

Die Bonner Stottertherapie

Ein patientenorientierter Kombinationsansatz für Jugendliche und Erwachsene

Holger Prüß, Kirsten Richardt

ZUSAMMENFASSUNG. Bei der Bonner Stottertherapie handelt es sich um eine stationäre Intervalltherapie für Jugendliche und Erwachsene. Neben dem Abbau der psychosozialen Folgeproblematik und dem Erlernen von Modifikations- und Fluency-Shaping-Techniken sind im Rahmen dieses Kombinationsansatzes auch umfassende Maßnahmen zur Transferunterstützung und Rückfallprophylaxe zentrale Bestandteile. Die einzelnen Therapiebausteine werden vorgestellt und in ihrer Umsetzung erläutert. Die hohe Wirksamkeit dieses patientenorientierten Therapieansatzes wird durch eine Erhebung der langfristigen Therapieeffekte in sprachlicher und persönlicher Hinsicht belegt. Das von den Autoren entwickelte, ICF-kompatible Instrument BLESS (Bonner Langzeit-Evaluationskala zur Lebenssituation Stotternder), das auch zur Eingangs- und Verlaufsdagnostik geeignet ist, wird zukünftig differenziertere Aussagen zur Evaluation liefern.

Schlüsselwörter: Bonner Stottertherapie – Jugendliche und Erwachsene – Kombinationsansatz – patientenorientiert – BLESS

Einleitung

Die Entwicklung des Konzepts der Bonner Stottertherapie kann nicht losgelöst von der Auseinandersetzung mit meiner eigenen Stotterproblematik (Holger Prüß) gesehen werden. Diese war – basierend auf einer mittelgradig ausgeprägten Symptomatik – seit dem Jugendalter durch den jahrelangen Versuch gekennzeichnet, mein Stottern möglichst vollständig zu verbergen.

Eine stationäre Sprachtherapie nach Fluency-Shaping-Prinzipien („wer gut spricht, der stottert nicht“, Zitat des Therapeuten) verhalf mir zwar zu der wunderbaren Erfahrung, flüssiger sprechen zu können, bestärkte mich aber derart in der negativen Einstellung zu meinem Stottern, dass ich von nun an mein gesamtes kommunikatives Bestreben darauf ausrichtete, als Normalsprechender zu gelten. Dieses gelang mir auf der Basis eines perfektionierten Vermeidungsverhaltens zwar über elf Jahre durchgängig in sämtlichen Bereichen, führte aber zu immer stärker werdenden Sprechängsten, Grübelzwängen und psychosomatischen Störungen.

Durch den zunehmenden Druck, stottern zu müssen, dies aber um keinen Preis zeigen zu wollen, erlebte ich die für Außenstehende nur schwer nachvollziehbare, extreme Diskrepanz zwischen nach außen nicht sichtbarer Stottersymptomatik und sehr hohem subjektivem Leidensdruck.

Als Therapeut verfolgte ich bei meinen stotternden Patienten zunächst ebenso über Jahre das alleinige Ziel eines (möglichst) flüssigen Sprechens. Doch es war offensichtlich, dass viele Patienten – wie ich auch – an einem Konzept scheiterten, das die Komplexität des Stotters auf das Problem der Sprechunflüssigkeit reduzierte und die vielschichtige psychosoziale Ebene vernachlässigte.

Durch meinen weiteren persönlichen Weg¹ und die Therapieverläufe meiner Patienten veränderte sich mein Verständnis von Stottern und Therapie grundlegend, was auch Eingang in die Konzeption der Bonner Stottertherapie fand. Diese basiert auf folgenden grundlegenden Überzeugungen:

► Die zahlreichen Begleitsymptome und Folgeprobleme (sprechmotorisch, körperlich, emotional, kognitiv und sozial) haben sich bei vielen jugendlichen und erwachsenen Stotternden im Laufe ihrer Stotterbiografien zu einer komplexen Gesamproblematik mit entsprechenden Auswirkungen auf die Lebensgestaltung entwickelt (Wendlandt 2009). Demzufolge muss all dies in einer ganzheitlichen Konzeption Gegenstand der therapeutischen Intervention sein. In einem derartigen, an der ICF orientierten Verständ-

1 www.holger-pruess.de oder www.stottertherapie-bonn.de

Holger Prüß hat sich als selbstbetroffener Sprachheilpädagoge seit jeher auf die Therapie des Stotters spezialisiert. Seit 1989 ist er für die stationäre Therapie jugendlicher und erwachsener Stotternder in der LVR-Klinik Bonn zuständig. Er entwickelte das Konzept der Bonner Stottertherapie, das durch eine Vielzahl von Vorträgen und Fortbildungen auch im ambulanten Rahmen weite Verbreitung findet.



Kirsten Richardt hat sich als Sprachheilpädagogin schon immer sehr intensiv mit dem Thema Stottern auseinandergesetzt und ist seit 2008 im Team der Bonner Stottertherapie tätig. Außerdem unterrichtet sie an der Universität zu Köln und an der IB Medizinische Akademie Schule für Logopädie in Köln.



nis definiert sich Therapieerfolg als das Maß an Zunahme von (stotterspezifischer) Lebensqualität und Lebenszufriedenheit.

► Da sich Stottern wegen der Unterschiede stotternder Menschen hinsichtlich Symptomatik, Persönlichkeit, sozialer Umwelt und anderer Variablen als zutiefst individuelle Störung zeigt, ergibt sich die Forderung nach einer patientenorientierten Vorgehensweise (Abb. 1). Somit ist ein Bausteinkonzept unverzichtbar (Hansen & Iven 2010), das die

■ Abb. 1: Patientenorientierte Vorgehensweise

Bei welchem Patienten mit

- welcher Problemkonstellation sollten mit
- welcher Zielsetzung
- welche Inhalte und Methoden in
- welcher Kombination
- wann unter
- welchen organisatorischen Rahmenbedingungen Verwendung finden?

relevanten – auf die komplexe Gesamtproblematik Stottern bezogenen – Therapiebausteine erfasst und diese mit verschiedenen zielgerichteten, effizienten und wissenschaftlich begründbaren Inhalten und Methoden besetzt. Behandlungsansätze, die in einem weitgehend standardisierten Ablauf nach dem Prinzip „Alle-brauchen-das-Gleiche“ handeln, können der Zielsetzung einer patientenorientierten Vorgehensweise nicht entsprechen.

► In der Therapie des Stotterns bei Jugendlichen und Erwachsenen gelten seit Jahrzehnten Modifikations- und Fluency-Shaping-Ansätze als die anerkannten Therapieverfahren. Die Effizienz dieser beiden Therapierichtungen wurde im Rahmen einer rückblickenden Patientenbefragung als gleichwertig nachgewiesen (Sommer 2012). Die Erfahrungen belegen allerdings, dass einzelne Stotternde besser auf Stottermodifikation, andere besser auf Fluency Shaping ansprechen.

Anders als im angloamerikanischen Raum, wo die Kombination beider Ansätze nach *Natke* und *Alpermann* (2010, 97) schon seit langem Verbreitung findet (z.B. *Ham* 1986, *Kuhr* 1991, *Starkweather & Givens-Ackermann* 1997, *Gregory* 2003, *Guitar* 2006), wird in Deutschland in der Regel an einem einseitigen „Entweder-oder“-Behandlungsansatz festgehalten (*Zückner* 2012). Diese oft kontrovers geführte, nach *Wendlandt* von „Abgrenzungs- und Profilierungsgehebe“ (2010, 16) gekennzeichnete Diskussion ist nicht mehr zeitgemäß. So sind bei der Behandlung komplexer Störungsbilder in allen möglichen medizinisch-therapeutischen Bereichen integrative Ansätze Standard. Daher verwundert es, dass in der Therapie des Stotterns weiterhin meist an einer dogmatischen Sichtweise Stottermodifikation versus Fluency Shaping festgehalten wird, obwohl

- die Erkenntnis, dass es nicht *die* Therapie des Stotterns gibt, anerkannt ist (*Natke & Alpermann* 2010, *Zückner* 2012);
- aufgrund fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Indikationsstellung nicht vor einer Behandlung entschieden werden kann, welcher Therapieansatz für welche Betroffenen die prognostisch günstigsten Ergebnisse erwarten lässt (*Wendlandt* 2010);
- die Kombination beider Ansätze einen optimalen Zugang bietet, indem jeder Therapieteilnehmer aus der Vielzahl ganz unterschiedlicher Zielsetzungen, Inhalte und Methoden ein individuell auf ihn abgestimmtes Therapieprogramm erhalten kann, wodurch ein patientenorientierter Zugang ermöglicht wird (*Prüß & Richardt* 2010);

- sich aufgrund der genannten Faktoren ableiten lässt, dass durch die Integration von Stottermodifikation und Fluency Shaping in ein umfassendes Gesamtkonzept der Behandlungserfolg gesteigert werden kann.

In diesem Rahmen ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass Begriffe wie Ganzheitlichkeit, Ressourcenorientierung, Methodenvielfalt u.a. nicht per se ein Merkmal für eine qualitativ gute Therapie darstellen. Vielmehr bergen sie in einem unreflektierten Verständnis die Gefahr der Verwässerung im Sinne eines wenig professionellen stottertherapeutischen Vorgehens. Erst wenn diese Termini mit relevanten und konkreten Inhalten und darauf jeweils bezogen zielgerichteten und effizienten Methoden besetzt werden, erhalten diese Bezeichnungen die notwendige Substanz.

Organisation der Bonner Stottertherapie

Die Bonner Stottertherapie ist eine stationäre Intervall-Therapie, in der 12 Erwachsene und Jugendliche im Alter ab 14 Jahren aus dem gesamten Bundesgebiet in einem festen Kurssystem behandelt werden. Der Erstkontakt erfolgt im Rahmen eines Informations- und Beratungstags, der neben der ausführlichen Vorstellung des Konzepts die individuelle Abklärung der Indikation für die Maßnahme einbezieht. Die Phasen der Intervallbehandlung gliedern sich in fünf und drei Wochen Haupttherapie sowie zwei einwöchige Nachbehandlungen.

Der Einsatz von fünf Stottertherapeuten gewährleistet eine ganztägige Therapie, die in Groß- und Kleingruppen sowie in Einzeltherapie stattfindet. Zur Unterstützung des Transfers am Heimatort fahren die Patienten an jedem Wochenende nach Hause. Die Schüler erhalten täglich Unterricht durch Fachlehrer in einer Schule auf dem Klinikgelände, sodass nach Therapieende in aller Regel ein problemloser Anschluss an den Leistungsstand der Heimatschule sichergestellt ist. Die Behandlungskosten werden von den gesetzlichen bzw. privaten Krankenkassen übernommen.

Therapiebausteine der Bonner Stottertherapie

Diagnostik

Unter Berücksichtigung der anamnestischen Daten erfolgt im Rahmen der diagnostischen Abklärung die Erfassung der stottermotorisch-sprechbezogenen wie auch emotional-kognitiven und sozialen Aspekte, wobei sämt-

liche relevanten Kontexte (Familie, Freunde, Bekannte, Telefonieren, Ansprechen Fremder, Schule/Ausbildung/Beruf) einbezogen werden. Im Rahmen der Erstgespräche wird die Kern- und Begleitsymptomatik hinsichtlich Art, Stärke und Häufigkeit genau analysiert. Im Weiteren wird exploratorisch erfasst, ob und inwieweit sich dies in den genannten Kontexten zeigt bzw. davon abweicht. Gleichermaßen werden das Ausmaß der emotionalen Belastung (Angst, Scham u.a.) wie auch die persönlichen Einstellungen und Bewertungen bezüglich des Stotterns ermittelt.

Ferner sind Art und Ausprägung des personenbezogenen und situativen Vermeidungsverhaltens, die Reaktionen der Sozialpartner wie auch der Einfluss des Stotterns auf den privaten und schulischen/beruflichen Bereich diagnostisch von zentraler Bedeutung. Auch werden der subjektive Leidensdruck, die intrinsische Motivation und die individuelle Zielsetzung erfragt. Des Weiteren gilt es, gegebenenfalls vorliegende Einflussgrößen wie Mehrsprachigkeit, bisherige Therapieerfahrungen u.a. diagnostisch abzudecken.

Da die Instabilität der Symptome alle Versuche zur standardisierten Quantifizierung des Stotterns ad absurdum führt (*Hansen & Iven* 2010), verzichten wir bei der Erfassung der sprechbezogenen Symptomatik bewusst auf die Verwendung quantitativer Erhebungsinstrumente. Das nach *Zang* (2010) am häufigsten angewandte Verfahren dieser Art ist das SSI-3 von *Riley* (1994, deutsche Übersetzung *Sandrieser & Schneider* 2008), das nach unserer Auffassung jedoch erhebliche methodische Mängel aufweist. So wird beispielsweise das Vermeidungs- und Aufschubverhalten nicht erfasst.

Auch ist die Abgrenzung zwischen Stotter-symptomatik und erfolgreich eingesetzter Modifikationstechnik nicht trennscharf gegeben. Insgesamt überrascht es nicht, dass die Validität und die Reliabilität beim SSI-3 angezweifelt werden (*Guitar* 1998, *McCaughey* 1996, *Hansen & Iven* 2010). Ferner „bestehen erhebliche Zweifel an der Durchführungsobjektivität. (...) Es fragt sich, was ein derart oberflächliches Instrument so populär macht, dass es auch im deutschsprachigen Raum recht unkritisch zur Diagnose des Schweregrades (...) empfohlen wird“ (*Hansen & Iven* 2010, 75).

Therapieeinstimmung

Im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen ist eine umfassende Einstimmung immer Bestandteil der Bonner Stottertherapie, da diese einen erfolgreichen Therapieverlauf maßgeblich unterstützt. Wie alle

Erfahrungen zeigen, wirkt sich die Einsicht in die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit anstehender therapeutischer Schritte auf Faktoren wie intrinsische Motivation, aktive Eigenarbeit sowie Selbstverantwortlichkeit aus, die wiederum entscheidende Einflussgrößen für den Therapieerfolg sind. Aus diesem Grunde ist die Vermittlung von stotterspezifischen und therapierelevanten Informationen Gegenstand der Therapie-

einstimmung. Diese enthält u.a.:

- ▶ *Allgemeine Informationen zum Stottern*
- Pathogenese des Stotterns
- Entwicklung und Ausformung der psychosozialen Folgeproblematik
- Nichtheilbarkeit, aber hohes Maß an Veränderbarkeit der Stottersymptomatik
- ▶ *Allgemeine Informationen zur Therapie*
- Stottertherapie als „Do-it-Yourself-Projekt“ (Starbuck 1993,119)

- Bedeutung einer möglichst konsequenten Anwendung der einzelnen Therapieinhalte und Notwendigkeit des Transfers in die relevanten Alltagsbereiche
- ▶ *Inhalte und Methoden der nachfolgenden Therapiebausteine der Bonner Stottertherapie*
- Was? Wie? Warum? Wann?
- Veranschaulichung durch therapiebegleitende Videoaufnahmen ehemaliger Patienten.

Die Therapie entscheidet sich außerhalb des Therapieraums...

... ist einer unserer therapeutischen Leitsätze. Denn der erfolgreiche Transfer, d.h. die Umsetzung des im Therapieraum Erarbeiteten in die relevanten Lebensbereiche ist zweifelsohne eine zentrale Voraussetzung für den Therapieerfolg. Der Transfer ist oft viel schwieriger und weniger erfolgreich, als wir Therapeuten es uns vorstellen können und wollen.

Nur allzu gerne lässt man sich von positiven Veränderungen im Therapieraum blenden. Obwohl der Transfer sicherlich als eine der zentralen Herausforderungen in der Therapie des Stotterns angesehen werden muss, findet er innerhalb von fachwissenschaftlichen Publikationen kaum Beachtung (Wendlandt 2009).

Im Rahmen der Bonner Stottertherapie ist es uns sehr wichtig, die einzelnen Inhalte im Therapieraum genau zu erarbeiten und daran anschließend jeden Therapieteilnehmer umfassend und intensiv beim Transfer in die Bereiche privates Umfeld (Familie, Freundes- und Bekanntenkreis), Fremde (Telefonieren, Aufsuchen von Geschäften u.a.) und Schule/Ausbildung/Beruf zu unterstützen (Abb. 2).

Das im Folgenden dargestellte Konzept zur Transferunterstützung kommt bei sämtlichen zentralen Therapiebausteinen der Bonner

Stottertherapie zur Geltung. Von Bedeutung sind hierbei u.a.:

- fortlaufende und ausführliche Information (Was? Warum? Wie? Wann?) und Motivation des Patienten,
- Einbeziehung der Sozialpartner von Beginn an über den gesamten Therapieverlauf,
- hohe Trainingsintensität in der Erschließung der Bereiche Telefonieren und Ansprechen von Fremden,
- hochfrequenter Einsatz von Diktiergerät und Checklisten in unterschiedlichen Sprechsituationen am Therapie- und Heimatort,
- Übertragung der Sprechtechniken in die Muttersprache bei Therapieteilnehmern mit Migrationshintergrund oder in die Zweitsprache bei Patienten mit besonderen Anforderungen in einer Fremdsprache,
- umfassende Vor- und Nachbereitung der Umsetzung am Wochenende zu Hause,
- therapeutische (Haus-)aufgaben mit Zielformulierung unter Berücksichtigung der SMART-Regeln: spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert (Drucker 1998),
- Schul-/Berufsvorträge.

Ein 250-seitiges Therapiehandbuch unterstützt die Therapieteilnehmer bei der Erarbeitung und Umsetzung sämtlicher Therapieinhalte.

Abbau der psychosozialen Folgeproblematik des Stotterns

Grundlegende Gedanken

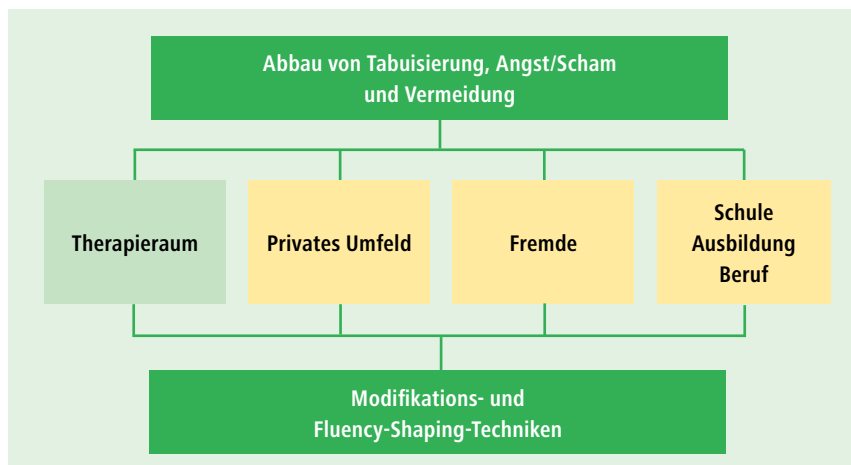
Der seinerzeit von der Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe formulierte Satz „Das Schlimmste am Stottern ist die Angst davor“ verdeutlicht, dass Stottern häufig sehr viel mehr als nur den gestörten Sprechablauf beinhaltet. Zur Veranschaulichung der Mehrdimensionalität des Stotterns prägte Sheehan bereits 1970 das Bild eines Eisbergs, dessen sichtbarer Teil oberhalb der Wasseroberfläche den meist deutlich kleineren Anteil darstellt.

So machen auch für viele Betroffenen die hör- und sichtbaren Symptome den vergleichsweise geringeren Teil der Gesamtproblematik aus. Der nicht sichtbare Bestandteil des Eisbergs entspricht den inneren Symptomen des Stotterns wie Emotionen (Ängste, Schamgefühle, Frustrationen u.a.), Kognitionen (negative Wahrnehmungen, Erwartungen und Bewertungen u.a.) und Verhaltensweisen (sprachliche und soziale Vermeidungsformen u.a.), die für Außenstehende nicht unmittelbar wahrnehmbar sind.

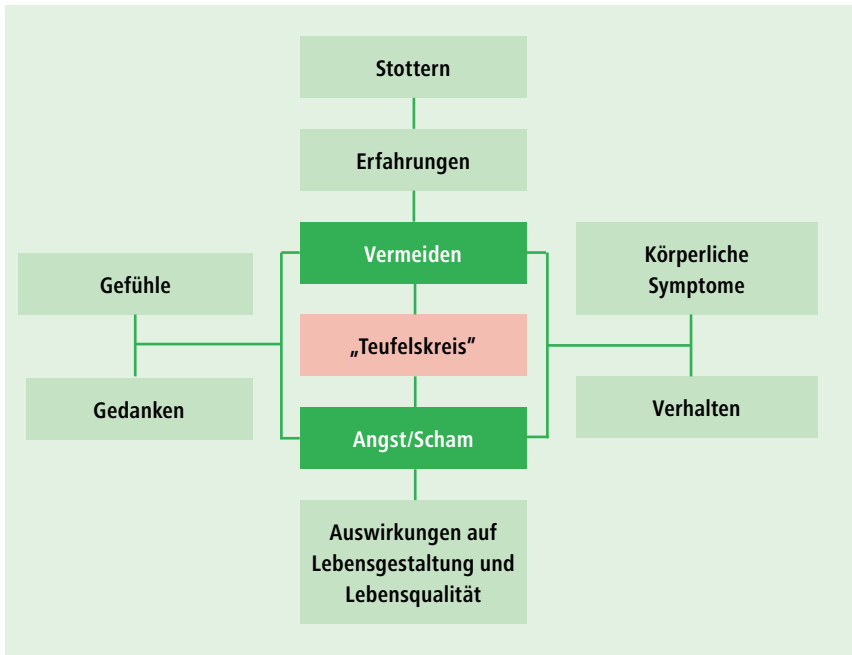
Unsere Erfahrungen decken sich mit den Ergebnissen vieler Studien, die aufzeigen, dass Betroffene nicht selten Formen einer sozialen Phobie oder generalisierten Angststörung entwickeln (von Tiling 2010, 292; Wendlandt 2010). So entspricht die ausgeprägte Angst etlicher Stotternder vor dem Telefonieren mit Fremden bzw. vor dem Ansprechen Fremder den Kriterien der Sozialen Phobie nach DSM-IV (APA 1994). Baumgartner (2012, 8) stellte in diesem Zusammenhang fest, „dass die Prävalenzrate für eine soziale Phobie von 40% bei erwachsenen Personen, die stottern, gegenüber einer 4%-Rate bei nicht-stotternden Menschen beachtlich ist“. Zudem zeigen sich bei nicht wenigen unserer Patienten psychosomatische Folgeerkrankungen.

In diesem Zusammenhang ist es nachvollziehbar, dass die verdeckten Symptome des Stotterns maßgeblichen Einfluss auf die Lebensgestaltung und Lebensqualität

■ **Abb. 2: Felder der Erarbeitung und Umsetzung**



■ **Abb. 3: Auswirkungen von Vermeidungsverhalten**



der Betroffenen nehmen können (Natke & Alpermann 2010). Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die psychosoziale Problematik in die Therapie des Stotterns umfassend und intensiv mit einzubeziehen.

Dabei ist es u.a. von zentraler Bedeutung, dem Betroffenen zu einem möglichst offenen und selbstbewussten Umgang mit seinem Stottern in sämtlichen relevanten Lebensbereichen zu verhelfen. Dies ist nach unserer Ansicht unabdingbar, da aufgrund der in Fachkreisen anerkannten Nicht-Heilbarkeit des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter selbst nach einer sehr erfolgreichen Therapie von einer verbleibenden Restsymptomatik auszugehen ist und auch Betroffene mit einer vergleichsweise geringen sprachlichen Symptomatik einen hohen subjektiven Leidensdruck aufweisen können.

Außerdem zeigen die klinischen Erfahrungen, „dass ohne eine Reduzierung der Angstsymptome keine dauerhafte Verbesserung der Sprechflüssigkeit möglich ist“ (von Tiling 2010, 292). Das traditionellen Fluency-Shaping-Ansätzen zugrunde liegende gedankliche Modell „Wer flüssiger spricht, hat keine Angst“ stellt nach Meinung der Autoren eine stark simplifizierte Sichtweise dar, die einer fehlerhaften Logik folgt und der Komplexität der Stotterproblematik nicht gerecht wird.

Von daher muss der Abbau der stotter-spezifischen psychosozialen Folgeproblematik auf sprachlich-kommunikativer, emotional-kognitiver, situativ-personenbezogener, verhaltensbezogener und sozialer Ebene Gegenstand der therapeutischen Intervention sein, wobei

sich die unterschiedlichen Ebenen wechselseitig beeinflussen und in der therapeutischen Arbeit nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen sind.

Abbau des verbalen Vermeidungsverhaltens

Das lerntheoretische Erklärungsmodell „Auswirkungen von Vermeidungsverhalten“ (Abb. 3) wird genutzt, um den Therapiepartnern auf plausible Weise zu verdeutlichen, dass Vermeidung maßgeblich für die Verstärkung und Aufrechterhaltung von negativen Emotionen und Kognitionen verantwortlich ist. Folgerichtig kann sich der Abbau derselben nur über (möglichst konsequentes) Nicht-mehr-Vermeiden auf verbaler, situativer und personenbezogener Ebene vollziehen. Dabei ist der Fokus zuerst auf den (möglichst) vollständigen Abbau des sprachlichen Vermeidungsverhaltens im Therapieraum gerichtet.

Im ersten Schritt wird den Therapiepartnern verdeutlicht, dass Betroffene in diesem Altersbereich in aller Regel über die generelle Fähigkeit verfügen, Stotterereignisse im Vorfeld zu antizipieren. Diese auch als vorzeitige Symptomwahrnehmung bezeichnete Fähigkeit nutzen viele Betroffene, um ihr Stottern – oft unbewusst – durch diverse sprachliche Vermeidungsformen so weit wie möglich zu verbergen. Hierzu zählen das Ersetzen, Auslassen und Umschreiben von stottergefährdeten Wörtern sowie auch diverse Aufschubformen, die darauf abzielen, die Realisierung des Zielwortes so lange hinauszögern, bis es (zumeist) flüssig gesprochen werden kann.

Füllwörter, Wort- und Satzteilwiederholungen, ungefüllte Pausen, Atemvorschub oder Schlucken sind Beispiele für Aufschubformen, die u.a. auf einer im Rahmen der Bonner Stottertherapie erstellten Identifikations-DVD modellhaft vorgestellt und in ihrer Funktion erläutert werden. Jeder Therapieteilnehmer identifiziert auf dieser Basis seine individuellen verbalen Vermeidungsstrategien, die er im Folgenden – anfänglich mithilfe der sogenannten Strichliste – konsequent abbaut. Dieses Vorgehen erweist sich als therapeutisch sehr hilfreich zur Schärfung der vorzeitigen Symptomwahrnehmung, indem der Therapieteilnehmer lernt, (möglichst) jedes Stotterereignis bereits im Vorfeld durch einen Strich auf der Liste anzuzeigen.

Parallel hierzu wird das sogenannte Primäre Stottern erarbeitet, das sich u.a. durch Stottern am Artikulationspunkt auszeichnet. Grundlage hierfür ist zunächst die Identifikation der weiteren relevanten individuellen Sekundärsymptomatik (u.a. orofaciale/gesamtkörperliche An kämpfreaktionen und Mitbewegungen) anhand der eigenen Video-Erstaufnahme.

Die Identifikation zielt vor allem darauf ab, eine größtmögliche Sensibilität für sprech- und stottermotorische Abläufe zu erarbeiten, die Funktionalität des eigenen Stotterverhaltens verständlich zu machen, die Eigenverantwortlichkeit herauszustellen („Selbst wenn Du nicht die Wahl hast, ob Du stotterst oder nicht, so hast Du doch die Wahl, wie Du stotterst“, Murray 1993, 38) sowie das Stottern zu versachlichen.

Des Weiteren werden als Grundlage des Primären Stotterns basale phonetische Kenntnisse vermittelt, die unter taktil-kinästhetischen und propriozeptiven Aspekten sofort sprechmotorisch umgesetzt werden. Beim Primären Stottern ist es nunmehr das Ziel, jedes Stotterereignis im Vorfeld wahrzunehmen, durch einen Strich anzuzeigen und sofort – ohne jegliches Vermeiden oder Aufschieben – am Artikulationspunkt mit Blickkontakt zu stottern. Dies führt dazu, dass bei vielen Therapiepartnern

- die Zahl an offen gezeigten Stotterereignissen deutlich zunimmt, was sich positiv auf die Desensibilisierung auswirkt;
- ein weitgehender bis vollständiger Abbau von orofacialen und gesamtkörperlichen An kämpfreaktionen und Mitbewegungen vollzogen wird;
- eine (zumindest situativ) lockerere Form des Stotterns in Form von Silbenwiederholungen möglich wird; unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass etliche Betroffene aufgrund hoher stottermotorischer

Grundspannung eine spannungsarme Form häufig nicht realisieren können. Somit erweist sich das Primäre Stottern im Wesentlichen als Desensibilisierungstechnik, da es aufgrund mangelnder Kontrollsicherheit keine zuverlässige Modifikationstechnik darstellt. Dies ist im Rahmen des Abbaus der psychosozialen Folgeproblematik aber auch nicht das gewünschte Ziel.

Offenheit

Häufig wird Stottern durch die oft damit einhergehenden negativen Emotionen und Kognitionen tabuisiert, wodurch ein konstruktiver Umgang damit für alle Beteiligten erschwert wird. Von daher besteht ein zentrales Therapieziel darin, dass jeder Patient mit seinen wichtigen Sozialpartnern offen über die eigene Stotterproblematik und die Therapie spricht. Denn Enttabuisierung schafft Klärung und Entlastung.

Vor allem aber ist eine derartige Offenheit als grundlegende Voraussetzung für einen langfristig erfolgreichen Therapieverlauf anzusehen. Denn sämtliche angestrebten sprachlichen Veränderungen – sei es „Stottern zeigen“ oder die Anwendung von Sprechtechniken – gehen zumindest anfangs mit einer deutlichen Auffälligkeit einher. Ein erfolgreicher Transfer derselben ist meist nur durch offenes Thematisieren möglich. Somit kann Offenheit als grundlegend für eine erfolgreiche Transferleistung angesehen werden.

Privater Bereich

Die intensive Einbeziehung des privaten Umfeldes erfolgt mit Therapiebeginn durch eine von uns erstellte Informations-DVD, die die Therapieteilnehmer am ersten Wochenende mit Familienangehörigen und Freunden anschauen. Inhalte der DVD sind neben allgemeinen Informationen zur vielschichti-

gen Problematik des Stotterns die konkrete Darstellung der einzelnen Therapiebausteine (Was? Wie? Warum? Wann?) und die Bedeutung des Transfers samt Möglichkeiten der Unterstützung durch die Sozialpartner. Im Anschluss an das gemeinsame Anschauen der DVD sprechen die Therapieteilnehmer über ihre persönliche Auseinandersetzung mit dem Stottern und den bisherigen Therapieverlauf.

Ergänzend kontaktieren die Patienten andere wichtige Personen aus ihrem sozialen Umfeld in einem graduellen Vorgehen und zeigen auch hier einen offenen Umgang mit dem Stottern. Auf diese Weise wird nahezu der gesamte Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis in vergleichsweise kurzer Zeit erschlossen. Im Bedarfsfall führt der Therapeut Gespräche mit relevanten Bezugspersonen mit individueller Zielsetzung (z.B. Abbau von Schuldgefühlen, Enttabuisierung bei besonders „schwierigen“ Gesprächspartnern, Erklärung für das vermehrte Auftreten nunmehr offen gezeigter Stottersymptomatik).

Schule/Ausbildung/Beruf

Als zentraler und anspruchsvoller Lebensbereich gehen Schule/Ausbildung/Beruf oft mit hohen kommunikativen Anforderungen einher. Insbesondere „stotternde Schülerinnen und Schüler empfinden ihre Schulzeit häufig als sehr belastend. Viele haben Sprechängste, waren schon einmal Opfer von Hänseleien/Mobbing und stehen unter einem hohen Leidensdruck“ (Thum 2011, 7). Von daher ist es aus unserer Sicht unabdingbar, den Bereich Schule/Ausbildung/Beruf gezielt therapeutisch zu erschließen. Auch hier erweist sich Offenheit als grundlegende Voraussetzung für eine größtmögliche Teilhabe und Aktivität.

Aus diesem Grund halten alle Patienten der Bonner Stottertherapie einen Vortrag vor ihrer Schulklasse und/oder ihren Arbeitskollegen. Dieser beinhaltet neben grundlegenden Informationen zum Themenkreis Stottern wesentliche Aspekte der eigenen Stotterproblematik und die individuelle Situation im Bereich Schule/Ausbildung/Beruf. Ferner werden wichtige Therapieinhalte und sich daraus ergebende konkrete Ziele samt Unterstützungsmöglichkeiten durch Mitschüler/Lehrer bzw. Arbeitskollegen/Vorgesetzte thematisiert. Die Vorträge werden in der Therapie vorbereitet, probeweise vorgetragen, zu einem individuellen Zeitpunkt am Heimatort gehalten und nachbereitet.

Bei einer höhergradigen Belastung in Verbindung mit starken Hänseleien/Mobbing wird der betroffene Schüler möglichst durch einen Therapeuten begleitet und durch eine

dem Vortrag vorangestellte Unterrichtsstunde zum Thema Stottern unterstützt. Nach unseren nahezu durchgängig positiven Erfahrungen dürfte es wenige therapeutische Interventionen geben, die mit einem derart geringen Zeitaufwand eine so schnelle und große Entlastung in einem zentralen Lebensbereich bewirken.

Abbau von negativen Emotionen und Kognitionen sowie von Vermeidungsverhalten bei fremden Personen

Theoretischer Hintergrund

Da für Betroffene die stotterspezifische Angst sicherlich als die zentrale negative Emotion angesehen werden kann, wird diese im Folgenden stellvertretend für andere genannt. Die Reduzierung von Scham und anderen Emotionen verläuft therapeutisch nach den gleichen Prinzipien, erstreckt sich aber nach den Erfahrungen der Patienten oft über einen längeren Zeitraum.

Da Vermeidung aus lerntheoretischer Sicht eine Angst verstärkende und aufrechterhaltende Bedingung ist (Abb. 3), wird der Patient in der sogenannten Konfrontationstherapie mit den angstauslösenden Reizen konfrontiert. Dieses auch als Expositionsbehandlung bezeichnete Vorgehen gehört zu den klassischen Verfahren der Verhaltenstherapie, das sich neben der unterschiedlichen Modalität – in sensu (in der Vorstellung) und in vivo (in der Realität) – in der Art der Herangehensweise unterscheidet: Während bei der graduellen Methode ein abgestuftes Vorgehen in kleinen Schritten praktiziert wird, werden bei der massierten Konfrontation (auch Flooding/(Reiz-)Überflutung) nach einer gezielten Vorbereitung Kommunikationssituationen mit einem (sehr) hohen Angstwert in einem klar strukturierten Ablauf so lange durchlaufen, bis ein deutlicher Abbau der negativen Emotionen eingetreten ist (Walter 2004-2009).

Die massierte Konfrontationstherapie in vivo hat sich u.a. bei sozialen Phobien sehr bewährt und ist häufiger Bestandteil in psychotherapeutischen Behandlungen von Angststörungen (Walter 2004-2009, Fehm & Wittchen 2005) und kommt auch im Rahmen der Bonner Stottertherapie seit vielen Jahren zur Anwendung. Ein zwar therapeutisch geradliniges und konsequentes, aber behutsames und einfühlsames Vorgehen erachten wir dabei als unabdingbar.

Erarbeitung und praktische Umsetzung

Im Folgenden möchten wir exemplarisch die massierte Konfrontation in vivo beim Telefonieren mit Fremden hinsichtlich der prakti-

Abgrenzung zum Advertising (Ankündigung)

Die in einigen Modifikationsansätzen angewandte Methode „Advertising“ wird im SSMP (Stotterer-Selbst-Management-Programm) als „die allerwichtigste Technik, die ein Stotterer lernen kann“, bezeichnet (Breitenfeldt & Lorenz 2002, 25). Hiernach soll sich der Betroffene möglichst häufig fremden Gesprächspartnern gegenüber als Stotternder ankündigen oder (absichtlich) Stottern zeigen. So schlagen die Autoren z.B. als Gesprächseinstieg vor: „Ich bin Thomas Müller und übrigens, ich stottere“ (Breitenfeldt & Lorenz 2002, 25). Auch wenn diese Ankündigung in Einzelfällen als Entlastungsstrategie sicherlich sinnvoll sein kann, stehen wir einem derartigen generellen Vorgehen kritisch gegenüber. So wäre es vergleichsweise für eine übergewichtige Person wenig passend, beim Bäcker mit den Worten zu beginnen: „Ich bin übergewichtig und hätte gerne ein Stück Kuchen.“

schen Erarbeitung intensiver vorstellen. Diese ist im Therapiekonzept dem In-vivo-Training in der Stadt vorangestellt.

Folgende Punkte erweisen sich bei der Vorbereitung des Telefontrainings als hilfreich, um die Bereitschaft der Betroffenen zu stärken, sich mit der oft (sehr) hohen Angstbelastung zu konfrontieren:

- „Allgemeine Informationen zu Ängsten und deren Entstehung (...), wie z.B. die entwicklungsgeschichtliche Funktion von Ängsten und deren typische Symptommuster“ (Fehm & Wittchen 2005, 51);
- Erneute Verdeutlichung des Circulus vitiosus aus Vermeidung und Angst sowie die Ableitung diesbezüglicher therapeutischer Maßnahmen (Abb. 3);
- Erklärung der Wirkmechanismen der massierten In-vivo-Konfrontation;
- Einsicht in die Wechselwirkung von Kognitionen und Emotionen mit dem Ziel der Modifikation dysfunktionaler Denkschemata durch Vermittlung grundlegender rational-therapeutischer Inhalte nach Ellis (1989);
- In-vivo-Demonstration eines selbstbewussten Umgangs mit sehr schwerer Stottersymptomatik durch den Therapeuten und Erarbeitung eines konstruktiven Umgangs mit eventuell auftretenden negativen Reaktionen der Gesprächspartner.

Die Durchführung der Telefonübungen vollzieht sich in einem klar strukturierten und weitgehend festgelegten Ablauf:

- Detaillierte inhaltliche Gesprächsplanung
- Individuell: Einsatz von Pseudostottern
- Bestimmung des individuellen Angstwertes auf einer Skala von 0 (neutrales Gefühl) bis 10 (sehr starke Angst) vor dem ersten selbst durchgeführten Telefonat;
- Exploration der eigenen Gedanken;
- Durchführung mehrerer direkt aufeinander folgender Telefonate mit offensivem Stottern ohne zwischenzeitliche Reflexion;

Pseudostottern

In der Fachliteratur besteht zwar weitgehend Einigkeit über den therapeutischen Nutzen von Pseudostottern, jedoch nicht über seine Definition und Anwendung. Wir bedienen uns einer auf das Wesentliche reduzierten Definition von Pseudostottern als absichtliche Form des Stotterns unabhängig von Art, Dauer und Stärke. Entgegen dem Stellenwert, der dem Pseudostottern in anderen Therapiekonzepten zukommt (Van Riper 1986, Ham 2000,

- Beendigung der Übung nach deutlichem Absinken des Angstwertes (individueller Zeitpunkt).

Im direkten Anschluss an die Übung erfolgt die Nachbereitung mit folgender Schwerpunktsetzung:

- erneute Exploration der eigenen Gedanken und Überprüfung der vorangegangenen Kognitionen mit den realen Erfahrungen;
- gemeinsame Reflexion;
- Planung des weiteren Vorgehens (selbstständige Durchführung der massierten Konfrontation in vivo am Telefon in einem zeitnahen, zweiten Durchgang ohne therapeutische Begleitung unter Einbeziehung von Protokollbögen).

Das In-vivo-Training in der Stadt (Ansprechen Fremder, Aufsuchen von Geschäften) vollzieht sich zunächst ebenso nach den Prinzipien der massierten Konfrontation. So werden bei der ersten Durchführung in einem festgelegten Zeitraum von 15 Minuten an einem belebten Platz so viele Passanten wie möglich mit (starkem) Stottern nach der Uhrzeit gefragt, ohne sich die Personen nach Geschlecht, Alter, Sympathie o.a. auszusuchen. Durch das „unentwegte“ Ansprechen von Fremden wird somit in kürzester Zeit eine sehr hohe Frequenz an sprachlichen Kontakten erreicht. Hierbei steht der Therapeut zunächst genauso unterstützend zur Seite wie bei den sich anschließenden Sprechaufgaben in Geschäften.

Die zunehmend selbstständige Durchführung des In-vivo-Trainings am Telefon und in der Stadt wie auch der gezielte Transfer am Heimatort ermöglicht nach unseren Erfahrungen bei nahezu allen Therapieteilnehmern innerhalb kürzester Zeit eine starke bis vollständige Reduktion von Angst und Vermeidung in diesen Bereichen. Lediglich bei (den sehr wenigen) Patienten mit (objektiv) extrem lang andauernden stummen Sprechblockaden wird das In-vivo-Training am Telefon und in der Stadt erst nach dem Erlernen des Primären Stotterns bzw. der Stotterkontrolle durchgeführt.

Wendlandt 2010), pflegen wir dahingehend eine pragmatische Herangehensweise, indem bei uns Pseudostottern in der Regel nur dann zum Einsatz kommt, wenn für die entsprechende Zielsetzung echte Stotterereignisse nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind. Dabei ist es uns wichtig, dem Therapieteilnehmer eine einfach nachvollziehbare und leicht umsetzbare Form des Pseudostotterns zu vermitteln.

Bewertung

Die Wirkmechanismen der massierten Konfrontation in vivo zeigen sich auf zwei Ebenen. Zum einen finden durch die fortlaufende Konfrontation Habituationsprozesse bezüglich der angstausslösenden Reize statt, was einen Rückgang der psychophysiologischen Angstreaktionen bedingt. Zum anderen werden die zuvor geäußerten negativen Erwartungen an der Realität überprüft und auf der Basis neuer Erfahrungen angepasst. Dadurch ergeben sich auf der kognitiven Ebene Veränderungen der Wahrnehmung und Bewertung. Es zeigt sich, dass allein schon durch die Erfahrungen mit dem Stottern in den entsprechenden Situationen eine kognitive Neubewertung der angstausslösenden Situationen erfolgt.

So ist nach Walter (2004-2009) im Zusammenhang mit (sozialen) Phobien u.a. „eine Erweiterung der Flooding-Therapie um kognitive Methoden nicht notwendig und führt laut empirischen Forschungsbefunden auch zu keiner Steigerung in der Effizienz der Therapie“. Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Expositionsbehandlungen (Grawe et al. 1994). Die Autoren fordern nachdrücklich den Einsatz dieses Verfahrens in der Praxis, denn: „Therapeuten, die dies – aus welchen Gründen auch immer – nicht tun, legen ihren Patienten völlig unnötig ein verlängertes oder nie endendes Leid auf und verstoßen, das kann man heute so sagen, gegen die Regeln der Kunst“ (ebd., 344).

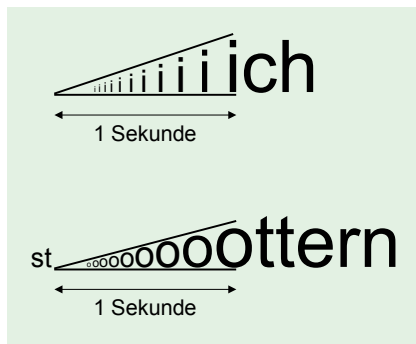
Modifikationstechnik: Stotterkontrolle

Grundlegende Gedanken

Bei der Stotterkontrolle handelt es sich um eine lokale Technik, die wie alle Modifikationstechniken darauf abzielt, das einzelne Stotterereignis gezielt zu bearbeiten. Die nicht vom Stottern betroffenen Sprechanteile können spontan gesprochen werden. Im Gegensatz zu Blocklösetechniken, bei denen ein bereits eingetretenes Symptom kontrolliert beendet werden soll, hat die Stotterkontrolle das Ziel, das Stotterereignis bereits im Vorfeld zu antizipieren und vor seinem eigentlichen Auftreten mithilfe der Technik kontrolliert flüssig zu gestalten.

Bei der Konzeptfindung der Bonner Stottertherapie wurde seinerzeit mit unterschiedlichen Modifikationstechniken gearbeitet, woraus vor zwei Jahrzehnten die Stotterkontrolle entwickelt wurde. Sie basiert auf dem leisen und weichen Stimmeinsatz, bei dem die Stimmbänder sanft und kontrolliert in Schwingung versetzt werden, wodurch die Auftrittswahrscheinlichkeit stottermo-

■ **Abb. 4: Stotterkontrolle**



torischer Spannung sehr deutlich reduziert wird. Nach unseren Erfahrungen mit über 1 000 stotternden Patienten erweist sich die Stotterkontrolle als sehr effiziente Modifikationstechnik, da sie viele Vorteile vereint. Als flüssige Kontrolltechnik bietet sie den meisten Stotternden auch in anspruchsvollen Kommunikationssituationen ein hohes Kontrollgefühl. Für sämtliche Altersbereiche wie auch für Menschen mit besonderem Förderbedarf stellt sie als leicht erlernbare Methode eine einfach anzuwendende Kontrolltechnik dar. Durch ihre Individualisierbarkeit und Alltagstauglichkeit findet sie zudem eine sehr hohe Akzeptanz bei den Therapieteilnehmern. Die positive Beurteilung des Wirkmechanismus der Stotterkontrolle teilen auch andere Stottertherapeuten und berücksichtigen diesen im Rahmen von lokalen und globalen Techniken in ihren Konzepten (Zückner 2008, Thum 2013).

Regeln

Die Stotterkontrolle stellt eine leicht operationalisierbare Kontrolltechnik dar, die lautübergreifend aus wenigen und einfachen Regeln besteht:

- *Pause vor jedem Stotterereignis*
Diese dient der Vorbereitung auf den neuen Bewegungsablauf und der bewussten Phonation mit einer leisen und weichen Stimme.
- *Leiser und weicher Stimmeinsatz*
Die Stimmbänder werden mit kleinstmöglicher Amplitude in Schwingungen versetzt.

■ **Abb. 5: Anwendung der Stotterkontrolle**

1. Tag	2./3. Tag	4.-7. Tag	ab 8. Tag
Jedes Wort	1. + ca. 4. Wort zuzüglich jedes antizipierte Stotterereignis	1. + ca. 8. Wort zuzüglich jedes antizipierte Stotterereignis	Jedes antizipierte Stotterereignis und/oder Pseudotechnik in individueller Häufigkeit

- *Dehnung des entsprechenden Vokals (anfangs eine Sekunde)*
Die anfangs leise Stimme wird gleichmäßig bis zur normalen Lautstärke gesteigert.
- *Leichte und weiche Artikulationskontakte mit stotterantizipierten Konsonanten(verbindungen)* (Abb. 4.)

Erarbeitung und praktische Umsetzung

Wie bei allen Therapiebausteinen werden die Kursteilnehmer zunächst umfassend über die weiteren Schritte informiert. Nach Differenzierungsübungen zur auditiven Beurteilung von harten, festen, verhauchten und weichen Stimmeinsätzen wird der leise und weiche Stimmeinsatz auf Lautebene geübt und in Kombination mit den übrigen Regeln der Stotterkontrolle systematisch bis zur Wortebene erarbeitet.

Um eine größtmögliche Übungsintensität zu gewährleisten, wenden die Therapieteilnehmer über den ganzen Tag die Technik in sämtlichen Äußerungen „Wort für Wort“ an. In den nächsten Tagen wird die Anwendungshäufigkeit der bisher meist pseudomäßig produzierten Technik systematisch reduziert (Abb. 5).

Bei Anwendung der Stotterkontrolle treten in aller Regel von Beginn an – losgelöst von Art und Stärke des individuellen Stotterverhaltens – sämtliche zuvor vorhandenen orofacialen und/oder gesamtkörperlichen An kämpfreaktionen und Mitbewegungen nicht mehr auf. Nach Therapieende erfährt diese Technik (wie jede andere auch) dahingehend ihre Grenzen, dass das zuvor vorhandene sehr hohe Maß an Kontrollsicherheit sich meist nicht durchweg aufrechterhalten lässt und sich der Betroffene auch mit Momenten stottermotorischen Kontrollverlusts in individueller Stärke und Häufigkeit auseinandersetzen muss.

Der bereits beim Primären Stottern intensiv erarbeiteten vorzeitigen Symptomwahrnehmung kommt in diesem Therapieabschnitt eine zentrale Bedeutung zu. Stotternde Jugendliche und Erwachsene besitzen per se die Fähigkeit, Stotterereignisse im Vorfeld wahrzunehmen (, weshalb sie auch

blitzschnell das Stottern vermeiden bzw. aufschieben können). Diese Fähigkeit kann mit einem entsprechenden Wahrnehmungstraining auf eine derart hohe Bewusstseins ebene gebracht werden, dass die meisten Betroffenen in der Lage sind, Symptome vorzeitig zu erkennen und mit der Stotterkontrolle zu bearbeiten.

Diese Herangehensweise halten wir für leichter umsetzbar als das klassische Vorgehen nach Van Riper, bei dem erst nach dem Erlernen von Cancellation (Nachbesserung) und Pull-Out die vorzeitige Bearbeitung von Stotterereignissen (preparatory set) angestrebt wird. Die Grenzen der vorzeitigen Symptomwahrnehmung zeigen sich bei der Antizipation von Stottersymptomen geringer Stärke und Dauer, die jedoch ohnehin in Modifikationsansätzen therapeutisch zu vernachlässigen sind.

Bei Betroffenen mit einer ungenügenden vorzeitigen Symptomwahrnehmung hat es sich bewährt, die Stotterkontrolle in einer festgelegten Häufigkeit als „Pseudotechnik“ einzusetzen. Dadurch verringert sich in aller Regel deutlich das stottermotorische Spannungspotenzial und damit die Auftrittswahrscheinlichkeit und Stärke von Stotterereignissen.

Für einige Therapieteilnehmer stellt außerdem der „Symptomabbruch“ als Blocklösetechnik einen weiteren Zugang dar. Bei diesem wird nach aktivem Abbruch eines Stotterereignisses ein kontrollierter Ausstieg über die Stotterkontrolle gefunden. Diese Technik kann u.a. dann eingesetzt werden, wenn ein Symptom nicht im Vorfeld adäquat wahrgenommen wird, oder wenn aufgrund sehr hoher stottermotorischer Spannung der Einstieg in den leisen und weichen Stimmeinsatz situativ nicht gelingt. Bei einzelnen Patienten wird zusätzlich der Pull-Out (Van Riper 1986) erarbeitet, der sich insbesondere bei Betroffenen mit starken laryngealen An kämpfreaktionen als hilfreiche Ergänzung zur Stotterkontrolle erweist.

Weiterführende Gedanken

Stottermodifikation ist nach Auffassung der Autoren als der grundlegende Ansatz in der Therapie des Stotters im Jugend- und Erwachsenenalter zu verstehen, da er in seinem umfassenden Verständnis der Gesamtproblematik sowohl auf den Abbau der psychosozialen (Folge-)problematik als auch auf die flüssige(re) Gestaltung von antizipierten und real auftretenden Stotterereignissen ausgerichtet ist. Nach unseren klinischen Erfahrungen sind die im Rahmen der Stottermodifikation vermittelten Inhalte für etliche Betroffene ausreichend, um zu einem langfristig guten Behandlungserfolg zu gelangen.

Doch wie jeder Ansatz hat auch dieser seine Grenzen. Gerade für Betroffene mit einer hohen Stotterrate erweisen sich Modifikationstechniken als unzureichend, vermitteln sie doch lediglich die Möglichkeit, jedes einzelne der gehäuft auftretenden Stotterereignisse zu bearbeiten. Die fortwährende Bearbeitung derselben gestaltet sich sprechmotorisch sehr mühsam, erweist sich kaum alltagstauglich und lässt kein Gefühl von Sprechfluss aufkommen.

Auch Stotternde mit einer nicht ausreichenden Symptomwahrnehmung finden über Modifikationstechniken wenig Kontrolle (wie sollten sie auch, wenn sie ihr Stottern kaum bemerken). So gibt es etliche Therapieteilnehmer, die sich bei einer derartigen Ausgangslage am Ende der Stottermodifikationsphase hinsichtlich der erreichten Sprechflüssigkeit nachvollziehbar unzufrieden äußern. Gerade für diese Klientel stellen Fluency-Shaping-Techniken nach Auffassung der Autoren eine unerlässliche Ergänzung dar.

Fluency Shaping: Sprechkontrolle

Grundlegende Gedanken

Wie alle globalen Techniken verfolgt die Sprechkontrolle – als Fluency-Shaping-Technik der Bonner Stottertherapie – das Ziel, das Auftreten von Stotterantizipationen und Stotterereignissen durch Modifikation des gesamten Sprechmusters möglichst zu unterbinden und ein kontrolliert flüssig(er)es Sprechen zu ermöglichen. Die Fluency-Shaping-Richtung wird häufig dahingehend kritisiert, dass

- der Stotterer nicht zu lernen braucht, wie man flüssig spricht, da ihm dies bereits häufig möglich ist; von Bedeutung ist vielmehr, was er Sinnvolles tun kann, wenn er stottert (Van Riper 1986);
- „der Preis, diese flüssigen Anteile durch eine Sprechtechnik (Fluency Shaping) zu überlagern, (...) unverhältnismäßig hoch zu sein [scheint], zumal das Ergebnis sehr auffällig ist (...)“ (Rauschan & Welsch 2008, 6);
- eine individuelle Therapie nicht möglich ist, da alle Betroffenen nach einem festgelegten Programm behandelt werden (Decher 2011);
- es im Wesentlichen um die Anzahl der gestotterten Wörter pro Zeiteinheit geht und unerheblich erscheint, wie zufrieden der Patient ist (Decher 2011);
- das Bemühen um ein möglichst flüssiges Sprechen das verbale Vermeidungsverhalten fördern und hierdurch die psychosoziale Belastung zunehmen kann (Prüß 1996);

- „(...) die in nahezu allen Therapien auftretenden Rückfälle bei den rein auf Sprechflüssigkeit abzielenden Therapien oft einen Kreislauf von Selbstabwertung und von Vertrauensverlust in die Sprechtechnik in Gang setzen, der einen langfristigen Therapieerfolg verhindert“ (Zückner 2012, 65).

Wir sehen diese Kritikpunkte bezogen auf klassische Fluency-Shaping-Ansätze, wie sie auch in Deutschland vertreten werden, weitgehend als berechtigt an. In derartigen rein sprechtechnisch orientierten Programmen durchlaufen alle Therapieteilnehmer gleichermaßen dasselbe festgelegte Programm, „egal ob sie schwer stottern oder leicht, ob sie häufig stottern oder selten“ (Decher 2011, 31). Als besonders kritikwürdig erscheint uns in derartigen Konzepten auch, dass die individuelle Problematik – beispielsweise auf psychosozialer Ebene – nicht die notwendige therapeutische Berücksichtigung findet. Ein patientenorientiertes Vorgehen ist somit bei diesen Ansätzen nahezu ausgeschlossen.

Die Philosophie klassischer Fluency-Shaping-Vertreter, dass sich aus einer Steigerung der Sprechflüssigkeit automatisch eine Verbesserung der Lebensqualität ergibt, missachtet durch eine stark simplifizierte Sichtweise die Komplexität des Störungsbildes Stottern. Schon 1984 stellte Sheehan fest: „Defining stuttering as a fluency problem borders on professional irresponsibility. It ignores the person; it ignores his feelings about himself; it ignores the significance of stuttering in his life“ (226).

Integriert man allerdings – wie die Bonner Stottertherapie – die Fluency-Shaping-Technik in ein entsprechendes Gesamtkonzept, kommen die genannten Kritikpunkte nicht zur Geltung. Vielmehr zeigen unsere Erfahrungen, dass die Sprechkontrolle als Fluency-Shaping-Technik für zahlreiche Therapieteilnehmer sehr positive Effekte hat: Neben Betroffenen mit einer hohen Stotterrate bzw. nicht ausreichender Symptomwahrnehmung profitieren auch Therapieteilnehmer mit einer geringeren Symptommhäufigkeit in einem hohen Maße von der Fluency-Shaping-Technik, da sie ihnen ein zuvor nicht erlebtes Gefühl von Flüssigkeit, Kontrolle und Entspannung im Sprechen ermöglicht. So erlebt ein großer Teil der Patienten die Sprechkontrolle nach Therapieende als zentrale Kontrolltechnik.

In dem Konzept der Bonner Stottertherapie erfolgt die Vermittlung der Fluency-Shaping-Technik erst nach der Bearbeitung der psychosozialen Folgeproblematik und dem Erwerb der Modifikationstechniken, sodass

zuvor sowohl ein selbstbewusster Umgang mit der Stotterproblematik als auch die Fähigkeit zur Verflüssigung von Stotterereignissen erarbeitet wurde. Wie auch Thum (2013, 96) sind wir grundlegend davon überzeugt, „dass Sprechtechniken nur dann nachhaltig wirken, wenn dem Patienten eine umfassende Phase der Desensibilisierung zum Abbau von Sprechängsten und Schamgefühlen angeboten wurde“.

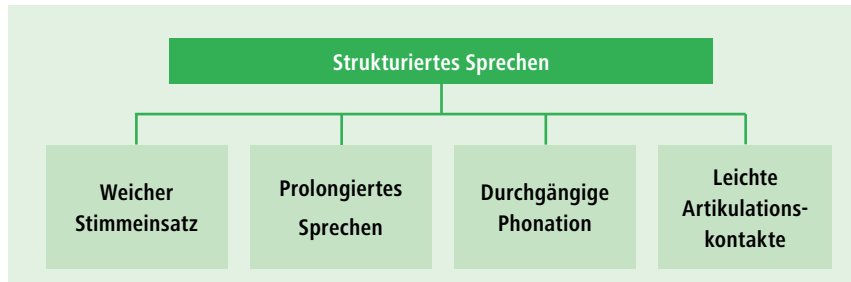
Unsere Erfahrungen belegen, dass nicht alle Betroffenen von der Fluency-Shaping-Technik profitieren oder diese sogar kontraindiziert sein kann, weswegen wir im Gegensatz zu anderen Therapiekonzepten nicht allen Therapieteilnehmern eine solche Technik vermitteln. Die Frage nach der Indikation wird in gemeinsamen Gesprächen zwischen Therapeut und Patient diskutiert und entschieden.

Regeln

Der Aufbau der Sprechkontrolle erfolgt von einem anfangs stark verlangsamten Sprechen über mehrere Stufen hin zu einem möglichst natürlichen Sprechtempo. Folgende Regeln gelten gleichsam für alle Stufen (Abb. 6):

- **Strukturiertes Sprechen**
Die geplante Äußerung wird in inhaltlich sinnvolle Abschnitte (Sinnabschnitte) aufgeteilt, wobei über den Verlauf der Stufen die Anzahl der Wörter pro Sinnabschnitt von anfänglich einem Wort zu einer beliebigen Wortanzahl erhöht wird. Für die Gestaltung jedes einzelnen Sinnabschnitts gelten folgende Regeln:
- **Weicher Stimmeinsatz**
Die erste Silbe eines jeden Sinnabschnitts wird mit einem weichen Stimmeinsatz gebildet, um einen kontrollierten und flüssigen Einstieg zu finden.
- **Prolongiertes Sprechen**
Neben der ersten Silbe wird im weiteren Sinnabschnitt auch der gesamte Rest unter Berücksichtigung eines möglichst natürlichen Betonungsmusters gedehnt. Im Verlauf der Stufen wird diese Dehnung zunehmend verringert.
- **Durchgängige Phonation**
Ziel ist ein gebundenes Sprechen ohne Pausen zwischen den einzelnen Silben und Wörtern. Im Sinne größtmöglicher Natürlichkeit ist es uns dabei u.a. wichtig, dass stimmlose Frikative und Plosive weiterhin stimmlos gesprochen werden.
- **Leichte Artikulationskontakte**
Um dem Stottern möglichst keine Angriffsfläche zu bieten, werden die Konsonanten, insbesondere die Plosive, mit reduziertem Artikulationsdruck gebildet.

■ Abb. 6: Fluency-Shaping-Technik: Sprechkontrolle



Erarbeitung und praktische Umsetzung

Die im Rahmen der Stotterkontrolle vorgestellten grundlegenden Schritte der Erarbeitung kommen auch bei diesem Therapiebaustein zum Tragen. So werden nach Differenzierungsübungen die Regeln der Sprechkontrolle anhand eines Lesetextes eingeübt und sofort und konsequent ins freie Sprechen übertragen. Dabei kommt der therapeutischen Unterstützung mit intensivem korrektivem Feedback anfänglich eine zentrale Rolle zu. Auch in diesem Therapiebaustein lernen die Therapieteilnehmer zunehmend selbstständig, die Technikgenauigkeit mithilfe von Diktiergerät und Checkliste zu überprüfen.

Bei allen Therapieteilnehmern ist es uns wichtig, ein Optimum zwischen kontrollierter Flüssigkeit einerseits und Sprechnaturalität andererseits zu erreichen. Da Fluency-Shaping-Techniken berechtigterweise oft hinsichtlich ihrer Auffälligkeit kritisiert werden, ist es sehr wichtig, von Anfang an eine möglichst natürliche Ausgestaltung der Sprechweise zu erarbeiten. Bedeutsam sind – wie auch schon bei der Stotterkontrolle – vor allem phonatorische, artikulatorische und prosodische Merkmale.

Zudem wird im Rahmen der Bonner Stottertherapie großer Wert darauf gelegt, bei jedem Therapieteilnehmer eine auf ihn abgestimmte Ausgestaltung der Sprechkontrolle durch individuelle Schwerpunktsetzung und Ausprägung der einzelnen Technikparameter zu erarbeiten. Einflussfaktoren sind in dieser Hinsicht beispielsweise Sprechgeschwindigkeit, Kontrollbedürfnis und Kompetenz zur inhaltlichen Sprechvorplanung. Am Ende ist es das Ziel, dass jeder Therapieteilnehmer über sein eigenes „Bewusstes Sprechen“ verfügt, das als individuelle Ausgestaltung der Sprechkontrolle sowohl ein möglichst großes Maß an kontrollierter Sprechflüssigkeit als auch eine hohe persönliche Identifikation ermöglicht.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Sprechkontrolle den meisten Therapieteilnehmern ein hohes Maß an kontrollierter Sprechflüssigkeit bietet. Diese darf jedoch nicht zu einer eigenen oder von Sozialpartnern

(unterschwellig) herangetragenem Erwartung an ein stotterfreies Sprechen führen. Aus diesem Grunde erfolgt am Ende der Fluency-Shaping-Phase (wie auch bei der Modifikationsphase) der gezielte Einsatz von Pseudostottern, damit bei auftretenden Stotterereignissen nicht erneut mit negativen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen reagiert wird.

Weiterführende Gedanken

Die nach Therapieende erarbeitete Verfügbarkeit von selbstbewusstem Umgang mit dem Stottern, Modifikationstechniken und der Fluency-Shaping-Technik eröffnet dem Therapieteilnehmer eine Vielzahl von Möglichkeiten. So verwenden einige in der Alltagskommunikation schwerpunktmäßig die Sprechkontrolle, andere vor allem die Stotterkontrolle und wieder andere finden ihren primären Zugang in einem selbstbewussten Stottern. Die Mehrzahl allerdings findet ihren optimalen Weg in einem Wechsel zwischen den einzelnen Sprechformen – abhängig beispielsweise von Situation, Gesprächspartner und Kontrollbedürfnis.

Spontane und kontrollierte Flüssigkeit

Wir unterscheiden in der Therapie zwischen spontaner und kontrollierter Flüssigkeit. Unter kontrollierter Flüssigkeit verstehen wir ein durch Technikanwendung erreichtes flüssige(s) Sprechen, wohingegen spontane Flüssigkeit dem Sprechen eines Normalsprechenden ohne Stotterereignisse und Sprechtechniken entspricht. Nach der Erfahrung vieler Betroffener ergibt sich bei intensiver Auseinandersetzung mit Modifikations- bzw. Fluency-Shaping-Techniken häufig eine deutliche Zunahme an spontaner Flüssigkeit. Aus therapeutischer Sicht ist jedoch zu bedenken, dass diese zumeist zeitlich begrenzt ist und deswegen auch die Verfügbarkeit der Techniken und damit die kontrollierte Flüssigkeit erhalten bleiben sollte.

Rückfallprophylaxe

Da sich Stottern durch eine sehr hohe Rezidivgefährdung auszeichnet (Wendlandt 2010), kommt der Stabilisierung der neuen Sprech-, Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen eine besondere Bedeutung zu. Von daher ist auch diese Thematik ein zentraler Baustein der Bonner Stottertherapie, dem durch die zwei Nachbehandlungen von jeweils einer Woche Rechnung getragen wird. Innerhalb sämtlicher vier Behandlungsmodule erhalten die Therapieteilnehmer umfassende Informationen zur Rückfallthematik. Zudem werden individuelle Strategien zur Rückfallprophylaxe sowie Rezidivbewältigung erarbeitet, die durch diverse unterstützende Materialien zur Fortführung der eigentherapeutischen Arbeit ergänzt werden.

Nach Beendigung der stationären Maßnahme besteht außerdem für jeden Therapieteilnehmer die Möglichkeit, durch Telefonkontakte, zusätzliche Auffrischungstage oder durch die Teilnahme an teletherapeutischen Treffen innerhalb eines mittlerweile bundesweiten Netzwerks Unterstützung zu finden. Auch die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen am Heimatort wird individuell angeregt.

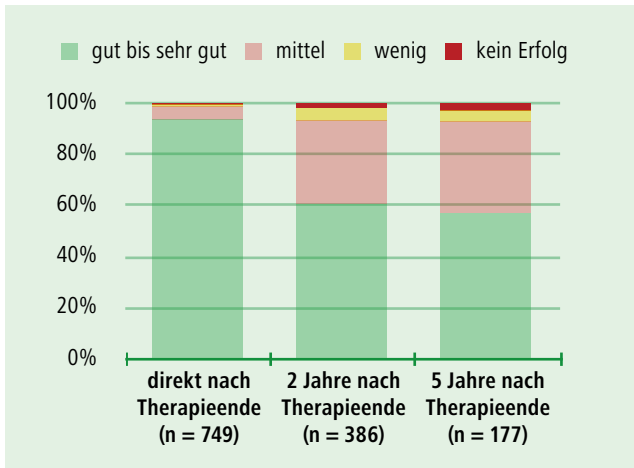
Evaluation der Bonner Stottertherapie

Seit vielen Jahren schon beurteilen die Teilnehmer der Bonner Stottertherapie ihren Behandlungserfolg zu drei verschiedenen Zeitpunkten: am Ende der Therapie sowie zwei bzw. fünf Jahre nach Therapieende. Die Auswertung zur mittlerweile bundesweit größten Stichprobe (n = 749) zeigt, dass die große Mehrheit der Patienten in sprachlicher wie persönlicher Hinsicht offenbar deutlich und nachhaltig von der Bonner Stottertherapie profitiert (Abb. 7 u. 8). Doch worin besteht die Qualität dieser Erfolge? Was verändert sich, und in welchem Ausmaß finden erwünschte Veränderungen statt?

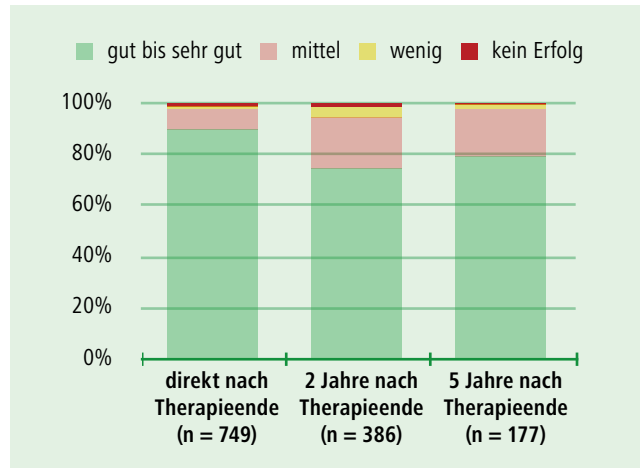
Antworten auf diese und ähnliche Fragen erfordern ein Diagnoseinstrument, das umfassende und differenzierte Aussagen gewährleistet, das auf der Grundlage einer ICF-Orientierung ein zeitgemäßes Verständnis von Stottern, Therapie und Behandlungserfolg widerspiegelt und ebenso ermöglicht, therapeutische Prozesse effektiver zu gestalten.

Auch sollte dieses Instrument zeitökonomischen und wissenschaftlichen Kriterien genügen. Für die angestrebte Langzeitevaluation war es für uns darüber hinaus von zentraler Bedeutung, ein für Jugendliche und Erwachsene identisches Instrument zu verwenden und somit sicherzustellen, dass

■ **Abb. 7: Erfolge sprachlich**



■ **Abb. 8: Erfolge persönlich**



ein Vergleich der Ergebnisse auch noch nach dem Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter möglich ist. Ein derartiges Diagnoseinstrument – so ergaben unsere Recherchen – ist gegenwärtig noch nicht verfügbar. Dies war der Ausgangspunkt für die Autoren, seit Anfang 2012 in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychologie der Universität Bonn (Dr. Uwe Kleinemas) die Bonner Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder (BLESS) zu entwickeln.

Am Beginn stand dabei die Frage nach der zugrundeliegenden Philosophie: Was macht Stottern für den betroffenen Menschen aus? Wodurch ist die Lebenssituation geprägt? Welche Dimensionen gilt es in diesem Sinne zu erfassen? Wie definiert sich Erfolg in der Therapie? Wie können in einem derartig umfassenden Verständnis mit vergleichsweise wenig Items die sprechbezogene, emotionale, kognitive und soziale Ebene auch hinsichtlich ihrer kontextgebundenen Variabilität erfasst werden?

Nach kritischer Auseinandersetzung mit bereits existierenden Verfahren formulierten wir unter Berücksichtigung der relevanten Komponenten der ICF eigene, nach unserer langjährigen klinischen Erfahrung bedeutsame Items, die die entsprechende Skalierungsform (Stärke, Häufigkeit, Zustimmung) auf einer 5-stufigen – und damit ICF-kompatiblen – Skalierung zugeordnet wurde. Nachfolgend wurden mit über 100 stotternden Patienten und zahlreichen Experten sämtliche Items

hinsichtlich Plausibilität und Verständlichkeit diskutiert und überarbeitet.

Bei der anschließenden psychometrischen Analyse wurde jedes einzelne Item dahingehend bewertet, ob es das misst, was es messen soll (Validität), wie zuverlässig es dies misst (Reliabilität), wie gut es differenzieren kann (Trennschärfe) und ob es eine hinreichende Variabilität abbildet (Itemschwierigkeit). Auf dieser Basis erfolgten die Itemrevison und die Festlegung auf letztlich 38 Items mit guten psychometrischen Kennwerten.

Die sich anschließende Faktorenanalyse ergab, dass die BLESS-Items drei Dimensionen der Kompetenz im Umgang mit Stottern zugeordnet werden können: „Emotion und Kognition“, „Umgang mit vertrauten Personen“ und „Umgang mit fremden Personen“. In diesen Kompetenzdimensionen findet sich die von den Autoren geforderte ganzheitliche, kontextbezogene Sichtweise des Stotterns wieder und damit auch eine Vorstellung von Gesundheit, die deutlich mehr als die Reduzierung oder Abwesenheit der sprechbezogenen Stottersymptomatik umfasst. So wird beispielsweise in der Dimension „Umgang mit fremden Personen“ u.a. die Ausprägung des Stotterns, des Vermeidungsverhaltens und des Angsterlebens jeweils in den Bereichen Telefonieren, Ansprechen Fremder (z.B. Geschäfte) sowie Schule/Ausbildung/Beruf abgebildet.

Derzeit wird eine Online-Plattform zur Durchführung, Auswertung und Dokumentation

von BLESS vorbereitet, auf deren Basis auch eine fortlaufende Normierung des Verfahrens erfolgen kann. Die einfache und standardisierte Handhabung des Instruments, die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sowie die unkomplizierte Verfügbarkeit für alle interessierten Institutionen und Therapeuten im ambulanten und stationären Rahmen könnten dann als Grundlage für die Optimierung von Prozess- und Ergebnisqualität von Stottertherapie weitreichend nutzbar gemacht werden. Während der Normierungsphase kann das Verfahren von interessierten BehandlerInnen online kostenlos genutzt werden. Anmeldungen unter Angabe von Name, Institution und Mailadresse bitte an stottern@ivr.de (Kennwort: BLESS)."

Fazit

Aufgrund der hohen Individualität und Komplexität des Störungsbildes Stottern sehen die Autoren die Notwendigkeit eines Kombinationsansatzes, der die beiden bewährtesten Therapierichtungen Stottermodifikation und Fluency Shaping in einem Gesamtkonzept vereint. Auf dieser Basis stellt die Konzeption der Bonner Stottertherapie einen optimalen Zugang zu einem patientenorientierten Vorgehen dar, da jedem Therapieteilnehmer aus der Vielzahl unterschiedlicher Therapiebausteine, Techniken und Methoden eine individuell auf ihn abgestimmte Behandlung ermöglicht werden kann.



unabhängige Finanz- und Versicherungsberatung für LogopädInnen seit 1996
mosaik GmbH Tel.: 0 21 71 / 3 99 2 30
Fax: 0 21 71 / 4 34 34
kontakt@mosaik-gmbh.de
www.mosaik-gmbh.de

Speziell für Logopäden

Sonderprämien und Tarife

- Berufshaftpflicht ab 50,00 € netto jährlich
- Private Krankenversicherung
- Berufs- u. Privathaftpflichtvers. 79,70 € netto jährlich
- Verdienstausfallabsicherung usw. ...
- Praxisinhaltsvers. inkl. Glas ab 50,00 € netto jährlich
- 104 Gesellschaften im Vergleich
- Spezielle Berufsunfähigkeitsversicherung

Fordern Sie unseren Info-Coupon an!!



LITERATUR

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Baumgartner, S. (2012). Sprechwerkzeuge stottern nicht. *Forum Logopädie* 26 (2), 6-11
- Breitenfeldt, D & Lorenz, D. (2002). *Stotterer-Selbst-Management-Programm. Das Trainingsprogramm mit der „Ankündigung als Entlastungsstrategie für jugendliche und erwachsene Stotterer*. Köln: ProLog
- Decher, M. (2011). *Therapie des Stotterns. Ein Überblick über aktuelle Therapieansätze für Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Köln: Demosthenes
- Drucker, P. (1998). *Die Praxis des Managements*. Düsseldorf: Econ
- Ellis, A. (1989). *Die rational-emotive Therapie: das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung*. München: Pfeiffer
- Fehm, L. & Wittchen, H.-U. (2005). Konfrontationsbehandlung bei Sozialer Phobie. In: Neudeck, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.), *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen: Theorie und Praxis* (47-66). Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe
- Gregory, H.H. (2003). *Stuttering Therapy: rationale and procedures*. Boston: Allyn & Bacon
- Guitar, B. (1998). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins
- Ham, R. (1986). *Techniques of Stuttering Therapy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Ham, R. (2000). *Techniken in der Stottertherapie*. Köln: Demosthenes
- Hansen, B. & Iven, C. (2010). Diagnostik des Stotterns bei Kindern: Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF. *Spracheheilarbeit* 55 (2), 71-78
- Kuhr, A. (1991). *Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Stotterns*. Berlin: Springer
- McCauley, R. (1996). Familiar strangers: criterion-referenced measures in communication disorders. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 27, 122-131
- Murray, F. (1993). Zu einem freieren Sprechen. In: Hood, S. (Hrsg.), *An einen Stotterer* (35-39). Köln: Demosthenes
- Natke, U. & Alpermann, A. (2010). *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber
- Prüß, H. (1992) In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), Was ist „Erfolg“ in der Stottertherapie? *Spracheheilarbeit* 37, 227-239
- Prüß, H. (1996). Eine autobiographische Betrachtung meiner Auseinandersetzung mit dem Problemkreis Stottern – der Weg zu einem dualistischen Grundverständnis. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Lebenslaufstudien und Sprachheilpädagogik* (181-203). Dortmund: Modernes Lernen
- Prüß, H. & Richardt, K. (2010). Patientenorientierte Vorgehensweise in der Therapie des Stotterns im Jugend- und Erwachsenenalter. In: Iven, C. & Kleissendorf, B. (Hrsg.), *St-tt-ttstottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation* (113-132). Idstein: Schulz-Kirchner
- Rauschan, W. & Welsch, C. (2008). Das ABC-Modell für die Therapie des chronischen Stotterns nach dem Konfrontationsansatz. *Forum Logopädie* 22 (2), 6-10
- Riley, G. (1994). *A stuttering severity instrument for children and adults. SSI-3*. Austin: ProEd
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- Sheehan, J.G. (1970). *Stuttering. Research and therapy*. New York: Harper & Row
- Sheehan, J.G. (1984). Problems in the evaluation of progress and outcome. In: Perkins, W.H. (Hrsg.), *Stuttering disorders* (223-240). New York: Thieme
- Sommer, M. (2012). Fehlstart im Gehirn. *Gehirn und Geist* 3, 40-45
- Starbuck, H. (1993). Werkzeugkasten für Stotterer. In: Hood, S. (Hrsg.), *An einen Stotterer* (119-124). Köln: Demosthenes
- Starkweather, C. W. & Givens-Ackermann, J. (1997). *Stuttering*. Austin: Pro-ed
- Thum, G. (2011). *Stottern in der Schule: Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. Köln: Demosthenes
- Thum, G. (2013). Sprechtechniken in der Stottertherapie. *Praxis Sprache* 58 (2), 96-101
- Van Riper, Ch. (1986). *Die Behandlung des Stotterns*. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe
- Von Tiling, J. (2010). Die Angst vor dem Stottern und ihre Ursachen. *Die Spracheheilarbeit* 55 (6), 291-300
- Walter, O. (2004-2009). *Exposition und Reaktionsverhinderung (Konfrontationstherapie)*. www.verhaltenswissenschaft.de/Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Exposition/exposition.htm (24.06.2013)
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter: Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme
- Wendlandt, W. (2010). *Abenteuer Stottern: Ganzheitliche Wege und integrative Konzepte für die Therapie und Selbsttherapie*. Köln: Demosthenes
- Zang, J. (2010). Diagnostik in der Stottertherapie. *Forum Logopädie* 24 (2), 6-11
- Zückner, H. (2008). *Intensiv-Modifikation Stottern: Die Modifikation: Informationen für Therapeuten*. Neuss: Natke
- Zückner, H. (2012). Stottertherapie bei Erwachsenen. In: Natke, U. (Hrsg.), *Wissen über Stottern: Aktuelle Informationen für Laien und angehende Fachleute* (55-73). Neuss: Natke

Info-DVD zur Bonner Stottertherapie

Zur Verdeutlichung des Therapiekonzepts wurde eine Videodokumentation über die zentralen Inhalte der Bonner Stottertherapie am Beispiel eines stark betroffenen Patienten erstellt. Drei Versionen von jeweils 6, 10 und 20 Minuten Länge stehen auf der Website (www.stottertherapie-bonn.de) zur Verfügung. Auf Wunsch wird Interessenten gerne ein DVD-Exemplar zugesandt.

- Van Riper, Ch. (1986). *Die Behandlung des Stotterns*. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe
- Von Tiling, J. (2010). Die Angst vor dem Stottern und ihre Ursachen. *Die Spracheheilarbeit* 55 (6), 291-300
- Walter, O. (2004-2009). *Exposition und Reaktionsverhinderung (Konfrontationstherapie)*. www.verhaltenswissenschaft.de/Psychotherapie/Verhaltenstherapie/Exposition/exposition.htm (24.06.2013)
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter: Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme
- Wendlandt, W. (2010). *Abenteuer Stottern: Ganzheitliche Wege und integrative Konzepte für die Therapie und Selbsttherapie*. Köln: Demosthenes
- Zang, J. (2010). Diagnostik in der Stottertherapie. *Forum Logopädie* 24 (2), 6-11
- Zückner, H. (2008). *Intensiv-Modifikation Stottern: Die Modifikation: Informationen für Therapeuten*. Neuss: Natke
- Zückner, H. (2012). Stottertherapie bei Erwachsenen. In: Natke, U. (Hrsg.), *Wissen über Stottern: Aktuelle Informationen für Laien und angehende Fachleute* (55-73). Neuss: Natke

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2014-53020140201

SUMMARY. The Bonn Stuttering Treatment – A patient-centered combined approach for adolescents and adults

The Bonn Stuttering Treatment is a clinical intervall training for adolescents and adults. This combined approach mainly consists of comprehensive measures to facilitate the transfer of skills learned and to prevent a relapse. It also serves the reduction of subsequent psychosocial problems and the acquisition of modification and fluency-shaping techniques. The different components are presented and explained. The considerable efficacy of this patient-centered intervention is proved by a survey dealing with the treatment outcome regarding speech and personality. The authors developed an ICF-compatible measure named BLESS (Bonn Longtime Evaluation Scale about the life situation of Stuttering persons) which is suitable for initial and continuing assessment and will produce more detailed statements concerning evaluation in future.

KEY WORDS: Bonn Stuttering Treatment – adolescents and adults – combined approach – patient-centered – BLESS

Autoren

Holger Prüß
Kirsten Richardt
LVR-Klinik Bonn
Abteilung Neurologie – Bereich Stottertherapie
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn
holger.pruess@lvr.de
kirsten.richardt@lvr.de
www.stottertherapie-bonn.de
www.holger-pruess.de

Fachpublikationen Arbeitsmaterialien Fachzeitschriften



Michael Decher

Lehrlogopäde nach den Richtlinien des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) und zertifizierter Stottertherapeut (ivs), seit 2011 Vorsitzender der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs)

Leseprobe/Inhaltsverzeichnis:

http://www.schulz-kirchner.de/files/p/decher_stottern.pdf



Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen

Ein Ratgeber für Betroffene und deren Angehörige

Ungefähr 1 % der erwachsenen Bevölkerung stottert. Das Stottern hat nicht nur Auswirkungen auf das Sprechen, sondern oft auch auf soziale Kontakte, Schule, Ausbildung und Beruf. Jugendliche und Erwachsene, die stottern, machen in Kommunikationssituationen meist viele unangenehme Erfahrungen, die das Selbstvertrauen erschüttern können und die Lebensqualität stark einschränken. Umso wichtiger ist es deshalb, sich die richtige Unterstützung zu holen und eine Therapie zu finden, die zu einem passt.

Dieser Ratgeber richtet sich an stotternde Jugendliche und Erwachsene, bei denen das Stottern bereits zu einem chronischen Problem geworden ist. Er hilft bei der Entscheidungsfindung, ob eine Therapie begonnen werden soll und wenn ja, welche die richtige sein könnte. Dazu geht er auf folgende Fragen ein:

- Was weiß man aktuell über die Ursachen und die Entwicklung des Stotterns?
- Wie wirkt sich Stottern auf den Alltag, auf Schule, Ausbildung und Beruf aus?
- Welche Therapieformen gibt es, was passiert dabei und wie wirken sie?
- Wie finde ich die zu mir passende Therapie? Was spricht für ambulante oder stationäre Formen, für Einzel- oder Gruppentherapie?
- Woran erkenne ich ein seriöses Angebot?
- Wie wirkt sich eine Sprachtherapie im Alltag aus, wie ändern sich die kommunikativen Möglichkeiten?
- Welche Unterstützung gibt es bei Selbsthilfe-Verbänden und Therapeuten-Vereinigungen?

Michael Decher

1. Auflage 2014, 60 Seiten,

kartonierte: ISBN 978-3-8248-1170-0, € 8,99 [D]

E-Book: ISBN 978-3-8248-0953-0, € 6,99 [D]



www.schulz-kirchner.de/shop
bestellung@schulz-kirchner.de
Tel. +49 (0) 6126 9320-0