahren scharfsinnig und reflektierend begleitet, war Zeitzeuge des Aufbaus von Sprachheilschulen in den 1970er und 1980er Jahren und hat ihren Abbau in den letzten 20

Jahren sowie den Wandel zu behinderungsübergreifenden Förderzentren bei einer gleichzeitigen Verlagerung der Therapieangebote in den außerschulischen Bereich unmittelbar miterlebt.

Fachlich beschäftigte sich Stephan Baumgartner schon früh mit dem Stottern. Bis zuletzt war er Leiter der Stotterberatungsstelle am Forschungsinstitut für Sprachtherapie und Rehabilitation (FSR) in München. Dabei wurden nicht nur für die Lehre wichtige Inhalte in Theorie und Praxis vermittelt, sondern auch ganz konkret den Betroffenen und ihren Angehörigen geholfen.

Das umfangreiche Werk seiner Buch- und Zeitschriftenbeiträge zeichnete sich durch kämpferischen Elan und eine ihm ganz eigene Formulierungskunst aus. Seit Mitte der 1990er Jahre ging er dabei in seinen Veröffentlichungen immer mehr auf Fragen zur wissenschaftlichen Struktur einer zukünftigen Sprachheilpädagogik ein. Seine Schriften waren von kritischer Konstruktivität, zuweilen geradezu aufrüttelnd. Diese Sorge um die Geschehnisse der

Sprachheilpädagogik und die Vernachlässigung des „pädagogischen Kerns“ waren im letzten Jahrzehnt häufig Gegenstand des Gesprächs am Lehrstuhl. Kritischer Diskurs, vertiefte Literaturkenntnis und Nachhaltigkeit der Argumentation wechselten mit dem ihm eigenen, trockenen Humor.

Die letzten Jahre wurden durch seine schwere Erkrankung überschattet. Mit großer Geduld ertrug er die damit verbundenen Einschränkungen und Schwächungen seines Körpers. Doch er blieb stets aufrecht und von wachem Geist. Nun hat der Tod ihn eingeholt. Bei der Beerdigung hielt sein langjähriger Freund und Wegbegleiter Dr. Friedrich M. Dannenbauer die Trauerrede. Eine große Trauergemeinde war von nah und fern gekommen, um ihm die letzte Ehre zu erweisen. Er wird in unseren Erinnerungen und Herzen einen festen Platz einnehmen. Er wird uns fehlen. Wir werden ihn nicht vergessen.

*Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt  
im Namen der Mitarbeiterinnen des Lehrstuhls  
für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie*

Kommunikationsfähigkeit Jahre nach ihrer Behandlung (Plexiko et al. 2010): Effektive Therapeuten bildeten eine therapeutische Allianz mit ihren Patienten. Sie schätzten klientenzentriert deren persönliche Erfahrungen, Bewältigungsstrategien und Ziele. Sie waren empathisch um Verstehen bemüht, weit von einem dogmatischen Fokus auf Sprechtechnisches entfernt. An der Seite der Sprechverhaltensänderung stand die Aufdeckung von Bedeutungen für dieses Sprechverhalten.

Cream et al. (2003) hielten während der Zeit von zwei Jahren nach Beendigung eines Sprechverhaltenstrainings Kontakt zu den stotternden Erwachsenen. Auch wenn diese ihre Sprechtechnik erfolgreich einsetzten, fühlten sie sich dennoch nicht identisch mit den Menschen, die nicht stottern. Sie blieben sich selbst fremd und suchten weiterhin nach individuellen Möglichkeiten, um sich vor dem Leid zu schützen, das ihr Stottern verursacht. Sprechverhaltenstraining verändert Sprechverhalten, aber nicht die Dynamik und Unvorhersehbarkeit kommunikativer Situationen im Sprechtage, so folgern die Autoren. Therapeuten mussten viel stärker die nicht berechenbaren Konsequenzen eines Sprechtrainings betonen und damit das individuelle Selbstmanagement.

Die Jugendlichen in der qualitativen Studie von Hearne et al. (2008) richteten ihr Augenmerk auch nicht auf ihr Stottern allein, sondern vielmehr auf die mangelhafte Wahrnehmung ihrer Person, die stottert, durch ihre Eltern, Peers und Lehrer.

Warum scheitern erfolgreiche Patienten so häufig nach der Therapie beim selbstständigen Transfer des Erlernten in den Alltag? Metten et al. (2010) haben hierfür u.a. eine relativ einfache Erklärung, die sie experimentell absichern: Menschen, die zwei oder mehr Tätigkeiten gleichzeitig ausführen (dual- bzw. multitasking), tun dieses vor dem Hintergrund eines begrenzten zentralen Kapazitätenspeichers. Sich auf Sprechbewegungen zu konzentrieren, ist bei einer überschaubaren Routineaufgabe in der Therapie weniger fehleranfällig als bei einer geistig oder emotional anspruchsvollen. Die Arbeitsgeschwindigkeit verringert sich bei zwei Aufgaben in beiden Tätigkeiten. Die Folge ist, dass mehr gestottert wird. Im Gegensatz zur Therapiesituation sind für den Patienten Alltagssituationen häufig und anders kognitiv stressend.

Die Konsequenz kann nur sein, die stark strukturierte, reizarme und sprechübende Therapiesituation der komplexen dualen und multitasking-Alltagssituation frühzeitig und systematisch bezogen auf die Kognitionen, die Emotionen und die Erfahrungen des Patienten anzunähern. Der Patient muss gezielt

und systematisch lernen, wie sein Sprechen und sein Ressourcenspeicher in offenen Alltagssituationen funktioniert und wie er hier seine Sprechtechnik effektiv und selbstkontrollierend einsetzen kann.

Die Befriedigung angeborener psychischer Grundbedürfnisse wie Bindung, Orientierung und Kontrolle, Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz, Lustgewinn und Unlustvermeidung ist als Ressource in Erziehung und Therapie – wie vielfach nachgewiesen – hoch wirksam (Grawe 2004). In ihrer Studie belegen Dürrenberger und Znoj (2009) die Bedeutung allein der Zuversicht für den therapeutischen Prozess. Bereits in der zweiten Sitzung unterscheiden sich zuversichtliche von weniger zuversichtlichen Patienten unabhängig von der Art ihrer Störung.

Wenn die genannten Faktoren so hohe Bedeutung für den Therapieerfolg haben, wenn das interne Milieu der persönlichen Haltungen, Werte, Bedürfnisse, Emotionen und Lebenserfahrungen eine so hohe Bedeutung hat, müssen sie Gegenstand von Diagnostik und Therapie sein, von Ausbildung, Weiterbildung und Supervision. Die Fähigkeiten des Einlassens auf Personen und Beziehungen benötigt Schulung und Qualifikation. Am Ende einer entsprechenden Entwicklung wäre denkbar, dass Patienten, die stottern, sich z.B. Fluency-Shaping-Techniken nicht mehr mühsam instruktional aneignen müssen, obwohl ihre Umgebung die erlernte Sprechtechnik nicht durchweg positiver wahrnimmt als das Stottern selbst (Teshima et al. 2010, Tiling 2010).

Therapiestudien verweisen auf Misserfolgsquoten bei stotternden Erwachsenen zwischen 30 und 73% (St Clare et al. 2009). Die Ignoranz mancher Stottherapeuten gegenüber Faktoren wie Vertrauensbildung, Verlässlichkeit, Höflichkeit, Freundlichkeit, Selbstverpflichtung, Flexibilität, Nicht-Strafen, Zielorientierung oder Fachwissen, so Fourie (2009), dürfte in erheblichem Umfang zur immer noch unbefriedigenden stottherapeutischen Erfolgssituation vor allem beim Selbsttransfer der Sprechhilfe in den Alltag durch den Patienten beigetragen haben.

## Die Rolle von Kognitionen und Emotionen für das Lernen von Menschen, die stottern

Die Sprechmechanik des Stotterns ist bekanntlich von ihren kognitiven und emotionalen Schatten nicht zu trennen. Jeder Betroffene weiß, dass Angst sprachliches Verhalten und sprachliches Lernen negativ beeinflusst. Was ist das für eine Angst, die Menschen vor, während und nach ihrem Stottern be-

fällt? Wie hängen Angst und Sprechstörung zusammen? Folgt das eine aus dem anderen? Haben Betroffene es nach der ICD-10 nur mit einer spezifischen Angst vor dem Sprechen, vor dem Stottern zu tun, und/oder auch mit

- einer sozialen Phobie (F40.1),
- einer Panikstörung bzw. Panikattacke (F41.0),
- einer generalisierten Angststörung (F41.1),
- einer Mischung aus Angst und depressiver Störung (F41.2)?

Man erinnere sich in diesem Zusammenhang daran, dass die Prävalenzrate für eine soziale Phobie von 40% bei erwachsenen Personen, die stottern, gegenüber einer 4%-Rate bei nicht-stotternden Menschen beachtlich ist (Tran et al. 2011). Die Forschungsgruppe um Onslow bestätigt den hohen Anteil sozialer Ängste in der Gruppe erwachsener Stotternder und befürwortet deswegen den routinemäßigen Einsatz von Psychiatern und Klinischen Psychologen in der Diagnostik und der Therapie dieser Population (Iverach et al. 2009).

Chronisch stotternde erwachsene Menschen zeigen gegenüber Kontrollgruppen, die nicht stottern, des Weiteren signifikant mehr Zwangsverhalten, Perfektionismus, depressive Stimmungen oder sozial abwehrendes Verhalten wie Misstrauen und Sich-verfolgt-fühlen (Tran et al. 2011). Dabei fanden die Forscher in ihrer Vergleichsstudie mit 200 erwachsenen Stotternden keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad des Stotterns und den Persönlichkeitsmerkmalen der betroffenen Person.

Und Kinder, die stottern? Die Daten der vergleichenden Temperamentstudie von Eggers et al. (2010) mit 116 Kindern belegen auch hier signifikante Unterschiede in Affekten wie Ärger, Frustration, Furcht, Traurigkeit, kognitive Kontrolle oder erhöhte Sensitivität gegenüber Sprechverhalten und Umweltaktionen. Wie viele Kindertherapien dümpeln wohl zeitaufwendig so dahin, weil perfektionistische Strebungen oder zwanghaftes Verhalten bei Kind und/oder Eltern den Sprechlernerfolg torpedieren?

Liegt bei Menschen, die stottern, eventuell ein erweitertes Angstspektrum vor, anders und umfangreicher als nur die Angst vor dem Stottern? Gibt es eine parallele genetische Weitergabe der Vulnerabilität für eine soziale Angststörung, eine zum Stottern parallele neurobiologische Auffälligkeit mit speziellen neuronalen Angstschaltkreisen? Gibt es ein durch Gehemmtheit gekennzeichnetes Temperament, das sich neben der Sprechstörung entwickelt? Wirken sich auf das Stottern bezogene Expositionsverfahren, also die Konfrontation mit dem eigenen Stottern auch

auf andere Angstreaktionen aus? Reicht es aus, wenn Therapeutinnen stotter-spezifische, verzerrende Kognitionen bearbeiten? Es wäre doch wenigstens eine wissenschaftliche Hypothese wert, ob Stottertherapien deswegen scheitern, weil die Angst, die Depression, spezielle Temperamentsmerkmale oder spezielle Neurotizismusausprägungen den störungsfreien Alltagstransfer der erlernten Sprechtechnik verhindern (Eggers et al. 2010, Tran et al. 2011).

Reizkonfrontationsverfahren oder Expositionen gehören nachgewiesen zu den wirksamen verhaltenstherapeutischen Standardverfahren bei der Behandlung von Ängsten oder Zwängen. Wenn bei Stottertherapeuten in der Modifikation des Stotterns die Konfrontations- oder Expositionstherapie im Rahmen der Desensibilisierung die einzige Methode der Wahl ist, stellt sich wohl die Frage, ob diese für jeden Patienten die geeignete ist, und ob die Therapeuten Experten in der Vorbereitung und Durchführung des Vorgehens sind. Nach welchem Manual arbeiten sie und wie hilflos fühlen sie sich unter Umständen gegenüber Emotionen und Verhaltensweisen, die sie beim Patienten auslösen?

Kurzfristig können die Konsequenzen einer Konfrontationssitzung positiv sein. Konsequenzen wirken aber auch langfristig, und woher wissen Stottertherapeuten, dass die Selbstzweifel der stotternden Person nicht schon wieder am nächsten Tag den Erfolg mindernd nagen, Erfolgsdruck und Grup-penerwartung dieses einzugestehen jedoch nicht zulassen? Selbst für ausgebildete Psychotherapeuten, also ausgewiesene Experten, hat die Expositionstherapie ein Imageproblem und führt nach ihrer Auffassung zu „massiven handwerklichen und persönlichen Problemen“ (Neudeck & Einsle 2010, 249). Sie sorgen sich wegen einer Retraumatisierung, eines möglichen Therapieabbruchs oder ihres mangelnden Trainings.

## Die Methode des Lernens: Muss Stottertherapie ein hartes Brot sein?

Nicht wenige der allseits bekannten Intensiv-Stottertherapeuten verlangen Anpassung, erwarten intensives und langweiliges Üben bis zum Verdruss. Sie sehen sich als nicht hinterfragbare Experten, lenken, geben vor, leiten an und verordnen. Diesen therapeutischen Behandlungsstil bezeichnet man als autoritär. Er ist uralt. Klencke (1862, 138) schreibt dazu: Nicht zu stottern sei ein Gebot, das „mit Strenge aufrecht erhalten werden muß, da Stottern nur durch Strenge und Konsequenz behandelt werden kann (...)“

Was Stottertherapeuten zu solchen Lernmethoden zwingt, war noch nie Gegenstand der Forschung. Geht es hierbei um eine unausweichliche Methode für erfolgreiches Sprechenlernen, oder geht es vielmehr um die bewusste Fortführung einer selbst erlebten und tradierten „schwarzen Pädagogik“ (Alice Miller), unbewusst um Macht und Statuszementierung, Befriedigung eigener Bedürfnisse und Interessen, letztlich um Versagensangst und Kontrollzwang (Kollbrunner 2004)?

Von einem verbindlichen Ethikkodex bisher verschont, betreiben nicht wenige Stottertherapeuten, die sich gerne auch in den Medien räkeln, autoritär unterfütterte Therapien, weil aus ihrer Sicht therapeutisches Lernen auf ein stützendes Gerüst von Normen und Vorschriften angewiesen ist. Solche Stottertherapeuten wollen Überschaubarkeit und Kontrolle. Sie sind persönlich und fachlich sicherheitsorientiert, obwohl Unsicherheit dem Sprachtherapeuten hilft, gute Fragen an sich und an den Patienten und seine personale Umwelt zu stellen. Unsicherheit ist eine wichtige Ingredienz für die gute klinische Praxis (Nelson 2011, 88). Hohe Erwartungen der Therapeuten können blockierend auf das Lernen des Patienten wirken. Therapeuten, die Perfektionismus vorleben oder anordnen, lösen bei ihren Patienten Haltungen aus, Sprechtechniken perfekt = fehlerfrei einzusetzen.

Bekanntlich wächst das Gras nicht schneller, wenn man daran zieht. Drill und Druck erzwingen Leistung nicht, vor allem dann, wenn das Selbstwertgefühl der lernenden Person leidet. Unsinnige und ungeprüfte Laitheorien mancher Stottertherapeuten, die zu ihren autoritären Haltungen führen, produzieren Schuldvorwürfe bei ihren Patienten und gleichsam auf der Kehrseite der Hoffnungsmedaille – „Ich packe mein Stottern jetzt endlich positiv an“ – entstehen Druck und Versagensangst. Folgerichtige Reaktionen der Patienten wie Zukunftsangst, soziale Isolation oder Depression werden dann als Bedrohung eingeschätzt, tabuisiert und bleiben viel zu häufig in der Therapie und während der Nachtherapiezeit unbearbeitet (Wendlandt 2009).

## Sprechwerkzeuge stottern nicht

Sprechwerkzeuge stottern nicht, das materielle Gehirn auch nicht. Man kann dem Sprechwerkzeug und dem Gehirn als Teil nicht zuschreiben, was sinnvoll nur der ganzen Person zusteht (Bennett et al. 2010). Die Sprechfähigkeit ist ein zentraler Bereich von Persönlichkeit, ihrer sozialen und kommu-

nikativen Kompetenz. Deswegen ergeben sich aus einer Störung der Sprechfähigkeit eine Reihe von kognitiven und emotionalen Störungen in der Person und Teilhabestörungen darüber hinaus. Wenn Neurowissenschaftler reduktionistisch das Gehirn mit z.B. linkshemisphärischen sensorimotorischen Repräsentationen der Artikulationsorgane an die Stelle der stotternden Person setzen, kommt die Stottertherapieforschung, speziell die Lernprozessforschung und die Therapiepraxis nicht erkennbar voran. Gehirn und Sprechwerkzeuge sind letztlich nur Organe der Person, die in Situationen und in Beziehungen zu sich selbst und anderen stottert. Insofern gibt es mehrere Operatoren des Ichs, die Einfluss auf das gestotterte und nichtgestotterte Sprechen nehmen: Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Gefühle, Motive, Pläne oder Phantasien. Mit bildgebenden Verfahren hat die Wissenschaft dahin keinen Zugang. Dafür braucht es die vertrauensvolle Beziehung, die Innenschau, das Mitteilen und das Verstehen.

Muskuläre Sprechaktivitäten hängen von neuronalen Erregungsmustern, von neuronalem Funktionieren ab. Fühlen, Denken, Wollen sind ebenfalls und gleichzeitig in neuronalen Erregungsmustern abgespeichert und neuronal mit dem Sprechen/Stottern verschaltet (Bosshardt 2010, Grawe 2004, Neumann & Euler 2010). Effektive neuronale Sprechstrukturen können von neuronalen Strukturen des Emotionalen oder des Kognitiven positiv beeinflusst werden. Andererseits kann ein altes neuronales Element, wie das der Angst (Erinnerung an eine Szene: „Ich sehe mich vor vielen fremden Menschen reden“) bereits in der Lage sein, das komplexe Muster „Stottern“ in einer ähnlichen Situation zu aktualisieren. Ersetzen Therapeut und Patient das Element „Angst“ während der Behandlung durch das Element „Gelassenheit“ dauerhaft, blockiert die Angst das Sprechen neuronal nicht mehr.

Jeden Menschen, auch den stotternden, zeichnet Dynamik, Selbstorganisation und Emergenz (der Mensch agiert nicht linear, logisch und vorhersehbar) aus. Das Interesse an Komplexität wächst seit Jahren mit Blick auf Fragen der Symptomatik, Ätiologie, Pathogenese und Behandlung. Es wächst bei den Betroffenen, ihren Mitmenschen, den Therapeuten wie in der Gesundheitspolitik und dem Gesundheitswesen. Die Medizin ihrerseits hat weltweit die Wende auf die Fokussierung bio-psycho-sozialer Modelle sowie der Komplexität von Gesundheit und Krankheit vollzogen (Packman & Kuhn 2009).



Niemand kann heute mehr Stottern vereinfachen, sei es

- als neuromuskuläre Störung,
- als Störung des Sprechens außerhalb der Sprachproduktion und Kommunikation,
- ohne Austausch von Person und Umwelt oder
- als Teilleistung in der Person, die wahrnimmt, denkt und fühlt (*Packman & Kuhn 2009*).

Jeder erfahrene Therapeut weiß, dass mit zunehmendem Alter das Stottern und seine Verarbeitung komplexer werden und folglich auch komplexerer Therapien bedürfen.

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO 2001; Hansen 2010) bietet mit ihrer Komponentenstruktur einen idealen Rahmen für die Evaluation dessen, was für Menschen, die stottern, erfahrungsbezogen problematisch ist. Das ist um vieles mehr, als die Fähigkeit einer Person, Wörter mit angemessener Geschwindigkeit, rhythmisch und mit geringst möglicher kognitiver, motorischer und emotionaler Anstrengung zu äußern (*Yaruss 2010, 197*). Entsprechend verweisen

- *Körperfunktionen* auf die Sprach/Sprechproduktion und darin auf beobachtbare Sprechunflüssigkeiten, die als Stottern wahrgenommen werden.
- *Beeinträchtigungen der Körperstruktur* auf neuroanatomische Differenzen, die für ältere Kinder und für Erwachsene, die stottern, dokumentiert wurden.
- *Kontextuelle, personenbezogene Faktoren* auf affektive, kognitive und verhaltensbezogene Reaktionen wie Scham, Coping, Kontrollverlust, Anstrengungsbereitschaft oder geringes Selbstbewusstsein.
- *Kontextuelle Umgebungsfaktoren* auf Unterstützung, ablehnende Stereotypen, Mythen über Stottern und seine Behandlung.
- *Begrenzte Aktivität und Partizipation* auf Alltagsverhalten, Kommunikation, soziale Interaktion, berufliche Situation, persönliche Entwicklungsziele.

Das bio-psycho-soziale Wirkungspanorama der Stottertherapie ist im Zusammenhang mit der ICF umfangreich. Es reicht von

- *physischen/physiologischen Wirkungen* auf biochemische Veränderungen im Gehirn (sprechmuskuläre Entspannung, Verbesserung der Sprechbewegungs Koordination, Atmungs- und Stimmregulierung),
- über *psychische/psychologische Wirkungen* auf die Förderung des emotionalen Wohlbefindens und des positiven Selbstbildes (Kontrolle über Sprechen

und Kommunikation, Reduktion von Angst, Relativierung von Konsequenzen, Ermöglichen offenen emotionalen Ausdrucks, Anregung zum selbstständigen Weiterlernen),

- bis zu *sozialen Wirkungen* auf die Aufhebung von Einsamkeit und Isolation (Nicht-Tabuisieren von Reststottern, Förderung von Vertrauen in andere, Förderung kommunikativer Offenheit).

## Veränderungen therapeutischer Perspektiven

*Bandura (1997)* hat mit seinem systemischen, sozial-kognitiven Modell einer triadischen, wechselseitigen Verursachung der unzulässigen Vereinfachung des menschlichen Lernens einen markanten Erkenntnisriegel vorgeschoben. Intrapersonale Faktoren, das reflektierte und zielorientierte Verhalten der Person sowie Umweltereignisse wie z.B. ein Interventionsangebot interagieren und stimulieren gemeinsam Lernen. Daraus folgt, dass man weniger Input-Output-Forschung betreiben muss, als vielmehr Therapieprozess- und Selbstregulationsforschung: Was wirkt in der Person und von außen auf die Person, sodass sie erfolgreich lernt (*Hayhow 2011, Reinecker & Gemelch 2009*)? Was muss der stotternde Patient lernen und anders machen als bisher, um in seinen Lebenskontexten erfolgreich zu handeln? Wie müssen diese Kontexte für das neue Lernen und für eine erfolgreiche Partizipation z.B. im Bereich der Schule oder des Berufes wirksam verändert werden?

Die Intervention beginnt nicht mit der Perspektive des Therapeuten und der meist üblichen Anwendung seiner Standardmethode. Sie beginnt mit der Analyse der betroffenen Personen in der gegenwärtigen und in den vergangenen Situationen. Im Fokus steht die Analyse der Sprechenden und kommunizierenden Person in ihren dynamischen Beziehungen zu sich selbst und zu ihrer Umwelt (*Nelson 2011*). Geteiltes Expertentum heißt, Patient und Therapeut sind Experten im Dialog und teilen die Verantwortung für den Lernfortschritt (*Baumgartner 2008*).

Stottertherapie beruht auf fundiertem Fachwissen, auf Expertentum und auf instrumentellem Regelwissen, das in spezifischen Settings mit Empathie und Flexibilität sachfunktional und personenintentional eingesetzt wird. Ziel ist die Entwicklung solcher Kompetenzen, die zur selbstständigen und adäquaten Problembewältigung des Patienten führen. Das entspricht einer Bewältigungsorientierung, die der Förderung von Autonomie und Selbstmanagement dient.

Die enorme Heterogenität der subjektiven Erfahrungen stotternder Menschen, biographischen Situationen, Lebenswirklichkeiten, Bewältigungsformen im Alltag sowie Ressourcen erzwingen eine differenzierte therapeutische Perspektive. Stotternde Menschen sind individuell unterschiedlich drinnen und draußen, gleichzeitig inkludiert und exkludiert. Stigmatisierungserfahrungen, Schamempfindungen, das permanent-negativ-bewertet-Glauben, depressive Verstimmungen, Ängste, geringes Selbstwertgefühl und Zukunftssorgen verschlechtern psychische Gesundheit. Das Erleben von Kongruenz, von Selbststimmigkeit fördert dagegen tendenziell positive Empfindungen und Überzeugungen.

Forschung und Therapiepraxis legen nahe,

- den individuellen Identitätsprozess in den Blick zu nehmen (Individuumsorientierung),
- den jeweiligen sozialen Kontext zu berücksichtigen (Kontextorientierung),
- gesundheits- und wohlbefindensförderliche Momente aufzudecken (salutogenetische Ausrichtung und Ressourcenorientierung).

Vonseiten der Wissenschaft sollten neben der weiteren Klärung ätiologischer und pathogenetischer in verstärktem Ausmaß auch salutogenetische Faktoren erforscht werden. Sprechmodifikation, Stottermodifikation und psychologische Therapie wären integrierter zu konzipieren und zu realisieren. Die qualitative und quantitative Forschung hätte auf diese Einheit Bezug zu nehmen.

In Zukunft sollte weniger an einzelnen Sprechtechniken gefeilt werden als an Grundlegendem wie Therapiestrukturen, der Organisation und Didaktik von Therapie, der Standardisierung der Ausbildung, einschließlich ihrer psychotherapeutischen Anteile (*Baumgartner 2009*). Der Heilberuf des Stottertherapeuten benötigt eine akademische, empirisch fundierte Grundlage sowie ein nationales/europäisches Zertifikat für Stottertherapie. Stottertherapie in Deutschland braucht dringend ein berufsübergreifendes wissenschaftliches Gremium, das die Anerkennung von Therapieverfahren prüft und empfiehlt, auch für die reguläre Kassenzulassung.

## LITERATUR

- Anderson, T. & Felsenfeld, S. (2003). A thematic analysis of late recovery from stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology* 12, 243-253
- Baumgartner, S. (2008). *Kindersprachtherapie*. München: Reinhardt
- Baumgartner, S. (2009). Akademische Ausbildungsqualität als Aufgabe der Sprachheilpädagogik für den Bachelor-Studiengang Sprachtherapie. *Die Sprachheilarbeit* 6, 263-268
- Baumgartner, S. (2010a). Conclusio: Neue Forschung, altes Wissen und die ICF – Was brauchen der stotternde Mensch und sein Therapeut? In: Iven, C. & Kleissendorf, B. (Hrsg.), *St-t-t-tottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation* (153-169). Idstein: Schulz-Kirchner
- Baumgartner, S. (2010b). Sprechverhaltenstherapie am Beispiel des Camperdown Programms. *Die Sprachheilarbeit* 6, 301-310.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman
- Bennett, M., Dennett, D., Hacker, P. & Searle, J. (2010). *Neurowissenschaften und Philosophie. Gehirn, Geist und Sprache*. Berlin: Suhrkamp
- Bernstein Ratner, N. (2006). Evidence-based practice: an examination of its ramification for the practice of speech-language-pathology. *Language, Speech, Hearing Services in Schools* 37, 257-267
- Bosshardt, H.-G. (2010). *Frühintervention bei Stottern*. Göttingen: Hogrefe
- Botterill, W. (2011). Developing the therapeutic relationship: from „expert“ professional to „expert“ person who stutters. *Journal of Fluency Disorders* 3 (36), 158-173
- Bothe, A., Ingham, R. & Costello Ingham, J. (2010). The role of evidence and other information in stuttering treatment. In: Guitar, B. & McCauley, R. (Hrsg.), *Treatment of stuttering* (343-354). Baltimore: Walters Kluwer
- Cream, A., Onslow, M., Packman, A. & Llewellyn, G. (2003). Protection from harm: the experience of adults after therapy with prolonged-speech. *International Journal of Language & Communication Disorders* 38, 379-395
- Dürrenberg, S. & Znoj, H. (2009). Zuversicht in der Psychotherapie – ein Teilaspekt des allgemeinen Ressourcenkonzepts. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 4, 841-849
- Ebert, K. & Kohnert, K. (2010). Common factors in speech-language treatment: an exploratory study of effective clinicians. *Journal of Communication Disorders* 43, 133-147
- Eggers, K., De Nil, L. & Van den Bergh, B. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders* 35, 355-372
- Euler, H., Gudenberg, A., Jung, K. & Neumann, K. (2009). Computergestützte Therapie bei Redeflussstörungen: die langfristige Wirksamkeit der Kasseler Stottertherapie (KST). *Sprache – Stimme – Gehör* 33, 193-202
- Fourie, R. (2009). Qualitative study of the therapeutic relationship in speech and language therapy: perspectives of adults with acquired communication and swallowing disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders* 6, 979-999
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Hansen, H. (2009). *Therapiearbeit*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Hansen, B. (2010). ICF-basierte Therapiegestaltung mit stotternden Menschen: Partizipation statt Funktion? In: Iven, C. & Kleissendorf, B. (Hrsg.), *St-t-t-tottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation* (67-87). Idstein: Schulz-Kirchner
- Hayhow, R. (2011). Does it work? Why does it work? Reconciling difficult questions. *International Journal of Language & Communication Disorders* 2, 155-168
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M. & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: the perception of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 33, 81-98
- Herpertz, S. & Caspar, R. (2008). Therapeutische Beziehung. Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In: Herpertz, S., Caspar, R. & Mundt, C. (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (77-89). München: Urban & Fischer
- Iven, C. & Kleissendorf, B. (Hrsg.): *St-t-t-tottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R., Packman, A. & Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders* 23, 928-934
- Kaderavek, J. & Justice, L. (2010). Fidelity: An essential component of evidence-based practice in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology* 19, 369-379
- Kamhi, A. (2011). Balancing certainty and uncertainty in clinical practice. *Language, Speech, And Hearing Services in Schools* 42, 88-93
- Klencke, H. (1862). *Die Heilung des Stotterns nach meiner rationellen, didactisch-medicinischen Methode*. Leipzig: Chr. Ernst Kollmann
- Lattermann, C. (2010). *Das Lidcombe-Programm zur Behandlung frühkindlichen Stotterns*. Natke: Neuss
- Metten, C., Bosshardt, H.-G., Jones, M., Eisenhuth, J., Block, S., Carey, B., O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. & Menzies, R. (2011). Dual tasking and stuttering: from the laboratory to the clinic. *Disability and Rehabilitation* 33 (11), 933-944
- Nelson, N. (2011). Questions about certainty and uncertainty in clinical practice. *Language, Speech, And Hearing Services in Schools* 42, 81-87
- Neudeck, P. & Einsle, F. (2010). Expositionstherapie: Was hindert Praktiker an deren Anwendung in der klinischen Praxis – Ein kritisches Review. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 3, 247-258
- Neumann, K. & Euler, H. (2010). Neuroimaging in stuttering: In: Guitar, B. & McCauley, R. (Hrsg.). *Treatment of stuttering* (355-377). Baltimore: Walters Kluwer
- O'Connor, S. & Pettigrew, C. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders* 44, 1018-1035
- Packman, A. & Kuhn, L. (2009). Looking at stuttering through the lens of complexity. *International Journal of Speech-Language Pathology* 11, 77-82
- Plexico, L., Manning, W. & DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 35, 333-354
- Reinecker, H. & Gmelch, M. (2009). Modelle von Verhaltensanalysen: Vom S-R zum System-Modell menschlichen Verhaltens. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 1, 7-23
- St Clare, T., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R. & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders* 3, 338-351
- Teshima, S., Langevin, M., Halger, P. & Kully, D. (2010). Post-treatment speech naturalness of Comprehensive Stuttering Program clients and differences in ratings among listener groups. *Journal of Fluency Disorders* 35, 44-58
- Tiling, J. (2010). Die Angst vor dem Stottern und ihre Ursachen. *Die Sprachheilarbeit* 6, 291-300
- Tran, Y., Blumgart, E. & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 1, 17-26
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme
- Yarus, J. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders* 35, 190-202

DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))

10.2443/skv-s-2012-53020120201

### Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik und Sprachtherapie  
Leopoldstr. 13  
80802 München  
grohnfeldt@lmu.de

### SUMMARY. Speech organs don't stutter – about the complexity of stuttering therapy

Both evidence-based practice and the empirical importance of the human factor as therapeutical learning is related closely to the extensive bio-psycho-social effect of stuttering therapy. In future research should concentrate more on the process of learning and the self-regulation of the learning person than on therapy input and output. Modification of speech, modification of stuttering and psychological intervention are to be conceptualized, practiced and evaluated in a more integrated way.

KEYWORDS: Stuttering therapy – complexity – intended and unintended effects – self-modification