

Wolfgang G. Braun & Jürgen Kohler

Erste Annäherung an das Phänomen Stottern

Symptomatologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie eines vielschichtigen Störungsbildes

Einführung

Eine Million Menschen im deutschsprachigen Raum (D, CH, A) stottern. Damit ist Stottern bei Erwachsenen die häufigste und bei Kindern die zweithäufigste Sprechstörung. Die Ausbildung von Stottertherapeut*innen, das Angebot von Therapiekonzepten und -materialien sowie die Etablierung resp. Professionalisierung des Fachgebiets der Redeflussstörungen im Arbeitsfeld der Logopäd*innen haben in den letzten zwei Jahrzehnten eine sehr erfreuliche Entwicklung durchlaufen. Die Schaffung von Leitlinien (vgl. das Lehrbuch von Neumann et al. 2017) sowie eine forcierte Stotter(therapie)forschung (z.B. PMS KIDS, Kohmächer 2023) lassen evidenzbasiert und optimistisch in die Zukunft schauen.

Einordnung

Stottern ist gekennzeichnet durch unfreiwillige Wiederholungen von Lauten, Silben und einsilbigen Wörtern, Dehnungen und Blockierungen. Diese Sprechunflüssigkeiten werden als Kernsymptome des Stotterns bezeichnet. Das Stottern umfasst neben der oben genannten sprachlichen Kernsymptomatik auch eine Begleitsymptomatik mit vegetativen, motorischen und emotionalen Reaktionen.

Stottern ist eine Störung des Sprechablaufs. Als quantitativer Schwellenwert für die Diagnose Stottern wird eine Stotterhäufigkeit von 3% aller Silben in einer repräsentativen Sprechprobe genannt (Neumann et al. 2017, Sandrieser 2017). Dieser Wert ist als Parameter für das weitere Vorgehen und die Einschätzung eines Stottereschweregrades jedoch nur sehr bedingt relevant. Denn auch bei einem niedrigeren Wert bzw. einer geringeren Stotterrate können die emotionale Belastung durch die Kommunikationsbeeinträchtigung, die Qualität des Symptoms (z.B. der Grad der Anspannung oder die Dauer des einzelnen Symptoms der Sprechunflüssigkeit) sowie eine sich entwickelnde Begleitsymptomatik (Vermeideverhalten, Mitbewegungen) eine Beratung und Therapie indizieren.

Ätiologisch betrachtet konnten bisher keine Untersuchungen eine eindeutige Ursache für die Entstehung des Stotterns aufzeigen: „Eine Reihe von Theorien wurde über die Verursachung des Stotterns aufgestellt. Zu jeder Theorie scheinen sich stotternde Personen finden zu lassen, für die diese Theorie plausibel ist. Umgekehrt kann bislang keine Theorie für ich beanspruchen, auf alle stotternden Personen zuzutreffen“ (Natke & Kohmächer 2020, 133). Bedingt durch neuere bildgebende Verfahren der Hirnforschung werden aktuell neurowissenschaftliche Erklä-

rungsversuche stark betont. Traditionell sind Lerntheorien (antizipierende Anstrengungsreaktion im Sinne von ‚Stottern ist der Versuch, nicht zu stottern‘), Breakdown-Theorien (Mühen in der hochautomatisierten Planung und Realisation des Sprechens), multifaktorielle Theorien (Aufteilung in disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen) sowie ‚Stottern als neurotische Reaktion‘ (mit tiefenpsychologisch erklärbaren Wurzeln) als Erklärungsansätze zu nennen (Natke & Alpermann 2010).

Wichtig in der Ätiologiediskussion ist die Unterscheidung von disponierenden, auslösenden sowie aufrechterhaltenden Bedingungen (Johannsen 2010). Die Ursache des Stotterns wird hier mit einer genetischen Veränderung erklärt, die zu einer zentralnervösen Störung des Sprechens z.B. in Form einer neuromotorischen Koordinationsstörung führt. Genetiker postulieren, dass nach dem aktuellen Forschungsstand inzwischen bei 70% aller stotternden Kinder das Auftreten von Stottersymptomen genetisch erklärbar ist (Sandrieser 2017, Neumann et al. 2017). Als auslösende Bedingungen werden Ereignisse oder Umstände benannt, die im Sinne eines Konditionierungsprozesses dem Erstauftreten von Stottern kurz vorhergehen oder unmittelbar folgen. Diese Bedingungen sind nicht als die eigentliche Ursache zu verstehen, sondern als der ‚Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt‘. Aufrechterhaltende Faktoren sind dann die emotionale, mentale und kommunikative Verunsicherung des Kindes selbst oder seines Umfeldes sowie die damit einhergehenden veränderten Reaktionsweisen des Umfeldes. Dieser Erklärungsansatz fokussiert die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Redeunflüssigkeiten auf einer Zeitachse. Hingegen versucht das nachfolgend vorgestellte 3-Faktoren-Modell, eng umschriebene Momente des Stotterns zu erklären. Dabei wird argumentiert, dass alle ursächlichen Faktoren in jedem Moment des Stotterns wirksam sein müssen.

ZUSAMMENFASSUNG. Der Beitrag versteht sich als grundlegender Überblicksartikel. Die Phänomenologie und Ätiologie des Stotterns werden kompakt umrissen. Das im Beitrag vorgestellte idiografische Interventionsweichenmodell versteht sich als eine Strukturierungs- und Entscheidungshilfe für indizierte Maßnahmen. Früherkennung, Diagnostik sowie Therapie des Stotterns werden in konzentrierter Form eingeführt. Abschließend werden Empfehlungen für die Behandlung von Menschen mit einer Redeflussstörung und ein aktuelles Verständnis von Behandlungsgrundsätzen formuliert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Stottern – Ätiologie – Interventionsweichenmodell – Teufelsspiralmodell – idiografische Therapie

Abb. 1: 3-Faktoren-Modell in Anlehnung an Packman (2012)



Das 3-Faktoren-Modell

Die Erkenntnis, dass ein neurologisches Defizit in der Verarbeitung von gesprochener Sprache Grundvoraussetzung für das Auftreten von Stottern ist, wurde von Ann Packman und ihrem Kollegen Joseph Attanasio mit dem Anforderungs- und Kapazitätenmodell (Starkweather 1987) verknüpft und es resultierte das 3-Faktoren-Modell (Packman & Attanasio 2010, Packman 2012, Sandrieser 2017). In diesem Modell wird nachvollziehbar versucht, die Momente des Stotterns zu erklären und Mechanismen für verschiedene Behandlungsausrichtungen abzuleiten. Das neurologische Defizit ist der Ausgangspunkt des Modells (Packman 2012). Stotterer stottern aber nicht bei jeder Silbe und auch nicht in jeder Situation – es spielen im Moment des Stotterns Auslöser oder Trigger (2.) und individuelle modulierende Faktoren (3.) eine gewichtige Rolle. Als Auslöser können u.a. erhöhte sprechmotorische Anforderungen sowie die linguistische Komplexität wirken. Erhöhte motorische (artikulatorische) Anforderungen z.B. durch ein hohes Sprechtempo stören ein bereits instabiles System. Die neuromotorische Koordination von koartikulatorischen Übergängen (Transitionen) stellen eine Herausforderung für Betroffene dar. Die Breakdown-Theorien fokussieren diesen Erklärungsansatz, nach dem die Symptomatik auf ein Versagen bei der komplizierten Koordination des Sprechens zurückzuführen ist (van Riper 1982, Natke, 2000, Bloodstein & Bernstein Ratner 2008, Johannsen 2010, Katz-Bernstein 2018). Das motorische Zusammenspiel der am Sprechen beteiligten Systeme bricht zusammen (breakdown). Im 3-Faktoren-Modell wird der Auslösemechanismus u.a. durch intraindividuelle Faktoren moduliert. So kann das Ausmaß der physiologischen Erregung bei einem Individuum die Schwelle maßgeblich verändern. Je höher die Erregung, desto niedriger die

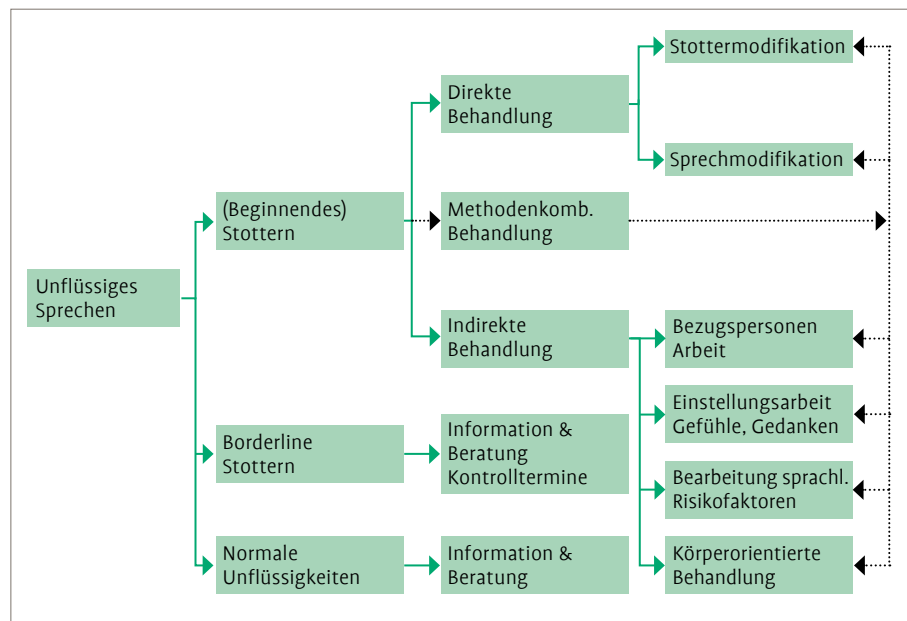
Schwelle für unflüssiges Sprechen. Bezogen auf die Kommunikationsstörung Stottern weiß man, dass Stottern situationsabhängig ist und der Schweregrad je nach (kommunikativem) Kontext variieren kann. Die modulierenden Faktoren entstehen aus der Interaktion zwischen dem körperlichen Aufbau der Betroffenen, ihren Lebenserfahrungen und ihrem Umfeld.

Das idiografische Interventionsweichenmodell

Die Grundlage des idiografischen Interventionsweichenmodells ist das prototypische Ablaufschema nach Johannsen (2010). Es stellt die beraterischen und therapeutischen Vorgehensentscheidungen bei Kindern mit normalen Sprechunflüssigkeiten versus beginnendem Stottern dar. Der Grundgedanke, dass aus den jeweiligen Befunden unter-

schiedliche Handlungsaufträge für die Logopäd*innen resultieren, sowie die Unterscheidung der bei der Diagnose Stottern zur Wahl stehenden Therapieansätze sind auch heute noch aktuell und relevant. Jedoch hat sich gerade bei den therapeutischen Interventionsmöglichkeiten in den letzten 20 Jahren erfreulich viel entwickelt und die Nomenklatur hat sich verändert. Gerade die neueren methodenkombinierten Verfahren erweitern die Unterscheidung direkter (am flüssigen und unflüssigen Sprechen unmittelbar ansetzend) und indirekter (Umfeld, Einstellungen, Risikofaktoren, körperorientiert) Therapieansätze. Das idiografische Interventionsweichenmodell (Braun 2022) stellt hier eine Erweiterung des Ablaufschemas nach Johannsen & Schulze (1986) dar. Es integriert derzeit anerkannte methodenkombinierende Therapieansätze unter Verwendung aktueller Fachbezeich-

Abb. 2: Idiografisches Interventionsweichenmodell (Braun 2022, 105 in Anlehnung an Johannsen & Schulze 1986)



nungen und zeigt einzelfallorientiert Handlungsoptionen auf (Abb. 2). Das Modell kann daher als systematischer Orientierungsrahmen in der therapeutischen Praxis genutzt werden.

In einer differentialdiagnostischen Phase wird geklärt, ob es sich bei der Symptomatik des betroffenen Kind um ein beginnendes Stottern oder um normale Sprechunflüssigkeiten handelt. In etlichen Fällen ist eine klare Zuordnung möglich. Die Praxis und die Forschung (Kohler & Braun 2019, Guitar 2014) zeigen jedoch auch einen Bereich, der zwischen normalen und stottertypischen Unflüssigkeiten im Sinne eines Kontinuums besteht.

In der US-amerikanischen Fachsprache wird dies traditionell als *borderline stuttering* (Guitar 2014) bezeichnet. *Natke* übersetzte diesen Begriff als „grenzwertiges Stottern“ (Natke 2000, 50). Diese Begrifflichkeit macht insofern Sinn, als Kinder in diesem Stadium Entwicklungen in beide Richtungen (Stottern oder normaler Redefluss) vollziehen können. Die charakteristischen Merkmale des *borderline*-Stotterns werden in Tabelle 1 dargestellt. Die Erweiterung der bestehenden Dichotomie „normale Unflüssigkeiten versus Stot-

Tab. 1: Charakteristische Merkmale des Borderline-Stotterns (Guitar 2014, 121)

Mehr als 10 Unflüssigkeiten pro 100 Wörter
Frequenz der Wiederholungen oft über 2 (Bsp. Ba – Ba – Ball)
Mehr Wiederholungen und Dehnungen als Verbesserungen oder unvollständige Phrasen
Unflüssigkeiten sind locker und spannungsarm
Kinder mit Borderline-Stottern reagieren selten auf ihre Unflüssigkeiten

tern‘ erscheint angesichts der Komplexität des Gegenstandes und des Entscheidungsweges bei der Identifikation von auffälligen Redeunflüssigkeiten gerechtfertigt. Stottern, beginnendes Stottern und eben auch grenzwertiges (*borderline*-)Stottern sind durch mehr als nur durch das Zählen von Unflüssigkeiten oder die Bestimmung der Dauer einzelner Symptome zu bestimmen. Der Grenzbereich markiert ein in der Praxis oft auftretendes Erscheinungsbild zwischen den beiden Extremen unauffällige versus auffällige Unflüssigkeiten und dem damit jeweils einhergehenden Verhalten und Erleben (Kohler & Braun, 2023). Es ist sehr plausibel, dass aus dem jeweiligen Befund der Diagnostik unterschiedliche Handlungsaufträge

resultieren. Ein Kind mit der Diagnose (beginnendes) Stottern sollte möglichst schnell einer Therapie zugeführt werden.

Bei einem Kind, dessen Symptomatik sich auf den Ebenen Verhalten und Erleben von Sprechunflüssigkeiten im uneindeutigen Grenzbereich bewegt (*borderline*-Stottern), ist die Beratung der Eltern angesagt – insbesondere, wenn diese sich Sorgen machen. Im Einzelfall bietet sich eine Begleitung in Form von Kontrollterminen an. So kann der weitere Entwicklungsverlauf beobachtet und bei einer negativen Entwicklung in Richtung Stottern frühzeitig eine Therapie in die Wege geleitet werden. Handelt es sich bei dem betreffenden Kind um normale Sprechunflüssigkeiten, können bei sorgenvollen Eltern Informationen über das Stottern und die Beratung im Umgang mit noch auftauchenden Unflüssigkeiten ratsam sein. Auch sollte den Eltern die Möglichkeit aufgezeigt werden, bei einer quantitativen und/oder qualitativen Veränderung der Sprechunflüssigkeiten wieder vorstellig werden zu können.

Wichtigkeit der Früherkennung

Die Fachwelt ist sich einig: Je früher eine Behandlung des Stotterns initiiert wird, desto größer sind die Chancen auf eine erfolgreiche Therapie und normalen Redefluss. Bezogen auf den Redefluss gilt es, sich anbahnende Fehlentwicklungen (aufgrund von erfassbaren Beobachtungen und/oder erfragten Risiken) frühzeitig zu erkennen. Wenn ein Kind beginnt, unflüssig zu sprechen, löst dies oft bei ihm selbst und in seinem Umfeld Unsicherheit aus, die das (Kommunikations-)Erleben negativ beeinflussen kann. Die folgende Teufelsspirale (Abb. 3) zeigt eine mögliche negative Entwicklung auf.

Frühe Interventionen (Sandrieser & Schneider, 2015) können helfen, diese Teufelsspirale gar nicht erst entstehen zu lassen. Mit den beiden Onlinetools RedeflussKompass online für Eltern sowie StotterKompass online für Fachpersonen (www.hfh.ch/stotternerkennen) stehen seit 2019 zwei ökonomisch und empirisch gestützte digitale Instrumente für die Früherkennung und Erfassung bzw. Erstberatung zur Verfügung.

Diagnostik

Die Stotterdiagnostik versteht sich nicht als rein quantitatives Erfassen von Stottersymptomen. Die Denkweise der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erweitert ihren Fokus über den auffälligen Redefluss hinaus, denn jede Auffälligkeit wird im Zusammenspiel von Körper, Person und Umwelt ver-

standen. Aspekte der Aktivität (Kommunikation) und Partizipation (Alltag) müssen in das Verständnis einer Kommunikationsstörung einfließen. Demnach untersucht die Diagnostik drei Themenfelder:

1. Art, Häufigkeit, Dauer und Verlauf der Unflüssigkeiten
2. Einstellungen und Gefühle gegenüber dem Sprechen, dem Kommunikationsverhalten und den damit verbundenen Verhaltensweisen
3. Ressourcen und Anforderungen in Bereichen wie Sprachentwicklung und Umweltfaktoren

Die Berücksichtigung der Themenfelder entspricht der Forderung, dass bei einer umfassenden Diagnostik auch „mögliche Komorbiditäten identifiziert und eine Therapieindikation überprüft werden“ werden müssen (Cook 2018, 194). Es stehen Beobachtungs-, Befragungs- und Testverfahren zur Verfügung, welche altersgerecht die oben angeführten Themenfelder abdecken (u.a. Riley 2009, Schneider & Zückner 2005, Schulte 2007, Wright & Ayre 2013, Prüß & Richardt 2015, Zückner 2017).

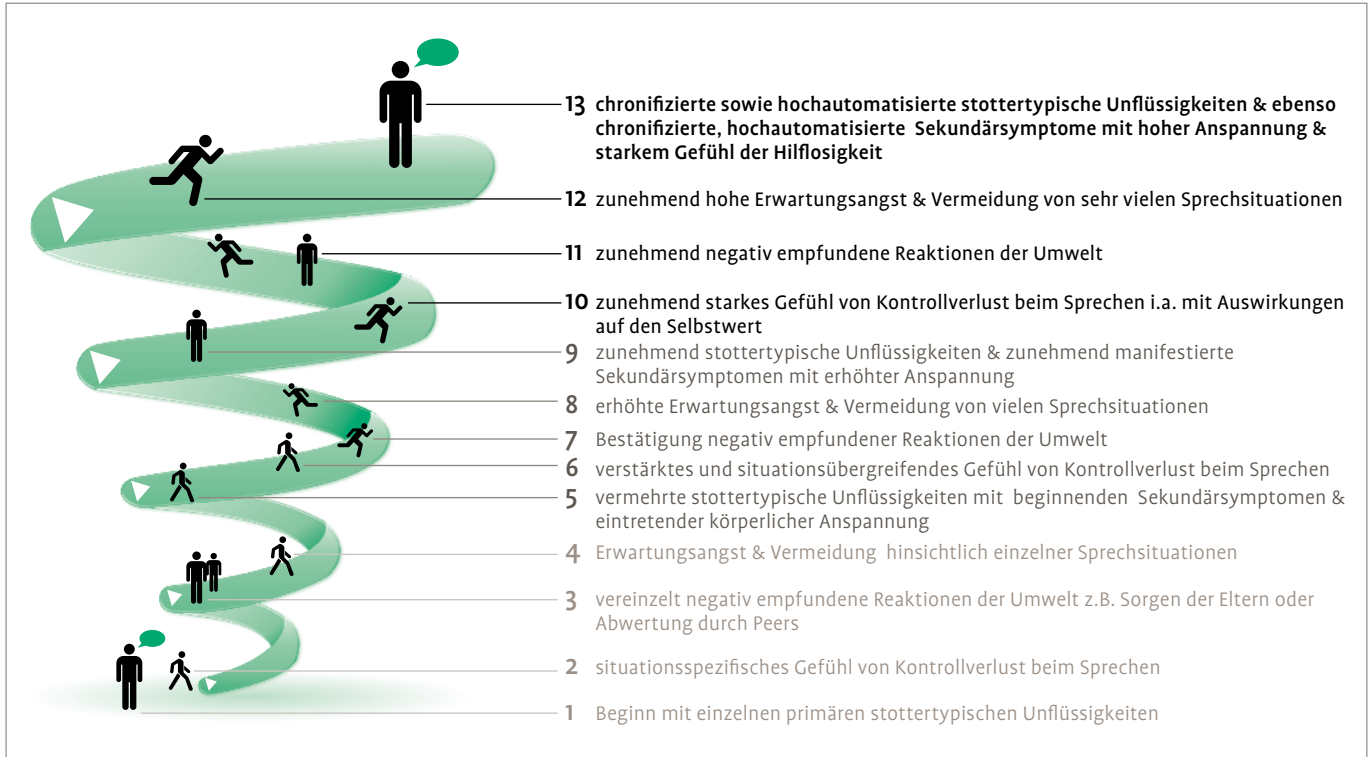
Therapie

Bei der Therapieplanung sind nach Hansen (2010) folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- Beziehungs-, Dialog- und Teilhabeorientierung
- Erwartungskklärung
- Ressourcenfokus
- Enttabuisierung, Angstabbau und Akzeptanz
- Einbindung Umwelt und Lebenswelt
- Erhöhung der Wahlfreiheit in Bezug auf flüssiges Sprechen und flüssiges Stottern

Diese Faktoren erfordern eine prozessorientierte Diagnostik und eine permanente Anpassung an die bereits vollzogenen Entwicklungsschritte sowie die situativen Bedingungen. Grundsätzlich lassen sich die zahlreichen Vorgehensweisen der Stottertherapie in indirekte und direkte Ansätze unterteilen (Abb. 2). Die indirekten Ansätze verstehen sich als eine Arbeit mit den Bezugspersonen des/der Stotternden und mit dem/der Stotternden selbst (Einstellungen, Voraussetzungen flüssiges Sprechen, körperorientierte Ansätze), setzen aber nicht am eigentlichen Sprechen und Stottern an. Die direkte Vorgehensweise lässt sich in zwei Hauptströmungen von Interventionen kategorisieren: die Stottermodifikation und die Sprechmodifikation (synonym auch als globale Sprechrestrukturierung, Sprechtechniken oder Fluency Shaping bezeichnet).

Abb. 3: Teufelsspirale vom beginnenden zum chronischen Stottern (Kohler & Braun 2021, S.28)



Direkte Interventionen

Die Stottermodifikation meint Verfahren, die eine Veränderung, genauer eine Verflüssigung des Stottermusters anstreben. Durch die Thematisierung und Desensibilisierung des Stotterns soll die Angst vor dem Stottern abgebaut und dem/der Stotternden sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, locker stotternd in Kommunikation zu treten (Modifikation). In einer weiteren Phase werden konkrete Blocklösestrategien (z.B. Stoppen, Pull out) als funktionelle Coping-Strategien geübt, die es den Stotternden ermöglichen, nicht mit Kraft, sondern mit Technik ein Stotterersymptom aufzulösen. Die Generalisierungsphase soll die Integration des neuen Stottermusters in den Alltag stützen und forcieren. Bekannte Therapieansätze sind der Non-Avoidance-Ansatz (van Riper 1982, Dell 2001, Wendlandt 2010), die Intensiv-Modifikation Stottern (Zückner 2021), das Stotterer-Selbst-Management-Programm (Engelken 2002) sowie ‚Kinder dürfen stottern – KIDS‘ (Sandrieser & Schneider 2015).

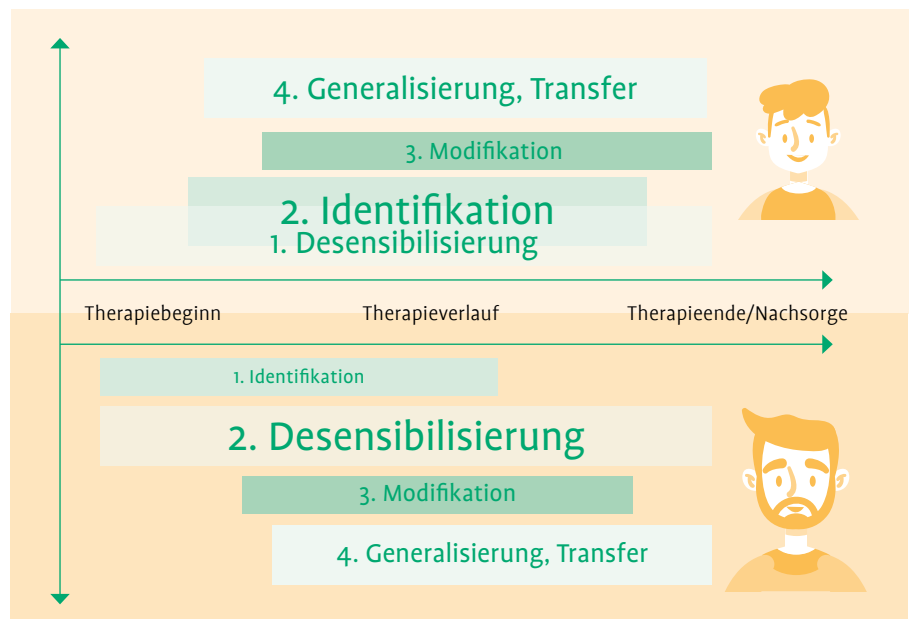
Dabei sind die therapeutischen Interventionen altersabhängig spezifiziert. Die vier klassischen Phasen unterscheiden sich in Abfolge und Gewichtung je nach Alter der Betroffenen (Abb. 4).

Während bei der Kinder-Stottertherapie die Ziele und Vorgehensweisen der Desensibilisierungs- und Identifikationsphase ineinanderfließen, hat bei der Therapie der Erwach-

senen die Desensibilisierungsphase einen größeren Stellenwert. Unabhängig vom Alter gilt das Verständnis, dass die Phasen nicht in einer strikten Abfolge durchlaufen werden, sondern zeitlich versetzt parallel angeboten werden. Eine prominente Methodik der Stottermodifikation ist das Pseudostottern. Das willentlich-absichtliche Stottern hat sich mittlerweile methodenübergreifend als ein wichtiges Instrument der Desensibi-

lisierung und Identifikation etabliert. Therapeut*innen versuchen, so zusammen mit den Klient*innen deren einzigartige Art zu stottern nachzuvollziehen, sie bewusstzumachen (Phase der Identifikation) und auf dieser Grundlage später zu verändern (Modifikation). Diese Identifikationsarbeit kann sowohl bei älteren Kindern, Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zusätzlich wertvolle Effekte für die Desensibilisierung gegen-

Abb. 4: Exemplarische Differenzierung der Kinder- und Erwachsenen-Stottertherapie nach Abfolge und Gewichtung



Tab. 2: Überblick Pseudostottern (PS) in Abhängigkeit von Therapiephase und Alter

Pseudostottern				
Therapiephase	Desensibilisierung Abbau von Angst und Vermeidung	Identifikation Genauere Wahrnehmung der Symptomatik	Modifikation Veränderung der Art und Weise zu Stottern	Generalisierung Transfer in den Alltag
Alter				
Jüngere Kinder (2 bis 4 Jahre)	Kind und Umfeld – Kinder eher rezeptiv Modell des/der Therapeut*in	---	Modellfunktion der Eltern/ der Therapeut*in/ des Therapeuten; Hinführung trick-freies Stottern	Zunehmende Integration in Alltag
Ältere Kinder	Eltern und Kind wenden PS an. Therapeut*in Modell für PS	Unterscheidung zwischen echten und Pseudo-Symptomen Einsatz von kindgerechten, bildhaften Begriffen	Auswahl geeigneter Symptomlösetechnik bzw. alternativer Stotterarten mit Hilfe von PS; trick-freies Stottern	Eher weniger mit PS und mehr mit der Modifikation echter Symptome
Jugendliche und Erwachsene	PS ist wichtiges Mittel der Desensibilisierung	Differenzierte Unterscheidung und Analyse der Primär- und Sekundärsymptomatik	PS zur Anbahnung der Modifikations-technik	PS zur Festigung der Modifikations-technik und Desensibilisierung
Alle Altersgruppen	Hierarchischer Aufbau nach sprachsystematischer und pragmatischer Komplexität			

über dem Stottern haben. Wenn sie lernen, das Pseudostottern wie selbstverständlich zu praktizieren, kann eine Art Enttabuisierung stattfinden.

Bei jüngeren Kindern (2 bis 4 Jahre) hingegen, bei denen die Identifikationsarbeit nur bedingt möglich ist, ist die Modellfunktion der Therapeut*innen resp. der Bezugspersonen zentral: Die Kinder sollen anhand des lockeren Pseudostotterns ihrer Bezugspersonen lernen, dass Stottern akzeptiert ist und wie man flüssiger Stottern kann. Tabelle 2 liefert einen Ordnungsvorschlag, um die alters- und phasenabhängigen Funktionen des Pseudostotterns und die Aufweichung der Grenzen zwischen den Phasen deutlich zu machen.

Mit Sprechmodifikations- oder Fluency-Shaping-Programmen soll flüssiges Sprechen durch eine Sprechmustervariation erzielt werden. Bei Kindern ist das z.B. Sprechtemporeduktion, weicher Stimmeinsatz, rhythmisiertes Sprechen, übertrieben deutliche Artikulation, chilliges Sprechen. Letzteres deutet an, dass man bei jungen Klient*innen versucht, eine kindgerechte Bildhaftigkeit für die Sprechmustervariation anzubieten. Der Wuschelbär mit seiner langsamen und ruhigen Sprechweise (Frank & Grziwotz 1996) ist ein prototypisches Beispiel dafür. Bei Erwachsenen hingegen wird auf eine derartige Bildhaftigkeit bzw. eine Metaphorik

verzichtet und es werden solche der Sprechflüssigkeit dienenden Parameter wie weicher Stimmeinsatz, Stimmfluss, Reduktion der Sprechgeschwindigkeit hochgradig bewusst eingeübt (Prüß & Richardt 2014; Euler et al. 2009). Partizipativ wird eine Variation bestimmt und vertieft (unter Steigerung der

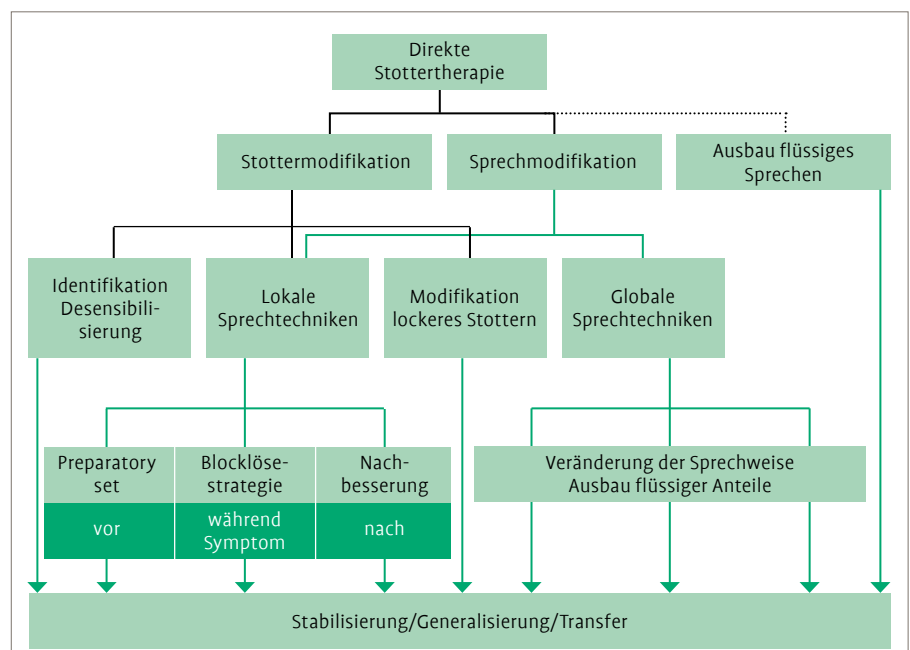
linguistischen Komplexität und der situativen Herausforderung).

Die Stotternden lernen Strategien, die die Sprechflüssigkeit erhöhen, aber teilweise ist die Akzeptanz gegenüber der unnatürlichen, fremden Sprechweise gering und der Transfer in den Alltag mit Widerständen begleitet.

Indirekte Interventionen

Die Bezugspersonenarbeit (Eltern, pädagogische Bezugspersonen, Partner, Berufsumfeld) ist durch die Triade Information – Beratung – Training geprägt. Das Umfeld (und selbstredend auch die Betroffenen) wird über die Entstehung, das Erscheinungsbild und die Variabilität des Stotterns informiert. Im Kontakt mit Betroffenen entstehen oft Unsicherheiten bezüglich der Reaktion auf das Stottern und dessen Thematisierung. Therapeut*innen stellen sich die Aufgabe, hier beraterisch systemisch zu arbeiten und das Umfeld zu stärken. Diese Arbeit kann in eine strukturierte Anleitung zur Verhaltensänderung gegenüber dem Phänomen Stottern münden (Training).

Körperorientierte Ansätze wie z.B. das Autogene Training (Schulz 2020) oder die Progressive Muskelentspannung (PME) nach Jacobsen (Derra 2017) stellen einen Gegenpol zu den durch hohe Anstrengungsbereitschaft und Kraftaufwendung gekennzeichneten dysfunktionalen Coping-Strategien dar und werden von den Betroffenen oft als unterstützend und persönlichkeitsprägend rückgemeldet. Es werden ferner nützliche Querverbindungen zur Stimmtherapie angebo-

Abb. 5: Übersicht direkte Methodik bei Kindern und Erwachsenen (Braun & Kohler 2019)

ten. Diese Ansätze sind für das Stottern jedoch empirisch gering evaluiert.

Integration verschiedener Therapiemethoden

„Als Therapeutin sollte man eine Vielzahl an Methoden kennen (...), um eine Anpassung an die individuellen Voraussetzungen bei den betreffenden sprachgestörten Menschen im Sinne eines idiografischen Vorgehens vornehmen zu können“ (Grohnfeldt 2019, 32). Abbildung 5 bietet einen Überblick über direkte Interventionen.

Die Gefahr von eindimensionalen Therapiekonzepten besteht darin, dass der Ansatz und nicht der Betroffene mit seiner individuellen Thematik der Ausgangspunkt der therapeutischen Überlegungen und Maßnahmen ist. Eine partizipative, idiografische Auswahl von Therapiebausteinen entspricht einem methodenkombinierten Ansatz. Es ist gut nachvollziehbar, dass z.B. zu Beginn einer Therapie das Vermeidungsverhalten und die Angst vor dem Stottern abgebaut wird (Desensibilisierung im Rahmen der Stottermodifikation). Parallel wird das Umfeld (Bezugspersonen wie Eltern, Lehrperso-

nen bei Kindern, Lebenspartner oder Berufsumfeld bei Erwachsenen) über das Störungsbild Stottern informiert und im Umgang mit auftretender Symptomatik gestärkt. Information und Empowerment als indirekte Methodik sind als stützende Faktoren für die Interaktion und das System zu verstehen. Im weiteren Verlauf wünschen sich viele Betroffene zusätzlich, dass ihnen eine Sprechweise zur Verfügung steht, mit der sie in Stresssituationen (z.B. Vortrag vor der Schulklasse oder Kundengespräch) selbstbestimmt flüssiges Sprechen abrufen können (Sprechmodifikation). Gerade die Kombina-

Zusammenfassende Empfehlungen

Unabhängig von der obigen Diskussion um Methoden und Ansätze lassen sich folgende Prinzipien für die Therapie des Stotterns formulieren.

- Die Kinderstottertherapie bindet sowohl bei der grundsätzlichen Therapieentscheidung als auch der Ausgestaltung des Therapieprozesses immer das Umfeld (z.B. Eltern, Lehrpersonen) ein.
- Therapieziele (sprachliche, sozio-emotionale) müssen immer mit allen Beteiligten abgestimmt sein.
- Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse und Fähigkeiten der einzelnen Person – nicht dogmatisches Therapierichtungsdenken. Eine aktive Mitwirkung wird durch eine abgestimmte und idiografische Auswahl der Therapieschritte aufgebaut.
- Therapievereinbarungen im Sinne von (schriftlichen) Abmachungen bezüglich Rahmenbedingungen, Rollenklärung,

Erwartungen und überprüfbaren Zielen, fixierten Standortgesprächen und häuslicher Mitarbeit erhöhen die Transparenz und Klarheit im Therapieprozess.

- Vorgängige Heilversprechen, womöglich noch innerhalb weniger Therapietage, sind unseriös und erhöhen kontraproduktiv den Druck auf alle Beteiligten.
- Die Kommunikationsfähigkeit und -teilhabe soll nach der Therapie durch ein möglichst natürliches und spontan klingendes Sprechen ermöglicht sein. Es kann auch eine subjektive Akzeptanz der Sprechunflüssigkeit durch die primär und sekundär Betroffenen als ein Therapieerfolg betrachtet werden.
- Es ist ungenügend, die Therapie dann zu beenden, wenn die partizipativ erstellten Therapieziele im Therapiezimmer, im Therapiesetting erreicht wurden. Gerade mit dem Wissen um die Situationsabhängigkeit von Stottern dürfen sich die Verände-

rungen nicht nur auf das Therapiezimmer oder auf die Kommunikation mit den Therapeut*innen begrenzen. Verbesserungen müssen auch im Alltag nachweisbar sein.

- Gruppentherapie bietet bei der Kommunikationsbeeinträchtigung Stottern vielfältige Möglichkeiten: als Übungsfeld für neue Sprech- und Kommunikationserfahrungen, für Austausch unter Gleichbetroffenen, Abbau der Isolation und gruppenspezifische Impulse (Euler et al. 2009, Braun et al. 2016, Prüß & Richardt 2014).
- Alltagsnähe (In-vivo-Situationen) ist von Anfang an ein wichtiger Bestandteil der Therapie.
- Die Nachsorge muss sorgsam geplant sein und ist ein relevanter Therapieabschnitt.



Tresor

„In der Gruppe kennen alle die Schwierigkeiten, die Stottern mit sich bringt. Da muss ich nichts erklären.“

Selbsthilfe für Stotternde

Der Gruppenfinder für Ihre Patient*innen:

www.bvss.de/selbsthilfe/gruppen



„Über eine Logopädin kam ich zur Selbsthilfe. Hier habe ich gelernt, zu mir und meinem Stottern zu stehen.“

Anja



Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS), Telefon 0221 139 1106, www.bvss.de

tionen der Sprech- und Stottermodifikation werden in einigen methodenkombinierenden Therapieprogrammen angeboten (Thum & Mayer 2014, Hansen & Iven 2002, Ochsenkühn, Frauer & Thiel 2014, Prüß & Richardt 2014).

Der Ausbau flüssigen Sprechens (Abb. 5) wird von Katz-Bernstein (2003) mit dem Ansatz der Stärkung der vorhandenen Sprechflüssigkeit verfolgt. Aktuell ist für die Kinderstottertherapie mit dem Therapiematerial „Schatzkiste Stottern“ (Hansen & Iven 2022) eine umfassende Materialsammlung zum Ausbau der vorhandenen basalen Sprechflüssigkeitskompetenz erschienen.

Menschen, die stottern, sollen mit ihrem Stottern akzeptiert werden. Es bleibt den Betroffenen überlassen, ob sie Unterstützung in Anspruch nehmen, um flüssig zu sprechen oder weniger zu stottern – oder auch nicht. Diese Perspektive wurde auf dem Welttag des Stotterns (BVSS 2022) pointiert wie folgt formuliert: „Es ist das Recht der Betroffenen, so zu sprechen, wie sie es tun.“

State of the Art

Es gilt festzuhalten, dass es die Kausaltherapie des Stotterns, die an den (vermeintlichen) Verursachungsmechanismen für das Auftreten des Stotterns ansetzt, nicht gibt. „Bei der indirekten Therapie wird versucht, die Voraussetzungen für flüssiges Sprechen zu verbessern in der Hoffnung, dass das Stottern verschwindet. Auch direkte Stottertherapie wirkt nicht ursächlich, da entweder das Auftreten von Stotterereignissen durch Änderung des Sprechmusters unterdrückt, oder beim Auftreten von Stotterereignissen eine bessere Bewältigungsstrategie praktiziert wird“ (Natke, 2000, 106). Keines der Verfahren wirkt bei allen Betroffenen. Die Suche nach einer ‚allein seligmachenden Methode‘ weicht einer ideografischen, methodenflexiblen und -kombinierenden Arbeitsweise, die sich auf eine Theorie-Integration beruft. Die vorgestellten Therapierichtungen wer-

den „in der Behandlung sinnvollerweise miteinander kombiniert“ (Beckert et al. 2012, 22). Das vorgestellte Interventionsweichenmodell soll somit immer aus der Perspektive des Betroffenen und seines Umfeldes angewendet werden.

Erfreulicherweise gibt es inzwischen eine Vielfalt von Therapieansätzen – aber „Therapievielfalt darf nicht mit Therapiebeliebigkeit verwechselt werden“ (Sandrieser 2017, 414). Ausgangspunkt müssen einzelfallbezogene therapeutische Zugänge sein, „mit einem dem jeweiligen Menschen gerechten Zugang, auf den Erfahrungen und der Ausprägung beim jeweiligen Stotternden zugeschnitten“ (Katz-Bernstein 2018, 46). Auch Yairi & Seery (2012, 300) postulieren hier klar ein individualisiertes Vorgehen: „...the fact remains, that no intervention will not work with all clients and individual factors must be incorporated into therapeutic decisions“. Dieser Paradigmenwechsel wird der Vielschichtigkeit der Entität Stottern (als Phänomen auf der Verhaltens- und Erlebensebene) gerecht und hat maßgeblichen Anteil am aktuellen Therapieverständnis. Die therapeutische Passung ist ausschlaggebend für den zwischen Betroffenen und Fachperson definierten Therapieerfolg.

Zahlreiche Autoren (Guitar 2014, Wendlandt 2010, Hansen & Iven 2002, Ochsenkühn et al. 2014, Beckert et al. 2012, Braun 2012, Thum & Mayer 2014, Prüß & Richardt 2014) plädieren deutlich für eine individuell ausgerichtete Methodenkombination aus Stotter- und Sprechmodifikationsansätzen. Die historische Polarität von Stotter- versus Sprechmodifikation weicht einer ideografischen, bausteinorientierten und methodenintegrierenden Vorgehensweise. Die ICF-Orientierung plädiert deutlich für ein komplementäres Nebeneinander von Einzel- und Gruppenangeboten. Intensivtherapien beinhalten die große Chance der Veränderung tradierter Sprech- und Kommunikationsweisen, fordern jedoch bezüglich Transfer und Nachhaltigkeit ein spezielles Engagement aller Beteiligten.

Etliche Materialien, Anregungen und Angebote für die einzelnen Therapiebausteine erleichtern auch unerfahrenen Kolleg*innen den Zugang zum Störungsbild Stottern. Die (Kinder-)Stottertherapie in der heutigen Zeit präsentiert sich als klar strukturiertes, theoretisch geleitetes und lustvolles Arbeitsfeld der Logopädie.



➤ Zu den Literaturverzeichnissen:

Prof. Wolfgang G. Braun

ist Dozent im Institut für Sprache und Kommunikation unter erschwerten Bedingungen der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit dem Schwerpunkt Störungen der Rede. Er leitet seit 2001 das Stottercamp „Stottercamp – Gestärkt quer in der Landschaft stehen“ am Bodensee. In den letzten Jahren veröffentlichte er mehrere Beiträge und Therapiematerialien zum Themenkreis Stottern und Poltern.



Prof. Dr. Jürgen Kohler

ist Dozent im Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklung der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit dem Schwerpunkt Störungen der Rede, Psychologie und Forschungsmethodik in Lehre und Forschung.



<https://doi.org/10.2443/skv-s-2023-53020230401>

KONTAKT

Prof. Wolfgang G. Braun

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Institut für Sprache und Kommunikation
unter erschwerten Bedingungen
Schaffhauserstr. 239
Postfach 5850
CH-8050 Zürich
wolfgang.braun@hfh.ch

Prof. Dr. Jürgen Kohler

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklung (IVE)
Schaffhauserstrasse 239
Postfach 5850
CH-8050 Zürich
juergen.kohler@hfh.ch

SUMMARY. Stuttering therapy for adults. Overview of current therapy approaches in German-speaking countries

Over the past decades, a wide range of therapy approaches has emerged in the field of stuttering therapy. In view of the sometimes considerable suffering of those affected, distinction must be made between evidence-based and (in terms of their effectiveness) unspecific methodologies. The article presents current evidence-based therapy approaches for adults (Neumann et al. 2017) and considers the particular conditions in this age group. Based on a consideration of the morphology of stuttering (logic of stuttering), the mechanisms of action of the different approaches are elaborated.

KEYWORDS: stuttering – stuttering modification therapy – speech restructuring – fluency shaping – Camperdown Program