

Stärker als Stottern – ein methodenkombinierter Ansatz

Georg Thum (München)

- › **Zusammenfassung** Stärker als Stottern (SAS) integriert Methoden aus den beiden Hauptrichtungen der Stottertherapie (fluency shaping, Stottermodifikation) und richtet sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Mithilfe eines Werkzeugkoffers, dessen einzelne Werkzeuge therapeutische Maßnahmen repräsentieren, soll ein individualisiertes Therapieangebot basierend auf den Fähigkeiten, Kapazitäten und Bedürfnissen der Patienten

abgeleitet werden. Die Ampel repräsentiert dabei die Flexibilität des Umschaltens zwischen den Methoden, abhängig von der linguistischen und situativen Anforderung. Der Beitrag beschreibt die Ermittlung des Therapiebedarfs, benennt Therapieziele und -inhalte und zeigt methodische Schrittfolgen anhand von Fallbeispielen auf.

1. Therapierahmen

Im hybriden Ansatz „Stärker als Stottern“ (SAS) werden Maßnahmen aus Fluency-Shaping- und Modifikationsansätzen kombiniert (Thum/Mayer 2014, Webster 1981, Van Riper 1982, Dell 2001, Zückner 2014, Sandrieser/Schneider 2015). Die Therapiekosten werden über eine ärztlich ausgestellte Heilmittelverordnung abgerechnet, die aufgrund des Überschreitens der maximalen Verordnungsmenge vorab einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf. Aktuell wird eine Evaluation des Therapiekonzepts im Rahmen eines Dissertationsprojekts an der LMU München (Neidlinger in Vorb.) durchgeführt.

1.1 Ort, Zielgruppe

Der seit 2003 bestehende Ansatz richtet sich an stotternde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 8 und ca. 23 Jahren und wird in Bayern sowohl extensiv in sprachtherapeutischen Praxen als auch intensiv angeboten. Die intensivtherapeutischen Gruppen finden an zwei Orten statt: Ingeborg Mayer leitet die Gruppe 8- bis 13-jähriger stotternder Kinder bei Weilheim, Georg Thum die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab 14 Jahren in Kempfenhausen (Berg). Der Artikel beschäftigt sich mit dem intensivtherapeutischen Ansatz.

1.2 Therapiephasen

Die Therapie besteht aus mehreren Phasen: Auf die 15-tägige Basistherapie im August folgen jeweils zwei viertägige Refresher im November des gleichen sowie Ostern des darauffolgenden Jahres. Zwei Jahrestage jeweils 12 und 24 Monate nach der Basistherapie ergänzen die Nachsorgephase (Abb. 1).

1.3 Gruppengröße

Pro Gruppe nehmen ca. 8–12 Patienten aus dem gesamten deutschsprachigen Raum teil. Die Priorität im stottertherapeutischen Setting liegt in der engen Zusammenarbeit zwischen Therapeutenteam und Patienten. Die meisten Therapieangebote finden in Kleingruppen von zwei bis vier Teilnehmern statt, die sich aus den unterschiedlichen Therapieschwerpunkten und -zielen ergeben (Kap. 3.1). Größere Gruppenrunden finden maximal dreimal am Tag statt (morgens, mittags, abends), ergänzend werden 1:1-Settings angeboten. Der durchschnittliche Therapeuten-Patientenschlüssel liegt bei 1:2,3.

1.4 Einbezug des Umfelds

Die Teilnehmenden verbringen die Therapietage in der Regel ohne ihre Angehörigen. Diverse Angebote haben das Ziel, die Eltern in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. In einem Elternworkshop sollen Eltern und Kinder zur Halbzeit des 15-tägigen Intensivkurses Therapieinhalte unter Anleitung erarbeiten. In der gemeinsamen Morgenrunde erhalten die Eltern eine Einführung zu bisherigen Therapieinhalten und Therapiezielen, die sie bei einem gemeinsamen Tagesausflug mit ihrem Kind ausprobieren sollen. Die Kinder sind Experten und leiten ihre Eltern an, z. B. Pseudo-Stottern bei Bestellungen auszuprobieren. Jede In-vivo-Aufgabe wird direkt im Anschluss telefonisch mit einem Therapeuten nachbesprochen. In der gemeinsamen Abendrunde werden Erfahrungen ausgetauscht. Eine Woche später, am Abschlusstag, werden sämtliche Therapieinhalte von den Teilnehmenden vorgestellt sowie Abschlussgespräche mit Eltern, Kind und Therapeut angeboten. Drei bis sechs Wochen nach Therapieende finden weitere Einzelgesprächstunden für Angehörige statt, in denen über die Umsetzung



Abbildung 1: Übersicht Therapiephasen „Stärker als Stottern“

im Alltag gesprochen wird. In einer geleiteten Elterngruppe vor Ort treffen sich alle Angehörigen zu Beginn des ersten Refreshers zum Erfahrungsaustausch wieder. Das Therapeutenteam reflektiert gemeinsam mit den Angehörigen deren Erfahrungen zur Rückfallproblematik, diskutiert über Herausforderungen, die sich aus der Umsetzung der erworbenen Therapietechniken im Alltag ergeben und erarbeitet mit den Eltern eine motivierende, wertschätzende Feedbackkultur. Alle Therapiephasen (Intensivkurs, Refresher, Jahrestag) enden mit Elternrunden und persönlichen Gesprächen mit Angehörigen.

1.5 Raus aus dem Therapieraum

Unsere Beobachtung ist, dass ein rein sprechmotorisch ausgerichtetes Programm, in dem Sprechtechniken eingeschliffen werden, zum einen noch keine Aussage darüber zulässt, wie gut auf diese Fähigkeiten außerhalb des Therapieraumes zugegriffen werden kann und zum anderen, wie groß die Bereitschaft des Patienten ist, diese Techniken anzuwenden. Die meisten Patienten verfügen sehr schnell über eine hohe *Kompetenz*, Sprechtechniken innerhalb des therapeutischen Rahmens anzuwenden. Das lässt keine Aussage über deren *Performance* zu, also inwiefern diese Fähigkeiten in Alltagssituationen transferiert und damit akzeptiert werden.

Das SAS-Konzept legt deshalb u. a. einen Schwerpunkt der sprachtherapeutischen Interventionen auf ein zunehmend steigendes linguistisches und situatives Anforderungsniveau. Alles, was innerhalb des Therapieraums umgesetzt wird, soll in alltagsnahen Situationen geübt und gefestigt werden. Deshalb werden Außer-Haus-Aktivitäten und Projekte mit anspruchsvollen Kommunikationssituationen initiiert, die für die teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zudem motivierend sein sollen. Alle Projekte und Aktivitäten (z. B. Besuch von Museen, des Rudervereins, eines Reiterhofs, Stadtausflüge) werden in Kleingruppen engmaschig therapeutisch begleitet und im Rahmen eines zuvor definierten Therapieziels (siehe 3.1) vorbereitet sowie anschließend im Therapieraum u. a. mittels Videoanalysen reflektiert. Der Therapieprozess verlagert sich zunehmend mehr aus dem Therapieraum ins echte Leben nach draußen.

1.6 Nachsorgeprogramm

Das Nachsorgeprogramm dient der Rückfallprophylaxe, besteht aus mehreren Bestandteilen und erstreckt sich über einen Zeitraum von 24 Monaten (Abb. 1, S. 166).

- Strukturiertes sechswöchiges schriftliches Nachsorgeprogramm mit täglichen Aufgaben
- Skype-Betreuung: 30 Skype-Sitzungen nach Therapieende über 12 Monate
- Angehörigensprechstunden und -gruppen (siehe 1.4)
- Zwei obligatorische viertägige Refresher drei und acht Monate nach Ende des Intensivkurses
- Zwei zweitägige Jahrestage 12 und 24 Monate nach Ende des Intensivkurses
- Fachlicher Austausch mit Therapeutinnen vor Ort

2. Ermittlung des Therapiebedarfs

In der Diagnostik wird der Therapiebedarf ermittelt, Art, Beginn und Ausmaß der Störung festgestellt und in Anlehnung an die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF, DIMDI 2005) die Auswirkungen auf die Lebensqualität, insbesondere auf die soziale Funktionsfähigkeit, Aktivität und Teilhabe untersucht, so wie das auch in den S3-Leitlinie *Redeflussstörungen* vorgesehen ist (Neumann et al. 2016).

Im Folgenden werden die in der Befunderhebung zu berücksichtigenden Komponenten des Stotterns zusammengefasst (Abb. 2, Neidlinger/Thum 2017).

2.1 Ebene Kernsymptomatik, motorischer Kontrollverlust

Ein Stottereignis kann als motorischer Kontrollverlust begriffen werden. Im Moment des Symptoms kann die motorische Artikulationsbewegung nicht realisiert werden. Es kommt zu einer Blockierung, Dehnung und/oder Wiederholung eines Lauts oder einer Silbe. Bei SAS wird der Schweregrad des Stotterns mit dem *Stutte-*

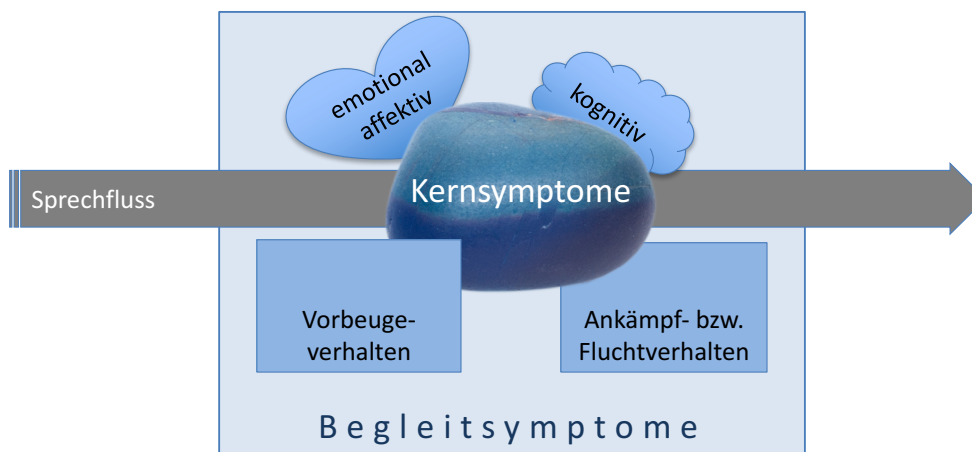


Abbildung 2: Komponenten des Stotterns (Neidlinger/Thum 2017)

ring Severity Instrument (SSI, Riley 2009) vor und nach jedem Therapiedurchgang erhoben. Im Rahmen einer laufenden Evaluierung (Neidlinger, in Vorb.) erfolgen drei Spontanspracherhebungen im objektiven Maß:

- standardisiertes Interview mit Fremddiagnostikern
- Lesetext
- Telefonat mit einer fremden Person, z. B. Anruf in einem Hotel oder in einer Buchhandlung

2.2 Ebene Begleitsymptome

Viele stotternde Menschen entwickeln als Reaktion auf den bzw. als Folge des Kontrollverlust(es) begleitend Symptome. Diese dysfunktionalen Coping-Strategien werden oftmals zu einer stetig wachsenden Belastung und können den Leidensdruck erhöhen und häufig eine eingeschränkte Teilhabe am Leben nach sich ziehen. Die Begleitsymptome entwickeln oftmals eine starke Eigen- dynamik und werden mitunter als größere Belastung als die Kern- symptomatik selbst erlebt. Die unterschiedlichen Begleitsymptome lassen sich wie folgt kategorisieren:

- **Vorbeugeverhalten:** Antizipieren stotternde Menschen das Stottereignis, können sich als Reaktion auf den befürchteten Kontrollverlust begleitende Symptome entwickeln, die das Stottern verstecken sollen, z. B. durch situatives, sprachliches oder pragmatisches Vermeidverhalten. Beispielsweise werden Situationen vermieden, in denen stärkeres Stottern erwartet wird (Melden in der Schule, Telefonieren, sich am Gespräch beteiligen etc.), Wörter oder Sätze ausgetauscht bzw. umgestellt.
- **Ankämpfverhalten:** Als weitere Reaktion auf den Kontrollverlust wird oftmals Ankämpfverhalten beobachtet. Inmitten eines Symptoms wird versucht, mit erhöhter Kraftanstrengung gegen den Kontrollverlust anzukämpfen. Dies hat u. a. Symptome wie körperliche Mitbewegungen, Atemauffälligkeiten etc. zur Folge. Diese begleitenden Symptome fließen teilweise in das SSI mit ein und werden ggf. informell erfasst.
- **Affektiv:** Als weitere Folge des Kontrollverlustes sind Gefühle wie Angst, Scham, Wut und/oder Ärger zu beobachten.
- **Kognitiv:** Häufig beobachtete kognitive Begleitsymptome betreffen negative Gedanken und Einstellungen über das Stottern. Beispielsweise können sich aufgrund negativer Erfahrungen dysfunktionale Gedanken entwickeln, wie z. B.: „Immer, wenn ich stottere, werde ich nicht ernstgenommen“ oder „Die Menschen reagieren belustigt auf mein Stottern.“. Diese Gedanken können sich verstärken, ohne dass sie mit der Realität übereinstimmen müssen. Die Begleitsymptome werden bei SAS sowohl selbstperzeptiv mit dem Fragebogen OASES (*Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*, Yaruss et al 2016), der für alle Altersgruppen vorliegt, als auch mit einer fremdperzeptiven Anamnese erhoben.

3. Therapieziele

In der methodenkombinierten Therapie soll sich nicht der Patient an ein vorgegebenes, streng hierarchisch aufgebautes Konzept anpassen, die Therapieangebote werden vielmehr an die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten angeglichen. Aus der Befunderhebung und Anamnese lassen sich die Schrittfolge, Therapieschwer-



Abbildung 3: Der Werkzeugkoffer

punkte und Gewichtung der einzelnen Ebenen (Abb. 2, S. 167) ableiten. Patienten und deren Angehörige sollen Experten ihres Stotterns werden, um dem Kontrollverlust mit konkreten Handlungsmöglichkeiten begegnen zu können. Zur Veranschaulichung erhält jeder Teilnehmer einen Koffer mit Werkzeugen (Abb. 3), die unterschiedliche Interventionsmaßnahmen symbolisieren. Eine ausführliche Beschreibung dieses Instruments findet sich bei Thum/Mayer (2014) und Thum (2013).

3.1 Die Ampel: Methodische Vorgehensweise

Die Ampel ist das zentrale Werkzeug des hybriden Ansatzes. Den Ampelfarben liegen die beiden wichtigsten Ansätze der Stottertherapie zugrunde, namentlich Fluency Shaping sowie Stottermodifikation. Das Therapieziel lässt sich als flexibles und situativ angepasstes Umschalten der Ampel auf die unterschiedlichen Farben zusammenfassen. Dabei soll der Patient lernen, in Abhängigkeit von der linguistischen und situativen Anforderung auf das geeignete Werkzeug zuzugreifen, um eine höhere Sprech- und Stotterkontrolle zu erzielen und angst- bzw. schamfreies Sprechen zu erleben.

Neben der Werkzeugkiste erhält jeder Patient in der Therapiedokumentation drei Plakate mit den Ampelfarben (s. Abb. 4–6, vgl. Thum/Mayer 2014). Darauf sind jeweils die Werkzeuge aufgelistet. Vor jeder Therapieeinheit gilt es, Feinziele mit passenden Werkzeugen zu definieren. Die Schrittfolge beginnt mit der Auswahl der Methode (Identifikation, Desensibilisierung, Modifikation oder Fluency Shaping), der Bestimmung eines Zielverhaltens mit einem dafür geeigneten Werkzeug sowie die Anpassung des Anforderungsniveaus (Tabelle 1).

1. Ampelfarbe definieren	Welcher Therapieschritt ist indiziert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rot: Identifikation, Desensibilisierung? ▪ Gelb: Modifikation? ▪ Grün: Fluency Shaping?
2. Zielverhalten bestimmen	Welches Feinziel der Ampelfarbe ist indiziert? <ul style="list-style-type: none"> ▪ z. B. bei Rot: eigenes Stottern erkennen ▪ z. B. bei Gelb: Pseudo-Stottern anbahnen ▪ z. B. bei Grün: weiches Sprechen auf Satzebene
3. Werkzeug aussuchen	Welches Werkzeug hilft mir bei der Umsetzung? <ul style="list-style-type: none"> ▪ z. B. bei Rot: Stein, Spiegel ▪ z. B. bei Gelb: Frosch ▪ z. B. bei Grün: Fell
4. Anforderung anpassen	Anpassen des Zielverhaltens nach <ul style="list-style-type: none"> ▪ linguistischer Komplexität ▪ situativer Komplexität <p>→ auf welcher Sprechleistungsstufe (Silben-, Wort-, Satzebene, Spontansprache) und gleichzeitig in welcher Situation (1:1-Setting, Klein-, Großgruppe, in vivo, etc) kann das Zielverhalten geübt, vertieft oder gefestigt werden?</p>

Tabelle 1: Schrittfolge Zielverhalten einer Therapie-Einheit definieren

3.1.1 Rot – trickfrei stottern: Identifikation und Desensibilisierung



Die rote Ampelfarbe steht für *Identifikation* und *Desensibilisierung* des Modifikationsansatzes. In der Identifikationsphase soll das eigene Stottern in all seinen Facetten (Abb. 2, S. 167) erfasst werden. Das dazugehörige Plakat (Abb. 4) zeigt die Werkzeuge, aus denen sich, in Abhängigkeit vom ermittelten Therapiebedarf, Feinziele ableiten lassen.

In der 15-tägigen Basistherapie ist die Ampel in den ersten Tagen auf *Rot* gestellt. Der Patient beschäftigt sich in der Identifikationsphase mit der differenzierten Erfassung der individuellen Symptomatik. In Kleingruppen von zwei bis drei Patienten werden Symptome u. a. mittels Videofeedback analysiert und besprochen und neue Strategien bzw. Feinziele formuliert.

Die entsprechenden Werkzeuge (Tabelle 2, s. S. 170) liegen auf dem Tisch und sollen die einzelnen Interventionschritte begreif- und nachvollziehbar werden lassen.

Fallbeispiel, Definition eines Zielverhaltens in der Ampelfarbe Rot:

Basierend auf der in Tabelle 1 genannten Schrittfolge gilt es in den ersten Therapieeinheiten darum, Feinziele zu definieren. Ein 14-jähriger Junge verwendet zahlreiche dysfunktionale Coping-Strategien, um sein Stottern zu überdecken. Er zeigt Vermeiderverhalten (Wortvermeidung durch Austausch von antizipiert gestotterten Wörtern ebenso wie situatives Vermeiderverhalten). Zudem

Abbildung 4: Plakat für die rote Ampelfarbe (Thum / Mayer, Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen © 2014 by Ernst Reinhardt, GmbH und Co KG, Verlag, München) (Als Download verfügbar. Siehe Link auf Seite 175.)

Werkzeug	Bedeutung	Mögliche Feinziele
Stein und Spiegel	eigenes, echtes Stottern: Identifikation der Kernsymptomatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kernsymptomatik erkennen und ggfs. nachmachen ▪ Spannungszustände einzelner Symptome wahrnehmen/erkennen ▪ An welcher Stelle genau passiert der Kontrollverlust?
Zwiebel	Identifikation der Begleitsymptomatik	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jede Zwiebelschale steht für ein einzelnes, konkretes Begleitsymptom ▪ Ziel: möglichst viele „Zwiebelschalen“ zu identifizieren und zu verändern ▪ Schrittfolge Veränderung: Deutlich spür- und erkennbare Begleitsymptome werden zuerst bearbeitet, z. B. motorische Begleitverhalten ▪ Identifikation affektiven und kognitiven Begleitverhaltens u. a. unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus OASES
Frosch	Desensibilisierung: Pseudo-Stottern	<p>Absichtliches, lockeres Pseudo-Stottern zur Desensibilisierung gegen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ den Zeitverlust ▪ angenommene negative Umweltreaktionen ▪ den Kontrollverlust ▪ auffälliges Sprechen
Stopp-Schild	Vorbeuge- und Anknüpfverhalten beenden	<p>Erkennen und stoppen von</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorbeugeverhalten wie z. B. „Schleifen“ (wiederholen vorheriger Satzteile oder Wörter vor antizipiertem Stottern, z. B. „Ich heiße, heiße, heiße, heiße Markus“) oder Startern („äh“, „ja also“) → Vorbeugeverhalten abbauen → stattdessen: echtes Stottern riskieren ▪ Wahrnehmen motorischen Anknüpfverhaltens

Tabelle 2: Werkzeuge der roten Ampelfarbe

1. Ampelfarbe definieren	Rot: Identifikation
2. Zielverhalten bestimmen	<p>Coping-Strategien aufdecken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeiden von Lauten und Wörtern → welche, wie häufig? ▪ Situatives Vermeideverhalten → mit wem, wann? ▪ Schleifen (Stop-and-Go-Mechanismen) → verschriften
3. Werkzeug aussuchen	<p>Welches Werkzeug hilft mir bei der Umsetzung?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spiegel: Stottern betrachtet → Videoanalyse, Spiegelarbeit ▪ Zwiebelschalen: Welche Begleitsymptome sind zu beobachten? Wie können sie kategorisiert werden (Abb. 2)? → in Therapiedokumentation des Patienten aufnehmen, schriftlich fixieren
4. Anforderung anpassen	<p>Linguistisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spontansprache für Videoanalyse <p>Situativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespräch mit Therapeutin ▪ Evtl. in vivo (Telefongespräch) mit unterschiedlichen vertrauten bzw. fremden Personen.

Tabelle 3: Fallbeispiel, Zielverhalten einer Therapie-Einheit definieren, Ampelfarbe Rot

wendet er Stop-and-go-Mechanismen an. Dabei springt er vor antizipiertem Stottern (im Folgebeispiel bei /Pizza/) Wort und Satz-teile repetierend zurück. („Ich esse gerne, esse, gerne, also esse gerne, gerne, gerne Pizza“). Das Zielverhalten und die damit einhergehenden therapeutischen Interventionen werden können für dieses Fallbeispiel Tabelle 3 entnommen werden.

3.1.2 Gelb – das Stottern verändern: Modifikation

Die gelbe Ampelfarbe steht für die Modifizierung von Stotterer-eignissen. Das Stottern soll lokal, also nur am Ort des Ereignisses selbst, verändert werden.

Das Plakat der Ampelfarbe *Gelb* (Abb. 5) stellt die drei Interventi-onsmöglichkeiten (Nachbessern, Vorbereitungs-Set, Pull-out), die im Therapiesetting mit den realen Werkzeugen auf den Tisch ge-legt werden, graphisch dar:

- Nachbessern: Das gestotterte Ereignis (Symbol: Stein) soll gestoppt (Stopp-Schild) und gelöst (Softball). Mit einem der vier Modifikationswerkzeuge (Frosch, Lupe, Fell oder Schnecke) wird das gestotterte Wort nachgebessert.
- Vorbereitungs-Set: Bei antizipiertem Stottern soll bereits vor dem Ereignis gestoppt und die Spannung gelöst werden (Stopp-Schild und Softball), um dann mit einem Werkzeug zu modifizieren.
- Pull Out: Mit dieser Blocklösetechnik soll der Kontrollver-lust direkt bearbeitet werden. Das Symptom wird möglichst schnell gestoppt und folglich das An kämpfverhalten auf-gegeben. Die Artikulationsbewegung wird für einen kurzen Moment eingefroren. Im zweiten Schritt wird der muskuläre Spannungszustand am Artikulationsort wahrgenommen und reduziert, jedoch nicht komplett gelöst. Mit der reduzierten

Spannung erfolgt als dritter Schritt ein langsamer Zeitlupen-übergang zum nachfolgenden Vokal.



Abbildung: 5: Plakat für die gelbe Ampelfarbe (Thum / Mayer, Stot-tertherapie bei Kindern und Jugendlichen © 2014 by Ernst Reinhardt, GmbH und Co KG, Verlag, München) (Als Download verfügbar. Siehe Link auf Seite 175.)

Lizenzierte Datei für: Universität München - Fachbibliothek

Werkzeug	Bedeutung	Mögliche Feinziele
Stein und Stopp-Schild	Stotterereignis stoppen	Der Kontrollverlust soll – abhängig von der Modifikationstechnik – gestoppt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachbessern nach einem Symptom ▪ Vorbereitungsset vor einem Symptom ▪ Pull Out während eines Symptoms
Zwiebel	Identifikation der Begleitsymptomatik	Jede Zwiebelschale steht für ein einzelnes, konkretes Begleitsymptom. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel ist es, möglichst viele „Zwiebelschalen“ zu identifizieren und zu verändern. ▪ Schrittfolge der Modifikation: Deutlich spür- und erkennbare Begleitsymptome werden zuerst bearbeitet, z. B. motorische Begleitverhalten. ▪ Identifikation affektiver und kognitiver Begleitverhalten u. a. unter Einbezug der Ergebnisse des OASES.
Frosch	Modifikation: Pseudo-Stottern	Beim Pseudo-Stottern in der Ampelfarbe „Gelb“ soll der Spannungszustand verändert werden. Ziel ist es, vom Kontrollverlust des Stotterns in ein kontrolliertes, lockeres, silbisches Pseudo-Stottern überzugehen. Stottern geschieht beim Übergang zum Silbennukleus, also beim Übergang vom Konsonanten zum Vokal der Silbe (Wingate 1988, Zückner 2014). Während der Iterationen soll der Zielvokal („Pa – pa – papier“ und NICHT P-P-Papier) und keinesfalls der Schwa-Laut realisiert werden.

Tabelle 4: Werkzeuge der gelben Ampelfarbe

Werkzeug	Bedeutung	Mögliche Feinziele
Stopp-Schild und Softball	Vorbeuge- und Ankämpfverhalten modifizieren	Modifizieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wahrnehmen ▪ und Verändern von glottalen und artikulatorischen Spannungszuständen → Analogie mit einem zusammengepressten Softball. Mit der Öffnung der Faust wird der zusammengepresste Ball langsam gelöst. Die Spannungszustände verändern sich sukzessive.
Lupe	Modifikation: Zeitlupensprechen	Verlangsamte Koartikulation der betroffenen Silbe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vom Konsonanten zum Vokal: bewusste taktil-kinästhetische Wahrnehmung des Artikulationsortes, mit bewusst kontrolliertem koartikulatorischen Übergang zum Vokal. ▪ Wahrnehmung der einsetzenden Stimmlippenschwingung, insbesondere beim Übergang von stimmlosen Konsonanten zum Vokal (Beispiel /fi/: f → i) ▪ Bei initialen Vokalen: weicher Stimmeinsatz (crescendierend, also leise → laut)
Fell	Modifikation: Weicher Stimmeinsatz	Schwellton der betroffenen Silbe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vom Konsonanten zum Vokal: der Konsonant wird kurzgehalten und artikulatorisch leicht angetippt (soft contact). Der darauffolgende Vokal wird mit Schwellton (leise → laut) realisiert ▪ Bei Vokalen initial: analog zur „Lupe“ mit Schwellton.
Schnecke	Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit	Im Gegensatz zur Lupe soll mit der Schnecke die gesamte Sprechgeschwindigkeit verändert werden. Dieses Werkzeug findet nur noch vereinzelt in begrenztem Rahmen Anwendung bzw. in Kombination mit dem Fell (weiches Sprechen).

Tabelle 4: Werkzeuge der gelben Ampelfarbe (Fortsetzung)

1. Ampelfarbe definieren	Gelb: Modifikation
2. Zielverhalten bestimmen	Stotterkontrolle: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stoppen des Vorbeugeverhaltens → Zu welchem Zeitpunkt ist es möglich? ▪ Modifikation des gestotterten Ereignisses als Alternative anbieten.
3. Werkzeug aussuchen	Frage: Welches Werkzeug soll zuerst angeboten werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudo-Stottern (Frosch), um gleichzeitig gegen den Kontrollverlust zu desensibilisieren und kontrolliertes Stottern anzubieten (Wahrnehmen, ausprobieren von unterschiedlichen Spannungszuständen)? ▪ Zeitlupensprechen (Lupe), auch als Vorbereitung des Pull Out bei stärkeren Blockierungen? ▪ Weiches Sprechen (Fell), auch als Vorbereitung, um leichteren Symptomen prophylaktisch zu begegnen.
4. Anforderung anpassen	Linguistisch: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewähltes Werkzeug (Frosch, Lupe, Fell) zuerst auf Wortebene (Bildkarten), dann steigern auf Satzebene, evtl. Reizwortgeschichte ▪ Situativ: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1:1 Setting bzw. Kleingruppe ▪ Steigerung: leichte Telefon-in-vivo-Übung: vertraute Person (Familie, Freund) anrufen ▪ Kurzvortrag vor gesamter Therapiegruppe mit vereinbarter Modifikation (z. B. 4 × pro Vortrag und linguistischer Anforderung)

Tabelle 5: Fallbeispiel, Zielverhalten einer Therapie-Einheit definieren, Ampelfarbe Gelb

Voraussetzung für eine erfolgreiche Stottermodifikation sind begleitende phonetische Wahrnehmungsübungen zu Artikulationsorten, Kiefer-, Lippen- und Zungenstellung, die in hierarchischen Übungsstrukturen mit angepasster sowohl linguistischer als auch situativer Anforderung eingebunden werden.

Fallbeispiel, Definition eines Zielverhaltens in der Ampelfarbe Gelb:

Abermals wird bei der Definition der Feinziele die Schrittfolge aus Tabelle 1 herangezogen.

Der genannte 14-jährige Junge kann inzwischen sein Vorbeugeverhalten identifizieren und wahrnehmen. Im nächsten Schritt werden Techniken zur Stottermodifikation angeboten (Tabelle 5, S. 172).

3.1.3 Grün – das Sprechen verändern: Fluency Shaping



Abbildung: 6: Plakat für die grüne Ampelfarbe (Thum / Mayer, Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen © 2014 by Ernst Reinhardt, GmbH und Co KG, Verlag, München)

(Als Download verfügbar. Siehe Link auf Seite 175.)

In der Regel wird im intensivtherapeutischen Setting bei SAS erst nach Identifikation und Desensibilisierung (rot) und Modifikation (gelb) die Ampel auf die grüne Fluency-Shaping-Phase geschaltet. Bei stark stotternden Teilnehmern haben wir aber durchaus positive Erfahrungen gesammelt, indem bereits mit der Einführung der Modifikationstechniken parallel Fluency-Shaping-Elemente angeboten wurden.

Das „Grüne Sprechen“, wie es auch von vielen Patienten selbst bezeichnet wird, bedeutet eine globale Veränderung des gesamten Sprechens. Anders als in der gelben Modifikationsphase wird nicht das einzelne Symptom, sondern die gesamte Äußerung bearbeitet. Die in Abschnitt 3.1.2 bereits beschriebenen Werkzeuge „Fell“ und „Lupe“ finden sich auch in der Ampelfarbe Grün (Abb. 6). Der Anwendungsgrad soll dabei an die Situation angepasst sein. Die Graphik auf dem Plakat zeigt Variationen auf, indem Intensität (Übertreibung) sowie Frequenz (Häufigkeit) des weichen Sprechens angewendet werden. Rechts oben zeigt den maximalen Wert von Übertreibung und Häufigkeit an. In diesem „dunkelgrünen“ Modus wird nahezu jede einzelne Silbe mit stark übertriebenem weichen Stimmeinsatz gesprochen. Dieser Modus wird bei SAS aufgrund der sehr unnatürlich wirkenden Sprechweise nur im Übungskontext eingesetzt. Diagonal gegenüber liegt der hellgrüne Bereich mit dezenter und niederfrequent angewendeten weichen Stimmeinsätzen. Das Therapieziel in der grünen Ampelphase ist es, einen ausreichend sicheren Modus bei akzeptierter Sprechweise zu finden. Oder mit anderen Worten: je dunkler das Grün, desto sicherer; je heller, desto unauffälliger ist die Sprechweise.

Fallbeispiel, Definition eines Zielverhaltens in der Ampelfarbe Grün:

Im weiteren Therapieverlauf wurde in unserem Fallbeispiel mit dem 14-jährigen Jungen inzwischen die Ampelfarbe Grün eingeführt. In der Therapie ist er inzwischen mit der globalen Anwendung der Werkzeuge Fell und Lupe vertraut. Nun soll ein Modus gefunden werden, wie er auch in der Schule, z. B. bei Referaten, sprechen könnte (Tabelle 6, S. S. 174).

3.1.4 Rot, Gelb oder Grün? Eine kritische Betrachtung

Mit Einführung der Sprechrestrukturierung (Grün) erleben insbesondere stärker stotternde Patienten die kontrollierte und verflüssigende Sprechweise als ein befreiendes Gefühl, sodass diese oftmals als bevorzugte Ampelfarbe gewählt wird. Rot hingegen, das die Identifikation und Desensibilisierung beinhaltet, stößt anfangs mitunter auf Widerstand und bedarf einer stärkeren Überzeugungsarbeit. Unsere langjährige Erfahrung in der klinischen Praxis zeigt jedoch einen interessanten Bruch, wenn es in fortgeschrittener Therapiephase um den Transfer der gelernten Fluency-Techniken in Alltagssituationen geht. Wir erleben Ablehnung und innere Hemmnisse gegenüber den verlockenden und süßen Früchten des weichen, kontrollierten Sprechens und zwar unabhängig von der Stärke der Symptomatik.

Was mag der Grund sein? Häufig wird die unnatürlich klingende Sprechweise genannt, die nicht zur eigenen Persönlichkeit passt, verbunden mit Angst- oder Schamgefühlen. Daneben wird die zusätzlich erhöhte kognitive Anforderung des dauerhaft kontrollierten Sprechens als Belastung empfunden, die gerade bei einem höheren linguistischen und/oder situativen Anforderungsniveau hinzukommt. Dieser Antagonismus, einerseits aufgrund der hohen sprecherischen und linguistischen Anforderung einer stärkeren Symptomatik ausgesetzt zu sein und andererseits wegen der besonderen Belastung weniger Kapazitäten für die verflüssigende Sprechtechnik zur Verfügung zu haben, führt immer wieder zu frustrierenden Erlebnissen.

1. Ampelfarbe definieren	Grün: Fluency Shaping
2. Zielverhalten bestimmen	Sicherheitsbereich bei hoher Sprechnatürlichkeit finden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fraktioniertes Sprechen: Weiche Sprechweise nur zu Beginn einer Phrasierung verwenden. Reicht der Sicherheitsbereich? ▪ Kontraste setzen: Während spontansprachlicher Äußerungen alternierend von <i>dunkelgrün</i> auf <i>hellgrün</i> wechseln
3. Werkzeug aussuchen	Welches Werkzeug hilft mir bei der Umsetzung? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fell, soft contacts und weicher Stimmeinsatz → jede Phrasierung ca. 2–3 Wörter weich sprechend beginnen ▪ Unterschiedliche Intensitäten des weichen Stimmeinsatzes ausprobieren → Frage: ausreichender Sicherheitsbereich? Akzeptable Sprechnatürlichkeit? Videoanalyse
4. Anforderung anpassen	Linguistisch: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vortrag mit unterschiedlichen Anforderungsstufen Situativ: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vor der gesamten Therapiegruppe ▪ Evtl. in vivo: Kurzvortrag vor Gästen und evtl. auf der Straße

Tabelle 6: Fallbeispiel, Zielverhalten einer Therapie-Einheit definieren, Ampelfarbe Grün

Bei unserer jungen Klientel kommt zudem häufig die Erwartungshaltung der Angehörigen hinzu. Diese erleben ihre Kinder nach Ende der 15-tägigen Therapie meist in einer deutlich flüssigeren Sprechweise. Die Beobachtung, dass man einfach die geeigneten Werkzeuge anwenden müsste, um höhere Sprechflüssigkeit zu erzielen, kann zu einer gesteigerten Erwartungshaltung führen. In unseren Gesprächen mit Angehörigen (siehe 1.4) thematisieren wir offen die Grenzen einer Stottertherapie. Das Blickfeld auf Therapieerfolge soll nicht nur auf das Erzielen einer hohen Sprechflüssigkeit fokussiert werden, sondern vielmehr auf sämtliche Aspekte des Stotterns erweitert werden (Abb. 2).

Unserer Beobachtung zufolge profitieren Patienten von sprechrestrukturierenden, global angewendeten Techniken eher, wenn sie sich erfolgreich desensibilisiert haben und sowohl mit dem Kontrollverlust des Stotterns umzugehen wissen als auch gegen auffälliges Sprechen und gegen den Zeitverlust desensibilisiert sind. *Rot* sehen wir deshalb auch als Basis für Fluency Shaping. Unsere Hypothese ist, dass Patienten mit einer eher milden bis mittelstarken Kernsymptomatik gut mit der globalen *grünen* Ampelfarbe zurechtkommen. Womöglich gelingt es ihnen besser, die *soft contacts* und weichen Stimmeinsätze unauffälliger in ihre Spontansprache zu integrieren. Bei stärkerem Stottern halten wir *gelbe*, lokale Blocklösetechniken, insbesondere den Pull Out für das Mittel der Wahl.

3.2 Fallbeispiel: Ein Umweg von Rot über Gelb zu Grün

Was wir nicht wollen: Globale Fluency-Shaping-Techniken sollen nicht als dysfunktionale Coping-Strategien missverstanden werden, wie wir dies z. B. in einem offenen viertägigen Refresher beobachten konnten, den in den bayerischen Pfingstferien ehemalige Teilnehmer früherer Therapiegruppen zur Auffrischung nutzen konnten. Ein inzwischen junger Mann besuchte nach mehreren Jahren Therapiepause einen offenen Refresher mit dem Ziel,

„Grün aufzufrischen, um mein Stottern besser vermeiden zu können“. In der gemeinsamen Abklärung der Therapieziele am ersten Therapietag spiegelten und erklärten wir unsere Einschätzung: Wir hinterfragten seinen Wunsch „Stottern zu vermeiden“ und erfuhren über Fragebogen und im Gespräch, dass er sein Stottern verstecken möchte, da er viele negative Gefühle (Angst, Scham) damit verbindet. Ebenso war er davon überzeugt, dass sein Umfeld ihn stotternd als weniger souverän und kompetent bewerten würde. Sein Therapieauftrag an uns bestand auch darin, sich nicht an In-Vivo-Übungen beteiligen zu müssen, er wollte sich die vier Tage auf sprechmotorisches Training fokussieren. Wir befürchteten, dass er es nicht riskieren würde in ausreichend hohem Sicherheitsbereich „grün“ zu sprechen. Die hohe Sprechkontrolle verändert das Sprechen und wir fragten uns, ob er diese Auffälligkeit im Alltag angst- und schamfrei anwenden würde. Nach unserer Erfahrung sollte er sich zuvor gegen vier Bereiche desensibilisieren: gegen auffälliges Sprechen, gegen den Kontrollverlust des Stotterns sowie gegen den Zeitverlust. Unser Therapieversuch war:

- Ampelfarbe: Am ersten Tag Rot, Identifikation seiner Coping Strategien, Desensibilisierung gegen das Stottergefühl und Überprüfen von Umweltreaktionen
- Zielverhalten und Werkzeuge: Frosch (Pseudo-Stottern) und Stein (echtes Stottern zulassen), Spannungszustände beobachten
- linguistische Anforderung: kurzes Aufwärmen auf Satzebene, dann Wechsel in Spontansprache
- situative Anforderung: sicheres Ausprobieren in der Gruppe, dann ggf. Begleitung einer Gruppe, die in vivo am Starnberger See ausprobiert in der Rolle als Zuhörer und Beobachter Er sollte vor Ort selbst entscheiden, ob er in eine aktive Rolle wechseln möchte.

Im Abschlussgespräch berichtete er, wie frustriert er am Abend des ersten Tages war, da es seines Erachtens in eine falsche Richtung gegangen war, die nicht seiner Intention entsprochen hatte. Am zweiten Tag begleitete er vereinbarungsgemäß eine therapeutisch unterstützte In-vivo-Kleingruppe und wagte es dann doch, fremde Menschen absichtlich locker stotternd anzusprechen. Die Situationen wurden im Anschluss kurz reflektiert (z. B. Feedback des Zielverhaltens, Angst- und Schamskala, Erfragen von Gedanken und Einstellung, Festlegung neuer Zielverhalten und Strategien für die folgende In-vivo-Situation) und am Abend mit der gesamten Therapiegruppe geteilt und besprochen. Das Erleben in der Gruppe und den gemeinsamen Austausch beschrieb er als einen für ihn wichtigen Prozess. Am dritten und vierten Tag wurden schließlich Einheiten in *Grün* angeboten, also die gewünschten Fluency-Shaping-Techniken. Im Abschlussgespräch gab er das Feedback, dass ihm insbesondere die Beschäftigung mit seinem Stottern neue Erkenntnisse vermittelt hätten und ihm bewusst wurde, sein Ziel über den Umweg von *Rot* und *Gelb* nach *Grün* zu erreichen. Für Zuhause nahm er sich vor, weniger vor seinem Stottern zu flüchten und bei aufkommenden Angst- und Schamgefühlen frühzeitig darauf zu reagieren.

4. Resümee

Eine methodenkombinierte Stottertherapie wäre falsch verstanden, wenn sie als eklektisches Stückwerk beliebiger Therapieinhalte missverstanden würde. *Stärker als Stottern* sieht sich als intensivtherapeutisches Angebot, das den Patienten eine individuelle Vorgehensweise ermöglicht und auf zahlreiche Real-life-Situationen überträgt.

Das Ziel des hybriden Ansatzes liegt in einer individualisierten Vorgehensweise, angepasst an die Kapazitäten und Bedürfnisse der Patienten. Die Herausforderung stellt hierbei die ständige Feinjustierung der Therapieziele dar, die fortwährend definiert und verifiziert werden sollen. Ebenso steht der unmittelbare therapeutische Kontakt zum Patienten auch im Gruppensetting im Vordergrund. Die Therapie rhythmisiert sich vorwiegend in Klein- und Kleinstgruppen, die abhängig von den Feinzielen zu jeder Einheit neu zusammengestellt werden.



Material zum Download

Die drei Ampelplakate können heruntergeladen werden unter: <https://www.verlag-modernes-lernen.de/permalink/91903> (Thum/Mayer, Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen © 2014, by Ernst Reinhardt, GmbH und Co KG, Verlag, München. Mit freundlicher Genehmigung des Verlages.)

Literatur

- Dell, C. (2001): Therapie für das stotternde Schulkind. 3. Auflage. Köln: Deusthones.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Köln: DIMDI, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf> (1.6.2019).
- Neidlinger, V.; Thum, G. (2017): Diagnostik des Stotterns. Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis 6, 188 – 196.
- Neidlinger, V.: (in Vorb.): Methodenkombinierte Überprüfung der Wirksamkeit einer Hybridtherapie für stotternde Kinder und Jugendliche. Ludwig-Maximilians-Universität München: Dissertation.
- Neumann, K.; Euler, H.A.; Bosshardt, H. G.; Cook, S.; Sandrieser, P.; Schneider, P.; Sommer, M.; Thum, G. (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, (Hrsg.) (2016): Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz und konsensbasierte S3-Leitlinie. AWMF-Registernummer 049-013. Version 1.
- Riley, G. D. (2009): SSI-4: Stuttering severity instrument – 4th ed. Austin (TX): Pro-Ed.
- Sandrieser, P.; Schneider, P. (2015): Stottern im Kindesalter. 4. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Thum, G. (2013): Sprechtechniken in der Stottertherapie. Praxis Sprache 58, 98 – 101.
- Thum, G.; Mayer, I. (2014): Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein methodenkombinierter Ansatz. München: Reinhardt.
- Van Riper, C. (2006): Die Behandlung des Stotterns. 6. Auflage. Köln: Deusthones.
- Webster, R. L. (1981): Clinicians's Guide to the Precision Fluency Shaping Program. 2. Edit. Communications development cooperation, Roanoke.
- Wingate, M. (1988): The Structure of Stuttering: A Psycholinguistic Analysis. New York: Springer.
- Yaruss, J. S.; Quesal, R. W.; Coleman, C. E. (2016): OASES: Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering. Übersetzt ins Deutsche von: Euler, H. A., Kohmäscher, A., Cook, S., Metten, C., Miele, K. <http://www.stutteringtherapyresources.com/store/category/oases-german-electronic>, aufgerufen am 1.6.19.
- Zückner, H. (2014): Intensiv-Modifikation Stottern. Neuss: Natke.

Der Autor



Georg Thum

Akademischer Sprachtherapeut, M. A.
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Sprachheilpädagogik
LMU München
Leopoldstraße 13, 80802 München
georg.thum@lmu.de
sowie:
Praxis Dialog GbR
Nusselstr. 30 a, 81245 München
gt@staerker-als-stottern.de
www.staerker-als-stottern.de