

# Alles hat ein Ende – auch die Stottertherapie!?

## Methodische Bausteine für einen erfolgreichen Therapieabschluss

Wolfgang G. Braun, Evelyne Marti

**ZUSAMMENFASSUNG.** Alle Logopädinnen sind in ihrem Arbeitsalltag mit dem Abschluss von Therapien konfrontiert. In der Stottertherapie ist dieser Teil des Prozesses mit besonderer Aufmerksamkeit zu betrachten, da bei jugendlichen und erwachsenen Klienten nur in seltenen Fällen mit einer vollständigen Symptombefreiung nach der Therapie zu rechnen ist und eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit besteht. Anhand welcher Kriterien fällt die Therapeutin ihre Entscheidung, den Abschluss der Therapie einzuleiten? Und wie geht sie methodisch-didaktisch vor, um die Wirksamkeit der Therapie für die Zeit nach der Therapie zu sichern? Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine Literaturrecherche mit Interviews ausgewiesener Praxisexpertinnen verglichen. Die Entscheidung, die Therapie abzuschließen, wird gemeinsam mit den Klienten anhand fallbezogener Kriterien getroffen. Die Vorbereitung für die Zeit nach der Therapie beinhaltet eine Reihe von methodischen Bausteinen, die je nach Bedarf des Klienten ausgewählt und erarbeitet werden. Der Artikel zeigt fallbezogene Kriterien auf und gibt einen Überblick über Möglichkeiten der Ergebnissicherung und Transferarbeit, die nicht nur für die Stottertherapie Relevanz haben. Schlüsselwörter: Stottertherapie – Therapieende – idealtypischer Therapieabschluss – Therapeutisch-didaktische Gestaltung – Nachsorge

### Einleitung

„Jeder therapeutische Kontrakt beinhaltet selbstverständlich auch sein eigenes Ende...“  
(Hansen & Iven 2002, 160)

Die meisten Veröffentlichungen befassen sich, wenn überhaupt, nur sehr rudimentär mit dem Thema Therapieabschluss. Dabei sind gerade bei diesem Störungsbild Therapieerfolg und der damit verbundene Therapieabschluss eine eingehende Betrachtung wert. Zückner (2012, 72) schreibt: „Die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zur Stottertherapie bei Jugendlichen und Erwachsenen zeigen, dass nach der Pubertät Heilung nur in sehr seltenen Fällen erwartbar ist.“ Der Sachverhalt des Rückfalls ist ein weiterer Aspekt, der die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt für den Therapieabschluss beeinflusst. Daraus resultieren Fragen zum Abschluss in der Stottertherapie sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen:

- Kann eine Therapie beendet werden bei noch bestehender (Rest-)Symptomatik und generell hoher Rückfallwahrscheinlichkeit?
- Wer beurteilt den Erfolg einer Therapie und welche Kriterien sollten dabei berücksichtigt werden?

- Wenn die Entscheidung feststeht, welche Möglichkeiten der didaktischen Gestaltung des Therapieabschlusses gibt es?
- Mit welcher Begründung werden diese angewandt?

Um diese Fragen zu bearbeiten, wurden Leitlinien und die Fachliteratur konsultiert. Ferner wurden in einem empirischen Teil drei Stottertherapeutinnen zum Thema Therapieabschluss interviewt, um auch einen Blick in die Praxis zu nehmen. Deren Aussagen werden mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche verglichen, zusammengeführt und diskutiert. Die hier gewonnenen Erkenntnisse sind für Logopädinnen in den verschiedensten Berufsfeldern interessant.

### Blick in die Fachliteratur

Im Themenkreis „Therapieende“ ist die Frage nach der Definition von Therapieerfolg und damit verbunden nach dem Therapieeffekt von hoher Relevanz. Grohnfeldt (2007, 348) schreibt zum Therapieeffekt in der Stottertherapie: „Stottern kann in hohem Maße positiv beeinflusst werden.“ Die Evidenzlage sei aber für Forschung und Praxis gleichermaßen un-

**Prof. Wolfgang G. Braun** ist seit 2005 Dozent im Studiengang Logopädie der Hochschule für Heilpädagogik HfH in Zürich. Ferner leitet er den Logopädischen Dienst Mittelrheintal LDM (CH). Zuvor war er Lehrlogopäde und Gastreferent an verschiedenen Logopädieausbildungsstätten und Pädagogischen Hochschulen. Im Jahr 2000 gehörte er zu den Gründern der Stotterintensivtherapiewoche am Bodensee. Er ist Autor mehrerer Publikationen und Therapiematerialien im Themenkreis Stottern und Prävention.



**Evelyne Marti** hat 2014 die Ausbildung zur Logopädin an der Hochschule für Heilpädagogik HfH in Zürich abgeschlossen. In ihrer Bachelorarbeit „Alles hat ein Ende... und die Stottertherapie?“ hat sie sich intensiv mit dem Thema des Therapieabschlusses in der Stottertherapie beschäftigt. Derzeit bestreitet sie ihren Berufseinstieg als Logopädin an einer Zürcher Schule für Unter- und Mittelstufe.



befriedigend, bemängeln Glück und Baumgartner (2011), da sich Wirksamkeitsstudien auf einige wenige Methoden beschränkten. Auch Grohnfeldt (2007, 348) geht mit ihnen einig: „Die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen beim Stottern ist aufgrund der Uneinheitlichkeit von Therapiezielen und Erfolgskriterien schwer zu messen“. In diesen Aussagen spiegeln sich ebenso die multifaktoriellen Aspekte des Stotterns wider wie die Variabilität seiner Erscheinungsformen. Hansen und Iven (2002, 159) bringen diese beiden Kern-Perspektiven zusammen: „Der Erfolg jeglicher Therapie ist davon abhängig, ob die gemeinsam gesetzten Ziele (...) erreicht wurden. Die Bewertung dieses Kriteriums ist jedoch immer subjektiv und unterliegt persönlichen Annahmen, Werhaltungen und Wünschen.“

## Rückfall

Laut *Grohnfeldt* (2007, 276) ist das, „was als Rückfall bezeichnet wird, (...) in hohem Maße von den Therapieinhalten abhängig.“ Je nach den Schwerpunkten der Therapie kann es also in den verschiedenen Bereichen zu Rückfällen kommen. Rückfälle gehören zum typischen Verlauf des Stotterns und somit zum therapeutischen Alltag. „In jeder länger dauernden Behandlung sind sie die Regel, nicht die Ausnahme. Eine noch so gute Therapie kann also keinen Rückfall vermeiden, eine Sicherheit gegen Rückfälle gibt es nicht“, schreibt *Wendlandt* (2009, 64).

Rückfälle können jedoch auch aus einer anderen Perspektive betrachtet werden: Sie „weisen auf die in der Therapie übersehenen oder unbearbeitet gebliebenen Konfliktfelder und können in diesem Sinne als Indikatoren für Schwachstellen der Behandlung angesehen werden“ (ebd. 66).

Die Ergebnisse aus der vorangegangenen Arbeit an allen anderen Konfliktfeldern verlieren dadurch in keiner Weise an Gültigkeit. Der Rückfall wirft den Klienten nicht an den Anfang zurück, es bleibt immer das Wissen um die erarbeiteten Veränderungsmöglichkeiten. Rückfälle können demnach auch als Herausforderung angesehen werden und „dienen damit alleine dem Zweck, erlernen Fähigkeiten anzuwenden und zu üben“ (*Ochsenkühn & Thiel* 2005, 202).

## Therapeutische Nachsorge

Nach *Wendlandt* (2009, 70) soll die therapeutische Nachsorge als „fester Bestandteil im Behandlungskonzept eines Therapieansatzes festgeschrieben sein“. Dabei verfolgt sie vor allem das Ziel, die erreichten Erfolge der Therapie nach Therapieabschluss zu sichern. Aber auch die Bearbeitung eines möglichen Rückfalls, die Auffrischung der Therapieinhalte oder die Loslösung von der Therapeutin können Aufgaben sein, die in diesem Gefäß berücksichtigt werden (*Wendlandt* 2009, 70, 87).

*Guitar* (1998, 261) fordert daher eine differenzierte Vorbereitung und hohe Qualität der Nachsorge, die den Betroffenen selbstständig und unabhängig von der Therapeutin macht: „If we have done our job well, we will not be hearing from him.“

Formal ist ein Nachsorgeangebot nicht nur im Einzelsetting denkbar. Es kann auch in Gruppen, an Wochenendseminaren oder in Chats durchgeführt werden. Inhaltlich soll sich die Nachsorge, wie die Therapie davor, an den aktuellen persönlichen Zielsetzungen des Klienten orientieren.

## Der Therapieabschluss in der Literatur

*„Finally, the day comes to say ‚goodbye‘.*

*We commend him for all his efforts.*

*We let him know that if he ever needs us again, he should feel free to contact us.“*

(*Guitar* 1998, 261)

Im Folgenden werden zunächst die Kriterien bezüglich der Entscheidung zum Therapieabschluss zusammengetragen. Danach folgt die Zusammenstellung der Vorschläge und Empfehlungen für die therapeutische und didaktische Gestaltung des Therapieabschlusses.

In der deutschsprachigen und englischen Fachliteratur der letzten zehn Jahre zu Stottern und Stottertherapie finden sich fast überall jedoch meist nur sehr redundante Empfehlungen zum Therapieabschluss und die Überschneidungen sind dabei enorm.

Grundsätzlich sind zwei Formen des Therapieabschlusses zu unterscheiden (Abb. 1): Einerseits der idealtypische Abschluss, bei dem beide Parteien das gleiche Vorgehen wünschen, andererseits der nicht-idealtypische Abschluss, bei dem sich die Parteien nicht einig sind. So kann es z.B. sein, dass die Therapeutin einen Abschluss empfiehlt und der Klient dies so noch nicht sieht.

## Entscheidungskriterien beim idealtypischen Therapieabschluss

Die Suche nach offiziellen Leitlinien, wann ein Klient aus der logopädischen Therapie entlassen werden kann, führt in deutschsprachigen Raum zu den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Dort konnten jedoch keine Leitlinien zum Therapieabschluss gefunden werden – weder in der logopädischen Therapie noch explizit in der Stottertherapie. Die American Speech-Language-Hearing Association (*ASHA* 2013) hat hingegen eine Liste mit Entlassungskriterien veröffentlicht. Da es sich nicht um Kriterien speziell für die Stottertherapie handelt, wurde eine Auswahl getroffen (Kriterien, die sich speziell etwa auf Schlucktherapie beziehen, wurden weggelassen).

Die *ASHA* erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Gegenteil: Sie sollen als „Basis für die Entwicklung von spezifischeren Krite-

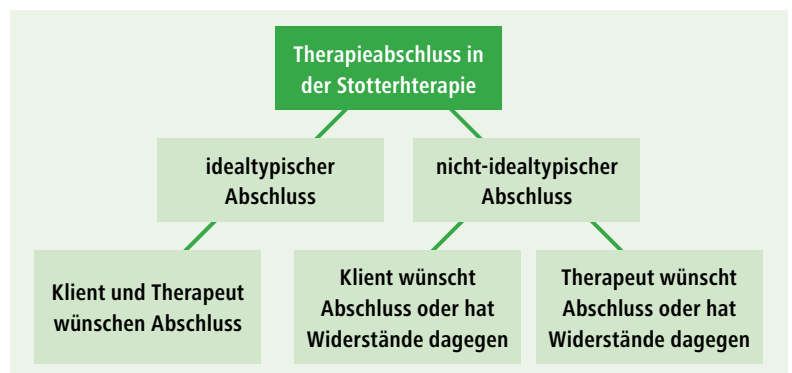
rien“ dienen (*ASHA* 2013, 9). Danach findet ein Therapieabschluss idealerweise dann statt, wenn der Klient, die Familie oder die Bezugsperson mit der Therapeutin als Team der Meinung sind, dass:

- „The speech, language, communication, (...) disorder is now defined within normal limits or is now consistent with the individual’s premorbid status.
- The goals and objectives of treatment have been met.
- The individual’s communication abilities have become comparable to those of others of the same chronological age, gender, ethnicity, or cultural and linguistic background.
- The individual’s speech, language, communication (...) no longer adversely affect the individual’s educational, social, emotional, vocational performance, or health status.
- The individual has attained the desired level of enhanced communication skills.“ (*ASHA* 2013, 7)

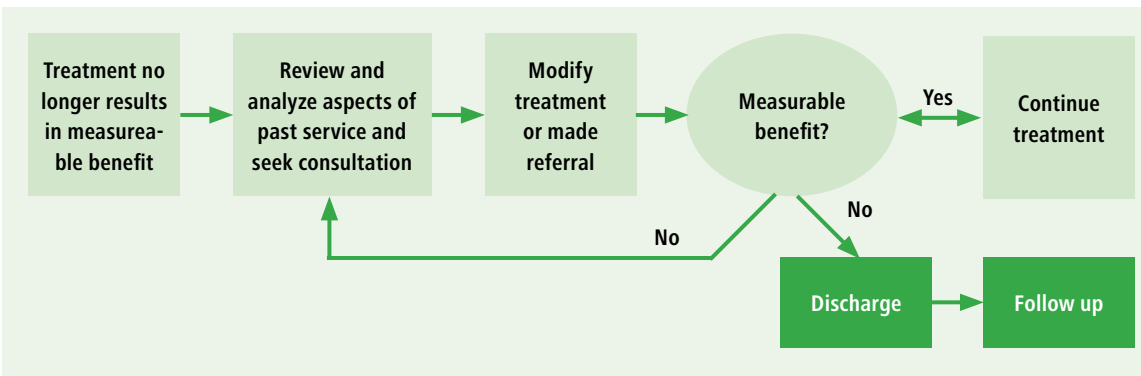
Der erste Punkt umfasst die „Heilung“ oder die Remission der Störung. Selbstverständlich ist dies ein allgemeingültiges Kriterium: Mit der Störung verschwindet auch die Therapieindikation. Jedoch auf die Stottertherapie bezogen ist, wie bereits erwähnt, dieser Ausgang einer Therapie vornehmlich in der früheren Entwicklung des Stotterns zu erwarten und eher selten bei Jugendlichen und Erwachsenen. Der dritte, vierte und fünfte Punkt zielt auf Kommunikationsfähigkeiten, Aktivitäten und Teilhabe und spiegelt ein ICF-Verständnis wider.

Der zweite Punkt zur Zielerreichung ist allgemein gefasst. Da die Zielformulierungen in der Stottertherapie uneinheitlich sind, stellt sich hier die Frage, ob es übergeordnete Ziele gibt, die als Kriterium in den Entscheidungsprozess zum Therapieabschluss einfließen könnten. Eine spezifische Formulierung der Therapieziele bezogen auf die Stottertherapie ist bei *Glück* und *Baumgartner* (2011) zu

■ **Abb. 1: Unterscheidung idealtypischer versus nicht-idealtypischer Abschluss**



■ Abb. 2: Überlegungen zum Therapieabschluss, wenn die Behandlung keinen messbaren Fortschritt mehr bringt (ASHA 2013)



finden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Therapieziele in „persönliche Ziele und Lebensziele“ eingebunden seien und dementsprechend „nach Sachlage und individuellen Bedürfnissen offen formuliert werden [sollen]“ (ebd. 376):

- „Verbesserung der Sprechflüssigkeit (stotterfreies und/oder stottermodifiziertes Sprechen),
- Annahme des eigenen Stotterns und Aussöhnung mit dem bisherigen Stottern,
- Abbau der Begleitsymptomatik,
- Entwicklung eines positiven Selbstbildes als Sprecher und Kommunikationspartner,
- selbstständige Bewältigung von alltäglichen Sprechproblemen; In-vivo-Arbeit von Anfang an
- Fremd- und Selbstevaluation: kontinuierliches Bilanzieren,
- Erarbeiten alltagspraktischer Problemlösung.“

Abgesehen von der Fremd- und Selbstevaluation setzen diese Zielformulierungen an den Betroffenen selbst an. Da Stottern jedoch auch als Kommunikationsstörung definiert werden kann, sollten Zielformulierungen auch die Kommunikationspartner und das Umfeld einschließen. Hansen und Iven (2002) führen in ihren „übergreifenden Zielsetzungen in der Therapie mit unflüssig sprechenden Kindern“ u.a. einige Punkte auf, die diesem Sachverhalt gerecht werden (Auswahl aus S. 159):

- „größtmögliche kommunikative Sicherheit und Kompetenz aller Beteiligten,
- subjektive Zufriedenheit mit dem Erreichten bei allen Beteiligten,
- Sprechflüssigkeit als Mittelpunkt des Interesses, wenig oder keine Aufmerksamkeit auf ‚normale‘ Unflüssigkeiten,
- Anforderungen und Kapazitäten stehen sich in größtmöglicher Balance gegenüber, unausbalancierte Entwicklungsebenen haben sich aufeinander zubewegt,
- Autonomie des Kommunikationssystems: Eltern, Kind und weitere Kommunika-

tionspartner können mit der erreichten Sprechflüssigkeit und evtl. verbliebenen Unflüssigkeiten umgehen und brauchen keine weitere therapeutische Unterstützung mehr.“

Auch Wendlandt (2009), der sich sehr für eine Orientierung der Therapie an der Lebenswelt der Klienten ausspricht, rückt diesen Aspekt in den Fokus seiner Betrachtungen. Für ihn zeigt sich das nahende Ende einer Therapie...

„...wenn der erwachsene Klient selbst die ‚Führung‘ im therapeutischen Prozess übernommen hat, wenn er auf die Stabilisierung der neu gewonnenen Fähigkeiten achtet, mit ihnen experimentiert und sie auf neue Situationszusammenhänge überträgt, wenn er neue Erfahrungen von sich aus sucht, Lernschritte selbst initiiert, und dabei auch Herausforderungen nicht ausspart. Klienten in diesem Stadium befinden sich in der Phase der Stabilisierung – die wichtigsten Lernziele für die Behandlung sind erreicht.“ (Wendlandt 2009, 130)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die ASHA allgemeine Kriterien für den Therapieabschluss liefert. Die Fachliteratur zur Stottertherapie muss jedoch hinzugezogen werden, um die allgemein formulierten Kriterien mit Inhalten und insbesondere mit Zielformulierungen zu füllen.

#### Entscheidungskriterien bei nicht-idealtypischem Therapieabschluss

Aus Gründen der Vollständigkeit soll hier in aller Kürze auf den nicht-idealtypischen Abschluss eingegangen werden. Die Gründe für ein solches Ende können einerseits beim Klienten liegen: Zum Beispiel können Motivationsmangel, Ressourcenknappheit oder veränderte Lebensumstände die Weiterführung einer Therapie zum gegenwärtigen Zeitpunkt unmöglich machen. Die Gründe für einen The-

rapieabbruch können aber auch zwischen Klient und Therapeutin zu suchen sein: Wenn es z.B. Probleme auf der Beziehungsebene gibt, die nicht angesprochen werden oder bearbeitet werden können, oder wenn die Passung in Bezug auf das therapeutische Angebot nicht optimal ist. Umgekehrt kann der Abschluss der Therapie hinausgezögert werden, indem sich der Bedarf des Klienten verschiebt und mit dem sprachtherapeutischen

Auftrag nicht mehr vereinbar ist. Zu diesen Therapieabschlüssen sei auf die weiterführende Literatur z.B. von Wendlandt (2009), Büttner und Quindel (2005) oder auch auf die Guidelines der ASHA (2013) verwiesen.

Einen besonderen Fall stellt der Therapieabschluss bei stagnierendem Fortschritt der Therapie dar. Die Zuordnung zu idealtypischem Ende hängt von der Transparenz, der Gesprächskultur, dem Reflexionsgrad und dem Vorgehen ab.

#### Therapieabschluss bei stagnierendem Fortschritt

Wenn eine Therapeutin einen Therapieabschluss in Erwägung zieht, weil sich keine Fortschritte mehr einstellen, dann sei es die „ethische Verantwortung“ der Therapeutin, alle Aspekte der Therapie zu analysieren, um mögliche Verbesserungen in ihrem therapeutischen Angebot vorzunehmen, die wiederum die größtmögliche Chance auf ein besseres Ergebnis haben (ASHA 2013, 8). Die Entscheidungspfade, die sich daraus ergeben sind in Abbildung 2 dargestellt.

#### Therapeutisch-didaktische Gestaltung beim Therapieabschluss

„It is never too early in treatment to begin considering criteria for termination: What will it take for this client to be on his own and to manage his speech without the assistance of the clinician?“ (Manning 2001, 413)

Ochsenkühn und Thiel (2005) gehen noch einen Schritt weiter als Manning: Bei der Arbeit mit stotternden Jugendlichen sehen sie einen besonderen Vorteil darin, die „Therapiedauer von vornherein zeitlich genau zu begrenzen“. Diese „endliche“ Therapie und der Einbezug aller Beteiligten bei der Entscheidung über Dauer und Inhalte der The-

rapie stärke die „Eigenverantwortlichkeit des Jugendlichen“ und erhöhe die Motivation für die Therapie (ebd. 203).

In der Therapie mit chronisch stotternden Klienten ist dies jedoch meist nicht möglich, da eine Prognose sehr schwierig ist. Die meisten Autoren sprechen sich jedoch dafür aus, das Ende der Therapie immer wieder zu thematisieren (z.B. Manning 2001, Ochsenkühn & Thiel 2005, Wendlandt 2009). Dies zeigt sich darin, dass viele der folgenden Vorschläge den Klienten auf die Zeit nach der Therapie vorbereiten, oder Informationen bieten, die für diese Zeit vorgesehen sind.

Der Blick in die Fachliteratur gibt einige Tipps zur Gestaltung des Therapieabschlusses, die in Abbildung 3 zusammengefasst sind und im Folgenden erläutert werden:

### Vorbereitung für die Zeit nach der Therapie

Wendlandt (2009) zeigt verschiedene *methodische Hinweise für die Thematisierung* des Behandlungsendes auf (Abb. 4). Durch die *Analyse von Ursachen für Stagnationen und Rückschritte* soll im gemeinsamen Gespräch nach möglichen Hindernissen für die weitere Entwicklung des Klienten nach der Therapie gesucht werden. Die Faktoren werden anschließend analysiert und können im Zusammenhang mit der Rückfallprophylaxe als Anzeichen eines möglicherweise bevorstehenden Rückfalls dienen.

Beim „Katastrophen“ *antizipieren und Bewältigungsszenario vergegenwärtigen* werden zuerst die Misserfolgphantasien und negativen Erwartungen des Klienten formuliert und anschließend einer „klärenden Bearbeitung“ in Form eines Bewältigungsszenarios unterzogen. So erarbeitet sich der Klient ei-

nen Handlungsplan für schwierige Situationen, der anschließend im Rollenspiel erprobt wird. Durch die *Visualisierung einer „inneren“ Therapeutin* soll der Klient in Momenten der starken Verunsicherung leichteren Zugang zu Inhalten aus der abgeschlossenen Therapie erhalten (Wendlandt 2009, 133).

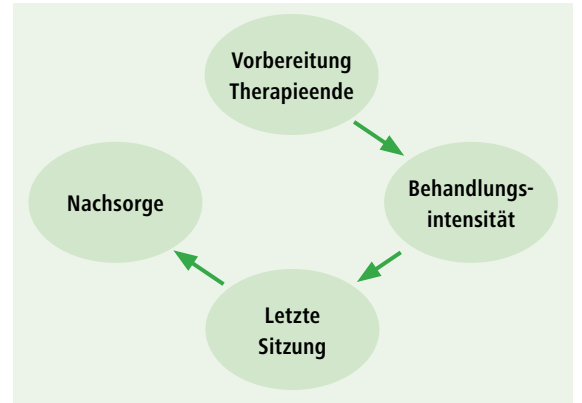
Bei Wendlandt finden sich neben den *methodischen Hinweisen zur Thematisierung* auch *Arbeitsschritte* zur Vorbereitung des Therapieabschlusses. Hilfreich für die Zeit nach der Therapie kann ein *Unterstützernetz* sein. Dieses wird optimalerweise bereits während der Therapie aufgebaut und setzt sich z.B. aus Familienmitgliedern, Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen zusammen, mit denen der Klient über das Stottern, die Therapie und die eigene Aktivität bezüglich „Hausaufgaben“ sprechen kann. Es ist ebenfalls möglich, dass diese Unterstützer an einer Therapiesitzung teilnehmen. Nach Therapieende sind sie ein wichtiges Netzwerk, das hilft, den Therapieerfolg zu stabilisieren.

Das *Vorbereiten der Nachsorgemaßnahmen* bewirkt eine Gelassenheit: So kann der Klient den Alltag alleine meistern, ist aber noch in Verbindung zur Therapeutin (z.B. Telefonate, Refreshertermine). Und schließlich wird in dieser Phase der Therapie ein *Notfallkoffer* gepackt: Darin werden die erarbeiteten und erlernten Arbeitsmethoden und Bewältigungsverfahren dokumentiert. Es soll sich nicht um ein theoretisches Regelwerk handeln, sondern um etwas, das im Notfall schnell zu einer praktischen Lösung beitragen kann wie etwa ein (Handy-)Video oder eine Tonbandaufzeichnung mit einer Demonstration der selbsterprobten und erfolgreich eingesetzten Methoden (Wendlandt 2009, 132).

■ Abb. 4: Überblick Vorbereitung für die Zeit nach der Therapie



■ Abb. 3: Überblick didaktische Gestaltung Therapieende



ten. Aber bald werde der Klient diese selbst erkennen müssen und entsprechend einen Plan für die Meisterung dieser Situationen entwickeln können. Er müsse langsam sein eigener Therapeut werden.

Im zweiten Handout (establishing long-term fluency goals) geht es um die Zielformulierungen des Klienten und in diesem Zusammenhang um seine Erwartungen bezüglich der Zeit nach der Therapie. Entscheidend ist laut *Guitar* (1998, 257) in jeder schwierigen Situation einschätzen zu können, wie flüssig man sprechen *wolle* und entsprechend die gelernten Techniken anzuwenden oder nicht.

*Bilanzieren* kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Therapie sinnvoll sein und nicht nur bei Therapieende. Dabei werden bereits erzielte Erfolge aufgezeigt: Welche Veränderungen wurden durch die Therapie erreicht, welche Fähigkeiten erworben? Ebenso werden die konkreten Ziele bis zum Therapieende festgelegt. *Büttner* und *Quindel* (2005, 168) empfehlen dabei folgendes Vorgehen: „Um einen möglichst stimmigen Eindruck von der subjektiven Einschätzung des Klienten zu bekommen, bietet sich die Methodik der Skalierung an“. Dabei nimmt der Klient auf einer Skala von 1 bis 10 eine Einschätzung zu verschiedenen relevanten Bereichen vor und vergleicht sie mit einem früheren Zeitpunkt.

Kommt es bereits während der Behandlung zu einem Rückfall, so kann dieser bearbeitet werden. *Wendlandt* (2009, 63) spricht in diesem Fall von einer *Rückfallbearbeitung*. Davon abzugrenzen sei die *Rückfallprophylaxe*. Dazu gehören Informationen zum Sachverhalt Rückfall: Zum Beispiel welche Faktoren zu einem Rückfall führen können, aber auch die Planung möglicher Aktivitäten, die der Klient durchführen kann, sollten erste Anzeichen eines Rückfalls erkennbar sein (ebd. 2009, 133). *Manning* (2001) regt die Klienten an, nach der Therapie *Sprech-Aktivitäten* zu planen,

*Guitar* (1998) arbeitet am Ende der Therapie mit stotternden Erwachsenen mit zwei *Handouts*. Das erste Handout (becoming your own clinician) behandelt die Übergabe der Verantwortung am Stottern. Die verbleibende gemeinsame Zeit soll genutzt werden, um letzte schwierige Situationen gemeinsam zu bearbei-



die ein Üben und Weiterarbeiten am Stottern erfordern und gleichzeitig unterstützen. Dies kann in Form von geplanten Beratungsgesprächen bei Anschaffungen oder in Form von Engagement in lokalen Selbsthilfegruppen geschehen. Bei allen Vorschlägen steht die Schaffung neuer Sprechsituationen im Zentrum, denen sich die Klienten stellen sollen, um positive Erfahrungen sammeln zu können.

### Behandlungsintensität

Durch das *schrittweise Ausblenden der Therapieintensität* kann sich der Klient an ein Leben ohne Therapeutin gewöhnen. Zudem zeigt sich, ob ein Klient bereit ist, die erforderliche Eigenarbeit am Stottern zu leisten. Wenn das nicht der Fall ist, so hat die Therapeutin noch die Möglichkeit, in den letzten Therapiestunden die nötigen Informationen und Anleitungen zu geben (Wendlandt 2009, 133).

Auch *Ochsenkühn* und *Thiel* (2005) verweisen darauf, dass ein „langsam Ausklingen“ der Therapie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wichtig sei für Eltern und Kind. So bliebe genügend Zeit zu klären, „wie zufrieden alle Beteiligten mit dem Therapieverlauf sind, welche Lernschritte gut bewältigt wurden, welche noch etwas unsicher sind und welche vielleicht nach einer längeren Therapiepause noch in Angriff genommen werden sollten“ (ebd. 202).

### Nachsorge

Die Nachbetreuung spielt eine wichtige Rolle, wenn es um die Erhaltung der erreichten Therapieeffekte *nach* dem Abschluss der Therapie geht. Im Zusammenhang mit dem bekannten Rückfallrisiko bei chronischem Stottern, muss der Nachsorge eine größere Bedeutung beigemessen werden, als es derzeit üblich ist (Wendlandt 2009, 86). In Intensivtherapien werden Nachsorgemaßnahmen anhand mehrerer Termine in unterschiedlichen Gruppen (Elterngruppen, Betroffenenengruppe etc.), als fester Bestandteil durchgeführt.

### Letzte Sitzung, Verabschiedung und Stimmung beim Abschied

Die *letzte Sitzung*, die letzte Stunde ist etwas Besonderes, und ein Abschied braucht Zeit und Ruhe. Der Hinweis auf die wohltuende Wirkung von Ritualen kommt der Unsicherheit vieler Menschen im Umgang mit Abschieden entgegen. Für die Therapeutin ist es wichtig, dem Klienten ein positives Erlebnis zu ermöglichen. Rituale können gemeinsam gestaltet und geplant werden. Dabei kann es sich um eine kleine Zeremonie,

eine Zeichnung „vorher-nachher“ oder einen Abschiedsbrief handeln (Wendlandt 2009, 135).

*Büttner* und *Quindel* (2005) weisen auf die Wichtigkeit der *Stimmung* beim Abschied hin. Sie hänge zwar hauptsächlich vom Klienten ab, „aber auch von der Haltung der Therapeutin. Im Sinne des lösungs- und ressourcenorientierten Vorgehens empfehlen sich zuversichtliche, stärkende Abschiedskommentare“ (ebd. 170).

Ein *abschließendes Feedback* mit einer Bilanzierung der erreichten Ziele und Erfolge darf keinesfalls fehlen. Das Aufzeigen der Bemühungen, die zu diesem Ergebnis führen konnten, soll als Wegweiser in die Zukunft deuten, womit eine Veränderung auch nach der Therapie möglich ist.

*Wiedervorstellungen zusichern*: Der Klient sollte wissen, dass er jederzeit wieder zurückkommen darf, wenn er dies für nötig hält. Ein „Gutschein“ für ein nochmaliges Kommen kann eine eventuelle Hemmschwelle senken.

*Sicherstellung einer positiven Einstellung zu Stottertherapien*. Damit soll sichergestellt werden, dass der Klient die Haltung vertritt, dass Therapie auch zu einem späteren Zeitpunkt eine Möglichkeit ist, am Stottern zu arbeiten. Insbesondere dann, wenn der Klient bei Therapieende nicht vollumfänglich zufrieden ist mit den Therapiefortschritten.

Nach Wendlandt (2009) spielt hier auch die Haltung der Therapeutin eine wichtige Rolle. Um Frustrationen ansprechen und besprechen zu können, soll die Therapeutin unbedingt auf eine störrische Haltung verzichten und den Anliegen des Klienten Raum geben. Weiter seien das sachliche Aufzeigen der erzielten Erfolge oder Hinweise auf alternative Settings, Verfahren oder eventuelle Wiederaufnahme der Therapie zu einem späteren Zeitpunkt angebracht (ebd. 134).

Mit der Methodik „*Brief an sich selber*“ kann die Eigenverantwortung und -evaluation des Klienten gerade in der ersten Zeit nach der Therapie verstärkt werden. Der Klient schreibt in einem Brief an sich selber, was er sich in den nächsten vier Wochen bezüglich seines Sprechens und seines Stotterns vornimmt. Er händigt den Brief der Therapeutin aus und diese sendet ihm den Brief nach vier Wochen zu. So kann der Klient selbst einschätzen, wie ihm die Umsetzung seiner Ziele gelungen ist und wird mittels Brief über seine Vorhaben nochmals durch sich selbst erinnert.

Zusammenfassend steht theoretisch eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Verfügung, wie der Therapieabschluss im idealtypischen

Fall gestaltet werden soll und kann. *Wendlandt* (2009, 136) merkt an: „Im Behandlungsalltag sind es häufig die formalen Festlegungen, die das Ende einer Behandlung bestimmen und nicht die inhaltlich abgewogenen Sachentscheidungen“. Wie es in der therapeutischen Praxis mit der Gestaltung aussieht, war auch von Interesse. Im nun folgenden empirischen Teil des Artikels soll auf diese und andere Fragen eine Antwort gefunden werden.

### Blick in die Praxis

Um dem Ziel eines Vergleichs der Erkenntnisse aus der Theorie mit der Erfahrung aus der logopädischen Praxis gerecht zu werden, wurde die Methode der Befragung gewählt. Aus verschiedenen möglichen Erhebungsverfahren wurde das problemzentrierte Interview gewählt. Das als Tondatei fixierte Datenmaterial wurde wörtlich transkribiert und mittels strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse kategorisiert, reduziert und zusammengefasst. Die Fragen für das Interview wurden in Anlehnung an das SPSS-Prinzip von *Helfferich* (2009) und das problemzentrierte Interview nach *Mayring* (2002, 2010) entwickelt.

Die Interviewpartner mussten die folgenden beiden Kriterien erfüllen:

- Spezialisierung auf das Störungsbild Stottern
- mehrjährige Berufspraxis

Im Sampling unberücksichtigt blieben Altersgruppen der behandelten Klienten und Rahmenbedingungen der Behandlung (ambulant oder Intensivtherapie). Es konnten drei Interviewpartner, die dem obigen Profil entsprechen, für ein Interview gewonnen werden. Die Stichprobe, die Kategorien sowie die Expertenaussagen können im Rahmen dieses Artikels nur zusammengefasst dargestellt werden. Die Befragung von drei Stottertherapeutinnen, die mit unterschiedlichen Klientengruppen arbeiten und deren Therapieformen sich unterscheiden, führt zu einer inhaltlichen Breite der Antworten. Die offene Herangehensweise im Interview verstärkt diesen Effekt zusätzlich.

### Zusammenfassung der Aussagen

Die *Befreiung vom Stottern* im Sinne einer Heilung oder Symptomfreiheit ist ein Wunsch, der bei den Klienten wahrscheinlich immer vorhanden sein wird und deshalb wohl häufig als Ziel in der Therapie formuliert wird. Als Therapeutin hingegen muss vom Wissen ausgegangen werden, dass diesbezüglich bei chronisch Stotternden wenig Aussicht auf Erfüllung besteht. Sollte die

Symptomatik trotzdem plötzlich verschwinden, sollte dies skeptisch betrachtet und der weitere Verlauf beobachtet werden. Wenn eine Befreiung vom Stottern nicht möglich ist, so ist doch eine deutliche Reduktion der Stottereignisse erreichbar.

Die *Sprechflüssigkeit* ist ein sehr wichtiges Kriterium bei der Einschätzung des Therapieerfolgs, sowohl bei den Klienten als auch bei den Therapeutinnen. Die Bewertung, ob ein Ziel erreicht wurde oder nicht, ist immer von persönlichen Annahmen und Werthaltungen abhängig. Dies trifft auch auf die Sprechflüssigkeit zu: Nicht jeder Klient ist mit der gleichen Sprechflüssigkeit zufrieden. Somit steht die Quantität des Stotterns in keinem direkten Zusammenhang mit dem positiven Umgang damit. Zudem macht die Variabilität des Stotterns die Einschätzung dieses Kriteriums komplex, was deutlich macht, dass die Kriterien und deren Bewertung individuell verschieden sein können.

Aus therapeutischer Sicht lassen sich die Kriterien bezüglich der Wichtigkeit offenbar gegeneinander abwägen: Es wurde beispielsweise erwähnt, dass der Abbau der Begleitsymptomatik wichtiger sei als die Reduktion der offenen Symptomatik. Oder wichtiger als die Symptomstärke sei der *positive Umgang mit dem Stottern*, womit ein

weiteres zentrales Kriterium genannt wurde. Der Abbau von Sprechängsten und der Aufbau eines positiven Selbstbildes als Kommunikationspartner werden als Teilziele zur Erfüllung dieses Kriteriums sowohl in der Literatur als auch in den Interviews genannt. Es wird ein hohes Maß an Selbstevaluation des Klienten erwartet bzw. aufgebaut. Aber durch das laufende Bilanzieren können Anforderungen und Kapazitäten eingeschätzt werden, was zu einer Kontrolle führt, die sich auch auf die Sprechweise auswirkt. Diese Kontrolle wiederum wirkt sich positiv auf die Haltung dem Stottern gegenüber aus. Auf den Therapieabschluss bezogen wird der Klient auf diese Weise zusehends sein eigener Therapeut, der durch die erworbenen Kompetenzen mitentscheiden kann, wann die Zeit für einen Therapieabschluss gekommen ist.

Die *Zufriedenheit* mit dem Erreichten sollte sich, insbesondere in der Therapie mit Kindern, nicht nur bei den Klienten selbst, sondern bei allen Beteiligten einstellen. Dieses Kriterium beinhaltet die Unterstützung oder Barrieren, die durch das Umfeld gesetzt werden. Wenn das Umfeld eine ebenso positive Haltung dem Stottern gegenüber hat wie der Klient selbst, so fällt es ihm möglicherweise leichter, z.B. das Vermeiden abzubauen und in einer offenen, flüssigen Art und Wei-

se zu stottern. In Bezug auf den Abschluss ist eine Unterstützung durch das Umfeld in Form einer Fremdevaluation sicher hilfreich, zumal der Fremd- und Selbstevaluation ein hohes Maß an Zuverlässigkeit beigemessen wird, sofern sich die Einschätzungen decken. Mögliche Barrieren können in Form von ungünstigen Rahmenbedingungen einen nicht-ideal-typischen Abschluss einer Therapie herbeiführen: Ressourcenknappheit, endender Therapieauftrag oder veränderte Lebensumstände etc.

Weitere wichtige Kriterien sind im Bereich Aktivität und Partizipation zu finden. Um eine Therapie abschließen zu können, ist es wichtig, dass es die *kommunikativen Kompetenzen* ermöglichen, uneingeschränkt an den gewünschten Aktivitäten teilzuhaben. Dies setzt jedoch voraus, dass die in der Therapie geübten Techniken in den Alltag integriert werden können, denn dort spielen sich die für den Klienten relevanten kommunikativen Ereignisse ab. Als optimal in Bezug auf die kommunikativen Fähigkeiten wird der barrierefreie Zugang zu Ausbildung, Arbeit und anderen gesellschaftlichen Strukturen angesehen.

Die Kontrolle über das Sprechen und die Entscheidungsfreiheit in alltäglichen Kommunikationssituationen sind wichtige Kom-

petenzen. Dazu können auch allgemeine Fähigkeiten zur *alltagspraktischen Problemlösung* gezählt werden. Die Logopädin sollte also unbedingt ein Augenmerk auf die kommunikativen Kompetenzen im Alltag und die Problemlösestrategien des Klienten haben, bevor eine Therapie abgeschlossen wird. Im Falle eines Therapiestillstandes sind Überlegungen zentral, die in Richtung Anpassung des therapeutischen Angebotes gehen. Die Verantwortung, einem Klienten das für ihn geeignete Therapieangebot zukommen zu lassen, liegt alleine bei der Logopädin.

Die *Thematisierung* und das schrittweise *Ausblenden* der Therapiestunden wurden von allen Therapeutinnen genannt und entsprechen den Angaben in der Literatur. Die Einflussnahme auf Umweltfaktoren in Form eines *Unterstützernetzes* oder auch durch *Gruppentherapie* wurde ebenso für wichtig erachtet. Auch im Zusammenhang mit den *Nachsorgevorbereitungen* und später deren Durchführung ist das Umfeld ein wichtiger Faktor, der dazu beitragen kann, dass der Therapieerfolg für längere Zeit gesichert ist.

Diese Maßnahmen sollten eigentlich schon während der gesamten Therapie ein fester Bestandteil sein, zumindest jedoch dann, wenn es dem Ende entgegengeht. Der Transfer ist eine zentrale Aufgabe jeglicher Therapie. Die konkrete Vorgabe, wer was wann zu tun hat und mit wem, begünstigt diesen Prozess.

Die Nachsorge geht direkt in die Vorsorge-maßnahmen gegen die Rückfälle über. Die Thematisierung des Rückfallrisikos dürfte dabei schon zu Beginn der Therapie im Zuge der Prognose und Zielfestlegung anstehen. Spätestens in der Abschlussphase sollte das Rückfallrisiko thematisiert werden und eine Sammlung von Handlungsmöglichkeiten entstehen, die dem Klienten an die Hand gegeben werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt scheint die Stimmung bzw. Einstellung zu sein. Zuerst einmal sei die letzte Stunde positiv zu gestalten, da dadurch die gesamte Therapie in guter Erinnerung bleibe. Hier bieten sich Abschiedsrituale an, die gemeinsam geplant und durchgeführt werden können. Das ist wichtig, da grundsätzlich eine positive Einstellung der Stottertherapie gegenüber von Vorteil ist, wenn es um die langfristige Sicherung des Therapieerfolges geht. Die Vermittlung des Wissens, dass Stottern ein Leben lang bearbeitet werden kann und die Möglichkeit, sich jederzeit wieder in die Hände einer Therapeutin begeben zu können, sind wichtige Rückversicherungen, die den Abschluss einer Therapie begleiten sollten.

## Fazit und Ausblick

Sowohl die Literatur als auch die Praxiserfahrungen zeigen viele Möglichkeiten der „Entscheidungsfindung Therapieende“ auf und geben Impulse für die sorgsame Ausgestaltung des Abschlusses einer (Stotter-)Therapie. Interessant wäre die Perspektive der ehemaligen Klienten zum gleichen Gegenstand. Wie nehmen sie diesen Teil der Therapie wahr und was aus dieser Phase empfinden sie im Nachhinein als besonders hilfreich? Welche Angebote, die von der Therapeutin als besonders wichtig angesehen werden, sind in der Praxis bei den ehemaligen Klienten wirklich relevant?

Der Beitrag versteht sich als Sensibilisierung für eine wichtige, vielleicht unterschätzte Therapiephase und als mannigfaltiger Ideenpool für die Praxis.

## LITERATUR

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (2013). *Admission/discharge criteria in speech-language pathology*. [www.asha.org/policy/GL2004-00046.htm](http://www.asha.org/policy/GL2004-00046.htm) (04.11.2013)
- Büttner, C. & Quindel, R. (2005). *Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiesprachgespräch*. Heidelberg: Springer
- Glück, C. & Baumgartner, S. (2011). Stottern. In: Siegmüller, J. & Bartels, H. (Hrsg.), *Leitfaden Sprache Sprechen Stimme Schlucken* (368-381). München: Elsevier
- Grohnfeldt, M. (Hrsg.). (2007). *Lexikon der Sprachtherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Guitar, B. (1998). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins
- Hansen, B. & Iven, C. (2002). *Stottern und Sprechflüssigkeit. Sprach und Kommunikationstherapie mit unflüssig Sprechenden (Vor)Schulkindern*. München: Urban & Fischer

- Helfferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS
- Manning, W. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders*. San Diego: Singular, Thomson Learning
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*. Weinheim: Beltz
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz
- Ochsenkühn, C. & Thiel, M. (2005). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie*. Heidelberg: Springer
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter. Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme
- 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](http://www.doi.org))  
10.2443/skv-s-2015-53020150203

### Korrespondenzanschrift

Prof. Wolfgang G. Braun  
Hochschule für Heilpädagogik Zürich (HfH)  
Studiengang Logopädie  
Schaffhauserstrasse 239  
CH 8050 Zürich  
[wolfgang.braun@hfh.ch](mailto:wolfgang.braun@hfh.ch)  
[www.hfh.ch](http://www.hfh.ch)

### SUMMARY. All things come to an end – even stuttering therapy!? Methodological elements for a successful end of therapy

Generally all therapists in the field of speech therapy/logopaedics are faced with the task to arrange a successful end of therapy treatments. For stuttering therapy the finishing phase of the process should be of particular attention as only some of youth and adult clients may achieve a symptom-free status and there is also a high probability of relapse. What are the criteria for the decisions to initiate the end of a therapy treatment? What are the methodological/didactical steps to assure the efficiency of therapy effects for the time after treatment? To answer these questions results of a literature research were compared to findings following interviews with clinicians. Generally therapists and clients make a joint decision to finish therapy treatment by case-specific criteria. Preparations for the time after include a range of appropriate methodological elements. This article shows case-specific criteria and gives an overview of possibilities to assure therapy results and transferability which are not only relevant for stuttering therapy.

KEY WORDS: Stuttering therapy – end of therapy – ideally shaped end of therapy – therapy shaping – follow-up care