

# Stottertherapie bei Jugendlichen und Erwachsenen

**Hartmut Zückner**

*Lehranstalt für Logopädie, Universitätsklinikum Aachen*

Das Angebot an Therapien für stotternde Jugendliche und Erwachsene hat sich im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren deutlich verbessert. Zum einen hinsichtlich der Verbreitung – es gibt mehr Anbieter von Therapien, d.h. mehr Therapeuten, die in ihren Praxen Stottern therapieren, und zahlreiche mehrwöchige Intensivtherapien, die Stottern in Gruppentherapien behandeln.

Zum anderen auch hinsichtlich der verschiedenen Therapieansätze, mit denen Stottern behandelt wird. Für den Betroffenen macht diese an sich günstige Situation es jedoch manchmal schwerer, denn er hat damit die Qual der Wahl, und er wird sich zudem genauer informieren müssen, was die einzelnen Therapien oder Therapierichtungen ihm zu bieten haben.

Wer sich entscheidet, sein Stottern in einer Therapie bearbeiten zu wollen, wird sich neben der Entscheidung für ein bestimmtes Therapieverfahren damit auch für ein *setting*, in dem die Therapie stattfindet, entscheiden können (oder müssen): mehrmals wöchentliche Einzeltherapie, wöchentliche Gruppentherapie, mehrwöchige Gruppenintensivtherapie (in der Regel nicht am Ort) oder Intensivintervalltherapie in Gruppen, Gruppenintensivtherapie, die an Wochenenden stattfindet etc.

Bevor man sich entscheidet, in welchem *setting* man eine Therapie absolviert, sollte man sich jedoch nach reiflicher Information für eine Therapierichtung - einen Therapieansatz - entschieden haben. Jeder Therapieansatz hat andere Ziele und diese Ziele sollten mit den individuellen Wünschen und Zielen übereinstimmen, die ein Stotternder für sich hat.

## Therapieansätze in der Stottertherapie

Man kann grob 3 verschiedene Zielrichtungen von Therapien unterscheiden:

1. Therapien, die das Ziel haben, eine Art des Sprechens zu vermitteln, mit der der Stotternde sein Sprechen dauerhaft und erfolgreich flüssig halten kann. Diese Therapien vermitteln eine Sprechtechnik, die der Stotternde mit dem Ziel einer automatisierten Übertragung in alle Alltagssituationen erlernen soll.
2. Therapien, die das Ziel haben, dem Stotternden zu ermöglichen, seine Blockierungen zu verhindern oder schnell zu lösen, und die dabei voraussetzen, dass dies nur erfolgreich und dauerhaft möglich ist, wenn man die negativen Gefühle und Einstellungen, die mit dem Stottern verbunden sind, auch zum Gegenstand der Therapie macht. Nur über diese Auseinandersetzung kann flüssigeres Sprechen dauerhaft und erfolgreich aufrecht erhalten werden.
3. Sonstige Therapien, die durch eine Behandlung (Psychotherapie, Hypnose, Akupunktur, Entspannungsverfahren, etc.), durch ein Medikament oder durch technische Hilfsmittel Stottern zu reduzieren oder zu beeinflussen suchen.

Den weitaus größten Teil der im deutschsprachigen Raum durchgeführten Therapien kann man sicher den beiden ersten Therapierichtungen zuordnen, aber auch die letztgenannten sind durch-

aus vertreten. Hinzu kommt, dass es Therapieangebote gibt, die bestimmte Verfahren kombinieren und damit nicht mehr eindeutig nur einer Richtung zuzuordnen sind.

Im Folgenden werden die beiden ersten Therapierichtungen etwas detaillierter dargestellt, da sie vom Angebot her den überwiegenden Teil darstellen.

### **Unseriöse Therapien - eine Warnung !**

Vorab jedoch noch einige wichtige Worte zu den Therapien, denen man das Etikett „unseriös“ oder „unethisch“ zuweisen kann. Diese Therapien treten im allgemeinen dadurch hervor, dass sie entweder versprechen, durch ihre Methode oder Behandlung eine Heilung des Stotterns zu erreichen, oder sie geben vor, dass jeder oder jede Stotternde durch ihre Behandlung flüssiges Sprechen erreichen kann, ihre Methode sozusagen unfehlbar ist (für den Fall, dass die versprochene Sprechflüssigkeit nicht eintritt, trägt dann der Patient die Schuld: die Methode oder die Qualität der Therapiedurchführung werden absolut nicht in Zweifel gezogen).

Vollständige Heilung bei Stottern im Erwachsenenalter ist jedoch nur in sehr seltenen Fällen beobachtbar (Bloodstein 1995). Von daher kann das Behandlungsziel nicht auf eine Heilung des Stotterns gerichtet sein, sondern auf eine deutliche Verringerung des Stotterns. Bei Jugendlichen und Erwachsenen kann man realistischweise nur noch von dem Ziel einer möglichst großen Reduzierung der Stottersymptomatik ausgehen.

Eine Heilung ist auch erst dann erreicht, wenn ein Stotternder sein Sprechen nicht mehr kontrollieren muss, um flüssig zu sein. Ein flüssiges Sprechen, das durch permanente Kontrolle mit Hilfe von Sprechtechniken erreicht wird, ist keine Heilung! Und Stotternde die mittels Sprechtechniken ihr Sprechen immer flüssig halten können oder die Sprechtechniken gänzlich automatisiert anwenden, sind bisher auch noch nicht beobachtet worden. Wer also Heilung durch eine Therapie verspricht, bewegt sich im Feld der Wunderheiler, Scharlatane und Quacksalber. Dieser Aspekt hat jedoch noch eine andere Seite.

Wer Heilung verspricht, enttäuscht oft so tief, dass die betroffenen Patienten den grundsätzlichen Glauben an Therapien verlieren und sich damit eine Möglichkeit nehmen, ihr Sprechen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Dies zu erreichen ist andererseits in seriösen Therapien durchaus und individuell auch mit großem Erfolg möglich.

Die Anbieter von „unseriösen“ Therapien sind in der Regel nicht deswegen unseriös, weil sie eine bestimmte sprechtechnische Methode anwenden. Sie machen sich deswegen unseriös, weil sie bei Misserfolgen nicht die Möglichkeit in Betracht ziehen, dass der ausgebliebene Erfolg einfach darin begründet ist, dass *diese* Methode für *diesen* Patienten nicht die geeignete ist. Die Behauptung, es sei erwiesen, dass die von ihnen vermittelte Methode bei *allen* Stotternden erfolgreich sei, und dass bei ausbleibendem Erfolg die Schuld z.B. auf mangelndes Üben oder auf die komplizierte oder schwierige Persönlichkeit des Stotternden zurückzuführen sei, macht diese Therapien unseriös. Hier bleiben oft Patienten zurück, die Schuldgefühle haben, und sich dann nicht nur wegen ihres Stotterns abwerten, sondern auch, weil sie allein die Verantwortung für ausbleibenden Therapieerfolg zugewiesen bekommen. Zu allem Verdruss werden sie dann oft noch von ihrer Umwelt darauf angesprochen, warum sie denn noch stotterten, wo doch (durch zahlreiche Medien vermittelt) so gute Therapien zur Verfügung stünden, die Stotternde heilen.

Soweit zu unseriösen Therapien und publicity-süchtigen TV-Sendungen, die tendentiell zu einem abwertenden Bild von Stotternden beitragen, wie es in unserer Gesellschaft immer noch verbreitet ist.

## Behandlungsmethoden

### Therapien, die flüssigmachende Sprechtechniken vermitteln

Für Therapien, in denen eine Sprechweise oder Sprechtechnik vermittelt wird, die Stottern von vorn herein verhindert, hat sich der englische Begriff „fluency shaping“-Therapien durchgesetzt. Diese Therapien bedienen sich sehr unterschiedlicher sprechtechnischer Methoden. Voraussetzung für flüssiges Sprechen ist immer, dass das gesamte Sprechen mittels einer in der Therapie vermittelten Sprechweise kontrolliert wird.

Diese Therapien bedienen sich eines Phänomens, durch das die Sprechstörung Stottern charakterisiert ist: Bei bestimmten Sprechweisen - fast alle Stotternde wissen das - tritt ein Stottern gar nicht erst auf (vgl. U. Natke „Erkenntnisse über das Stottern“, Kap. Gesetzmäßigkeiten und Beeinflussbarkeit). Flüstern oder Singen sind zwei sehr auffallende Beispiele für dieses Phänomen. Auch Sprechen auf einen vorgegebenen Rhythmus oder ein Sprechen mit begleitenden Handbewegungen („liegende Acht“) gehört in diese Kategorie.

In den heute durchgeführten Therapien spielen diese Arten von eher simplen, schnell zu erlernenden „Sprechhilfen“ keine große Rolle mehr. Die modernen flüssigmachenden Therapien erzielen in der Regel über eine bestimmte Art und Weise der Atmung, der Artikulation oder der Stimmgebung ein flüssiges Sprechen bei Stotternden. Teilweise nutzen diese flüssigmachenden Methoden jeweils nur einen Bereich der am Sprechen beteiligten Funktionen (Atmung, Stimmgebung, Artikulation, Sprechtempo), teilweise kombinieren sie diese Methoden. Es gibt z.B. Therapieansätze, in denen die Patienten neben einer neuen Weise der Stimmbildung auch eine veränderte Artikulation und ein verändertes Atemverhalten erlernen, um damit ein stotterfreies Sprechen hervorzurufen.

Jede dieser veränderten Sprechtechniken muss natürlich eingeübt werden. Für dieses Einüben haben diese Therapien unterschiedliche Übungsprogramme entwickelt. Diese sind oder sollten nach den wissenschaftlichen Kriterien der Lerntheorie und der Verhaltenstherapie aufgebaut sein, z.B. unterteilt in einzelne Erfolgsebenen, die man erreicht haben muss, bevor man Übungen eines erhöhten Schwierigkeitsgrades zu bewältigen hat. Ein gutes Übungsprogramm stellt sicher, dass eine Sprechweise auch effizient und erfolgreich eingeübt wird. Nicht alle Therapien bieten jedoch einen derart „hierarchisierten“ Lernaufbau, der von Einüben einzelner Wörter bis zum Training spontanen Sprechens in normalen Alltagssituationen reicht.

In zunehmendem Maße werden auch technische Hilfsmittel zum Einüben dieser Sprechtechniken herangezogen. Allen voran beginnt sich der Einsatz von speziellen Computerprogrammen als Rückmeldungsgeber über die Qualität der neuen Sprechweise zu verbreiten.

Wer sich also für eine Therapie entscheidet, die als Ziel hat, über Sprechtechniken flüssiges Sprechen zu vermitteln, sollte sich genau anschauen, wie das jeweilige Übungsprogramm aussieht, wie es aufgebaut ist, ob es genug Zeit zum Einüben gibt, ob es computergestützte Feedbackverfahren oder andere effiziente Hilfen gibt.

Auf Grund der intensiven Einübung, die diese Sprechtechniken erfordern, sind diese Therapien in der überwiegenden Mehrzahl mehrwöchige Intensivtherapien, die dann auch in Gruppen stattfinden. Oft werden nach einer mehrwöchigen Intensivphase dann nochmals Auffrischungswochen oder –wochenenden durchgeführt.

Nicht unerwähnt bleiben soll hier, dass nahezu alle diese Sprechtechniken durch ihre Veränderung an der Atmung, der Stimmgebung, der Artikulation, dem Sprechtempo oder dem Sprechrhythmus eine hörbare Verfremdung bzw. Veränderung des Sprechens, eine mehr oder weniger deutliche Unnatürlichkeit hervorrufen. Die meisten dieser Therapien legen jedoch Wert darauf, diese Sprechweise soweit zu vermitteln, dass eine akzeptable „Natürlichkeit“ des Sprechens erreicht wird. Andere weisen deutlich darauf hin, dass das Akzeptieren einer veränderten Sprechweise mit dazu gehört, wenn man sich für diese Therapie entscheidet. Man sollte sich also auf alle

Fälle einen Höreindruck von der „abschließenden Sprechweise“ (z.B. bei einem Informationsabend) verschaffen, bevor man mit einer solchen Therapie beginnt.

#### *Sprechtechniken der Atemregulierung*

Bei diesen Therapieprogrammen liegt der flüssigmachende Effekt auf der Einübung eines bestimmten Atmungsverhaltens. So kann z.B. durch Einübung einer Zwerchfellatmung und eines konzentrierten Sprechens auf den ausfließenden Atemstrom ein stotterfreies Sprechen erreicht werden. Die genauen Ursachen des Effektes bei dieser Art des Sprechens sind noch unklar. Es gibt verschiedene Hypothesen dazu, keine davon konnte jedoch bisher überzeugend erklären, wie es zum flüssigen Sprechen kommt. Mit dieser Methode kann sehr schnell flüssiges Sprechen erreicht werden, und da nicht auch noch Veränderungen der Artikulation und der Stimmgebung mit bearbeitet werden müssen (es aber in der Regel zu einer hörbaren Veränderung im Sprechrhythmus kommt), kann sie in relativ kurzer Zeit eingeübt werden. Da diese atemregulierende Sprechtechnik einen weniger starken Verfremdungseffekt beim Sprechen bewirkt, hat sie eine gewisse Popularität bei Stotternden gewonnen. In einer wissenschaftlichen Studie (Andrews, Guitar, Howie 1980), in der untersucht wurde, welche flüssigmachenden Techniken den besten Langzeiteffekt haben, haben die reinen atmungsbeeinflussenden Sprechtechniken jedoch zusammen mit den rhythmischen Sprechtechniken die niedrigsten Therapieerfolge der untersuchten Therapieformen gezeigt.

#### *Sprechtechniken der Stimmgebung und Artikulationsbeeinflussung*

Diese Sprechtechniken arbeiten oft mit einer Veränderung des Sprechens in mehreren Bereichen. Wohl die häufigste Technik ist das sogenannte prolongierende Sprechen. Beim prolongierenden Sprechen wird das Tempo des Sprechens hörbar verlangsamt und die einzelnen Lauten werden gedehnt gesprochen. Man könnte dieses Sprechen auch als gedehnt-verlangsamtes Sprechen bezeichnen. Eine solche Sprechweise ermöglicht es ebenfalls, ohne Stottern zu sprechen. Einige Verfahren des prolongierenden Sprechens verknüpfen diese Technik zudem noch mit einer bestimmten Weise der Artikulation oder der Stimmgebung. Bei der Artikulationsveränderung, die oft unter dem Stichwort „leichte Artikulationskontakte“ vermittelt wird, sollen die Sprecher die Lippen- und Zungenkontakte mit geringem Druck und weniger Muskelspannung durchführen als im normalen Sprechen. Bei der Veränderung der Stimmgebung sind „weiche Stimmansätze“ das Ziel. Diese werden durch eine Stimmgebung mit geringerer oder veränderter Anspannung der Stimmuskulatur - d.h. mit weniger Krafteinsatz - erreicht. Mit diesen, in den einzelnen Varianten voneinander abweichenden Sprechtechniken, kann man ein Sprechen produzieren, das Stottern verhindert. In aller Regel klingt dieses Sprechen jedoch mehr oder weniger stark verfremdet (auch auf der Ebene des Sprechrhythmus) und unterscheidet sich hörbar von natürlichem Sprechen. Wie deutlich der Unterschied zum natürlichen Sprechklang ist, ist von Therapieprogramm zu Therapieprogramm sehr unterschiedlich und auch abhängig von der jeweils individuellen Möglichkeit des Patienten, die Sprechtechnik anzuwenden.

Es gibt auch Therapieprogramme, die hauptsächlich oder ausschließlich die Stimmgebung verändern, und damit eine veränderte Art des Einsetzens der Stimmgebungsmuskulatur vermitteln. Diese Sprechtechniken nutzen Stimmgebungsmuster, wie sie beim Singen oder Seufzen angewandt werden. Über diese stimmlichen Veränderungen kann dann stotterfreies Sprechen erreicht werden, wobei ebenfalls eine mehr oder weniger deutliche Unnatürlichkeit des Sprechens hervorgerufen wird. Die in Deutschland verbreitete Methode nach „Hausdörfer“ fällt in diese Richtung. Die „Hausdörfermethode“ wird nicht von Therapeuten, sondern über Selbstorganisation von Stotternden im Rahmen der Selbsthilfegruppen verbreitet.

Sowohl die artikulations- als auch die stimmgebungsbeeinflussenden Verfahren haben einen Einfluss auf die Spechatmung und bewirken oder erfordern damit zum größten Teil auch ein verändertes Atmungsverhalten. Dieses geht zumeist in Richtung Zwerchfellatmung.

In der bereits erwähnten wissenschaftlichen Untersuchung, in der überprüft wurde, welche dieser Sprechtechniken die besten Langzeiterfolge hat (Andrews, Guitar, Howie 1980), wird das prolongierende Sprechen als Sprechtechnik mit den besten Langzeitergebnissen angeführt, gefolgt von der Technik des „weichen Stimmeinsatzes“.

Die Behandlungsphilosophie all dieser Therapieprogramme gipfelt darin, Stottern grundsätzlich durch eine Sprechtechnik beherrschbar zu machen und damit weitestgehend zu unterbinden. Eine Auseinandersetzung mit dem Stottern auf der Ebene auftretender Gefühle und Einstellungen ist in der Regel nicht vorgesehen. Damit stehen diese Therapieprogramme, der „fluency shaping“-Therapien, im Gegensatz zu den „Nicht-Vermeide-“, oder „Stottermodifikations-Therapien“. In letzteren spielt die Auseinandersetzung mit Gefühlen und Einstellungen zum Stottern eine herausragende Rolle. Die Argumentation der flüssigmachenden Therapien lautet, dass mittels einer flüssigen Sprechweise, die kein Stottern mehr enthält, eine Auseinandersetzung mit dem Stottern für den Betroffenen überflüssig wird. Und in der Tat bedeutet es für viele Patienten eine enorme emotionale Entlastung, wenn sie mittels einer Sprechtechnik die Sicherheit erlangen, dass sie weitgehend stotterfrei sprechen können.

Blockierungen und den damit verbundenen bedrohlichen Kontrollverlust verhindern zu können, erhöht in jedem Falle die Lebensqualität, da sich durch das Stottern ausgelöste Ängste und Frustrationsgefühle vermindern.

Ein Blick auf die inzwischen zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen, die den Erfolg flüssigmachender Therapien geprüft haben, zeigt, dass alle diese Therapien, gleich welcher atemungs-, artikulations- oder stimmgebungsverändernder Sprechweisen sie sich bedienen, Stottern immer nur reduzieren. Stotterfreiheit mag in wenigen einzelnen Fällen erreicht werden, aber auch bei sehr guter Automatisierung einer Sprechtechnik ist Stottern durch eine Technik nie ganz auszuschließen. Die Reduzierungen von zwei in Deutschland durchgeführten flüssigmachenden Therapien, die wissenschaftlich untersucht wurden, zeigten Verringerungen des Stotterns von im Durchschnitt 11,6% auf 2,5 % (Euler 2000) und von 17,4 % auf 11,1 % (Renner 1995) im Langzeitergebnis. Beide Therapien setzen im wesentlichen stimmgebungs-, artikulations- und sprechtempoverändernde Techniken ein. Angloamerikanische Untersuchungen weisen vergleichbare Werte auf.

Der weitaus größte Teil der Therapien, die flüssigmachende Techniken vermitteln, findet in Gruppenintensivtherapien statt. Dies ist schon deshalb wichtig, da es einer konzentrierten Einübungs- und Automatisierungsphase bedarf. Therapeuten in niedergelassenen Praxen können dies in aller Regel nur schwer anbieten oder garantieren.

Die Gegenrichtung bzw. die Gegner dieser Therapieform stellen als Hauptkritik fest, dass es einen enormen und möglicherweise nicht zu leistenden Aufwand bedeutet, sein ganzes Sprechen immer mittels einer Sprechtechnik zu kontrollieren. Sie halten den Aufmerksamkeits- und den auch bei abgeschlossener Therapie benötigten Übungsaufwand zum Sprechen mittels einer Technik für unangemessen hoch. Stotterfreies Sprechen bieten laut wissenschaftlichen Untersuchungen auch diese Therapien nur eingeschränkt. Als zweites Argument wird die Unnatürlichkeit der aus einer Sprechtechnik resultierenden Sprechweise kritisiert. Inwieweit diese ästhetisches begründete Argument gegen eine bestimmte Sprechtechnik angeführt werden kann, kann jedoch immer nur individuell vom jeweils Betroffenen entschieden werden.

### Nicht-Vermeide-Therapien oder Stottermodifikations-Therapien

Die Nicht-Vermeide-Therapien sind in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts entstanden, und sie sind eng mit dem Namen Charles Van Riper verbunden, der einer der ersten Therapeuten war, der diese Therapieform entwickelt hat. Van Riper (selbst stotternder Sprachtherapeut) und

seine (vielfach selbst stotternden) Therapeutenkollegen in den USA waren unzufrieden mit den rein auf Sprechtechniken basierenden Therapien, die bis dahin den überwiegenden Teil der Therapieprogramme stellten. Es setzte sich die Ansicht durch, dass erst durch die Bearbeitung der negativen Gefühle, denen ein Stotternder mit seinem Stottern ausgesetzt ist, und die sein Leben und sein Selbstwertgefühl beeinträchtigen, ein wirklicher Therapieerfolg zu erreichen sei. Diese Haltung entstand auf dem Hintergrund der schlechten Langzeitergebnisse und Rückfallhäufigkeiten, die die damaligen flüssigmachenden Therapien vorzuweisen hatten, und die bei Rückfällen den Stotternden wieder mit negativen Gefühlen und selbstabwertenden Haltungen und Einstellungen konfrontierten.

Die bei Blockierungen entstehenden Gefühle wie Scham, Angst, Hilflosigkeit, Minderwertigkeit oder Frustration, die zu einer negativen Selbsteinschätzung als Stotternder führten, mussten nach Van Riper zum zentralen Gegenstand der Therapie werden. Das Ziel war - noch vor Erreichen von verbesserter Sprechflüssigkeit - dem Patienten die Möglichkeit zu geben, sich zum selbstbewussten Stotternden zu entwickeln. Gleichzeitig damit wurde das Postulat des stotterfreien Sprechens und der Einsatz der damit verbundenen Sprechtechniken aufgegeben. An die Stelle von Sprechtechniken, die das gesamte Sprechen veränderten und einen hohen Konzentrationsaufwand erforderten, wurde das Bearbeiten von Blockierungen im Moment ihres Auftretens gesetzt. Ziel war es, nur an den Stellen in das Sprechen einzugreifen, an denen Stottern auftritt. Van Riper selber entwickelte Blocklösetechniken, mit denen das Stottern auf ein leichtes flüssiges Reststottern zurückgeführt werden konnte.

Hinzu kam die Erfahrung, dass erst ein Stotternder, der selbstbewusst und gelassen mit seinem Stottern umzugehen gelernt hat, auch in der Lage ist, verflüssigende Techniken im Sprechen erfolgreich anzuwenden. Ängste und andere starke negative Gefühle im Moment einer auftretenden Blockierung verhindern sprechmotorische Kontrolle. Deshalb müssen sie Gegenstand der Therapie werden.

Auch ein weiterer Gesichtspunkt zur Begründung dieser Therapieform wurde herausgestellt: bei deutlicher Reduzierung von negativen Gefühlen vor oder während des Stotterns in Verbindung mit der sprechmotorischen Möglichkeit der Lösung von Blockierungen kann die Schwere und Häufigkeit des Stotterns stark zurückgehen. Dieser Effekt, dass Stottern weniger und nur in leichter Form auftritt, wenn der Stotternde seine negativen Gefühle reduziert und seine Einstellung hin zu einem selbstbewusst Stotternden verändert hat, wurde jedoch von Van Riper und den anderen Nicht-Vermeide-Therapeuten immer nur als angenehmer Begleiteffekt bewertet, aber nicht als Therapieziel postuliert.

An diesem Punkt setzen auch die Kritiker dieser Therapieform an: Die Nicht-Vermeide-Therapien galten lange Zeit als Therapien, für die eine erhöhte Sprechflüssigkeit nicht wichtig war. Ihnen wurde nachgesagt, Stotternde zu befähigen, sich mit ihrem Stottern glücklich oder zufrieden zu fühlen und an erhöhter Sprechflüssigkeit kein Interesse zu haben.

Diese Meinung wird heute von den meisten Therapeuten, die eine Nicht-Vermeide-Therapie anbieten, sicher nicht vertreten. Auch diese Therapeuten befürworten bzw. streben ein Sprechen als Therapieziel an, das größtmögliche Flüssigkeit hervorruft. Sie sind jedoch sicher darin, dass dieses Ziel nur über eine Änderung der Einstellungen und Gefühle bei den Betroffenen zu erreichen ist. Flüssiger werden, sein Stottern auf leichtes akzeptables Reststottern zurückführen, kann erfolgreich nur der, der nicht bedroht ist von negativen Gefühlen und Selbstabwertung, wenn Stottern wieder auftritt.

In diesem Punkt setzt auch die Kritik der Nicht-Vermeide-Therapeuten an die auf reine Sprechflüssigkeit abzielenden Therapien an. Sie argumentieren, dass die in nahezu allen Therapien auftretenden Rückfälle bei den rein auf Sprechflüssigkeit abzielenden Therapien oft einen Kreislauf von Selbstabwertung und von Vertrauensverlust in die Sprechtechnik in Gang setzen, der einen langfristigen Therapieerfolg verhindert.

### *Verlauf der Therapie*

In aller Regel verlaufen die Therapien nach dem Nicht-Vermeide-Ansatz in vier aufeinanderfolgenden Therapiephasen ab.

Beginnend mit der Identifikationsphase analysieren der Therapeut und der Patient gemeinsam über das Stottermuster des Patienten. Ein gewichtiger Identifikationsbereich ist der von Verhaltensweisen, die ein Stotternder im Verlauf des Stotterns erst gelernt hat, die sogenannte Sekundärsymptomatik des Stotterns. Dazu gehören die unterschiedlichen Blockierungsüberwindungsreaktionen (Anstrengungsverhalten wie z.B. Kopfbewegungen, Augenzusammenkneifen oder Grimassieren während der Blockierung, Atemmanipulationen etc.), die Versuche, Stottern sprachlich oder situativ zu vermeiden, aber auch die Gefühle, die ein Stotternder während oder vor auftretender Blockierungen hat. Auch die mit dem Stottern verbundenen Gefühle werden erst im Verlauf der Entwicklung des Stotterns gelernt. Ein Stotternder kann nicht das Auftreten der Kernsymptomatik verhindern, aber er kann alle zusätzlich erlernten Verhaltensweisen wieder verlernen bzw. modifizieren, so die Argumentation.

Im Anschluss an die Identifikationsphase folgt die Desensibilisierungsphase. In dieser Phase sind die Gefühle und die Haltung des Stotternden Gegenstand der Therapie. Ziel dieser Phase ist es, die negativen Gefühle, die das Stottern begleiten, zu reduzieren und darüber auch eine Veränderung der Einstellung gegenüber dem Stottern zu erreichen. Ein verändertes Gefühlserleben gegenüber dem Stottern, das Reduzieren von Angst-, Scham- und Frustrationsgefühlen, führt dazu, dass der Stotternde in die Lage versetzt wird, in oder vor Entstehung einer Blockierung sprechmotorisch eingreifen zu können und sie damit entweder von vorn herein zu verhindern oder sie schnell zu Ende zu bringen. Durch sehr unterschiedliche therapeutische Methoden erlernt der Patient in der Desensibilisierungsphase, ohne Panik und mit Gelassenheit eine Blockierung zu erleben, um bei Bedarf sprechmotorisch erfolgreich handeln zu können, etwas was bis dahin in aller Regel von einem unkontrollierbaren Gefühlerleben (Panik, Scham,...) unmöglich gemacht wurde.

In der unmittelbar anschließenden Modifikationsphase erwirbt der Stotternde die Modifikationstechniken, mit denen er seine Blockierungen bearbeitet. Er bekommt ein Mittel an die Hand, dem Kontrollverlust, dem er in den Blockierungen ausgesetzt ist, zu begegnen. Die nach Van Riper ablaufenden Therapien vermitteln Blocklösetechniken, die sowohl prophylaktisch bei Erwartung oder Wahrnehmung einer beginnenden Blockierung wie auch in der Blockierung selbst eingesetzt werden können.

Im Anschluss an die Phase der Blockmodifikation erfolgt die nach Van Riper wichtigste Phase, die Stabilisierungsphase. Sie ist die längste Therapiephase und sie soll sicherstellen, dass sowohl die Desensibilisierungs- als auch die Sprechflüssigkeitserfolge in allen Kommunikationssituationen stabil bleiben. Die Länge dieser Phase ist auch deswegen wichtig, weil Rückfälle in allen Therapieformen ein erwartbares Phänomen sind und therapeutisch auf sie reagiert werden muss.

### *Blocklösetechniken*

In den meisten Nicht-Vermeide-Therapien werden die Blockmodifikationstechniken vermittelt, wie sie von Van Riper entwickelt wurden („Pullout“, vorbereitende Einstellung und Nachbesserung). Es gibt jedoch auch Nicht-Vermeide-Therapien, die bei der Bearbeitung von Blockierungen andere Blocklösetechniken vermitteln. So gibt es Therapeuten, die mit den Patienten „individuelle Blocklösetechniken“ entwickeln. Hierbei wird eine Technik erarbeitet, mit der der Patient durch Veränderung im Atmungs-, Artikulations- oder Stimmgebungsbereich in der Lage ist, Blockierungen zu verhindern oder zu Ende zu bringen.

Andere Therapieansätze wie das amerikanische SSMP (Successful Stuttering Management Program) von Breitenfeldt/Lorenz wählen eine veränderte Abfolge im Erwerb der von Van Riper entwickelten Blocklösetechniken und vermitteln Desensibilisierungstechniken auch für das Sprechen nach der Therapie. Es ist also wie bei den flüssigmachenden Therapien auch bezüglich der Nicht-Vermeide-Therapien eine wichtige Information, welche Blocklösetechniken vermittelt werden, und man sollte sich auch bei diesem Therapieansatz ein Bild davon verschaffen, wie sich

das Sprechen mit diesen Techniken anhört. Allerdings werden diese Techniken nur an den Stellen eingesetzt, bei denen vorher Stottern aufgetreten ist und die Natürlichkeit des übrigen Sprechens bleibt erhalten.

Das Ziel aller Nicht-Vermeide-Therapien ist es, dass auftretendes Stottern nicht mehr als Misserfolg erlebt wird. Es gilt, sich mit dem Stottern offensiv auseinanderzusetzen, auf der Ebene der Verflüssigung des Sprechens und der Ebene der Empfindung des eigenen Selbstwertes.

Nicht-Vermeide- bzw. Stottermodifikations-Therapien werden mittlerweile in Form unterschiedlicher Therapieprogramme angeboten. Sie stellen die Haupttherapieform der Therapeuten in niedergelassenen Praxen dar, sie werden aber auch zahlreich in Gruppen mit mehreren Patienten in Intensivtherapien oder Intervalltherapien durchgeführt.

### Sonstige Therapieformen

Bei den anderen Behandlungs- und Therapieformen, die wir vereinzelt im deutschsprachigen Raum finden, lassen sich sehr unterschiedliche Verfahren ausmachen.

Einen besonderen Stellenwert nehmen hier wohl die psychotherapeutisch orientierten Therapien ein, die entweder keine Sprechtechniken vermitteln oder bei denen Sprechtechniken nur von untergeordneter Wichtigkeit sind.

In den letzten beiden Jahrzehnten haben sich die psychotherapeutischen Verfahren relativ stark aus der Stottertherapie zurückgezogen. Allen voran die Psychoanalyse, mit der im letzten Jahrhundert noch Stottern behandelt wurde. Die Psychoanalyse ist heute in der Therapie des Stotterns im deutschsprachigen Raum nicht mehr nennenswert vertreten. Dies hängt sicher damit zusammen, dass es einen Umschwung in den Hypothesen über die Verursachung von Stottern gegeben hat. Stottern wird immer weniger als eine psychische Störung bzw. als eine durch eine psychische Störung verursachte Sprechstörung gesehen oder definiert. Derzeit wird Stottern stärker als eine neuroorganisch oder multikausal verursachte Störung gesehen.

In Deutschland gibt es eine Tradition der individualpsychologischen Behandlung des Stotterns, die in intensiver Gruppentherapie und vereinzelt auch in Einzeltherapie bei dafür ausgebildeten niedergelassenen Therapeuten durchgeführt wird. Diese Therapierichtung begreift Stottern von der Störung her als eine primär psychisch verursachte Störung („Psychoneurose“). In Folge der Entwicklung zum erwachsenen chronischen Stotternden, so die Theorie, baut ein Kind unbewusste Überzeugungen und Erwartungen bezüglich seiner Sprechstörung auf, die sein Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen. Stottern wird individualpsychologisch als zielgerichtetes Verhalten angesehen, das für das Kind eine positive Funktion hat.

In der Therapie wird das Stottern therapeutisch aufgearbeitet, es soll als Symptom seine Wichtigkeit verlieren und der Patient soll erkennen, dass Stottern beeinflussbar ist und Stottererereignisse nicht „unwillkürlich“ entstehen.

Die positive Veränderung der Sprechweise und ein veränderter Umgang mit dem eigenen Stottern soll mit psychotherapeutischer Arbeit erreicht werden. Es werden dem Patienten auch Sprechhilfen (wobei keine bestimmte Sprechtechnik favorisiert wird) angeboten, sie haben aber nicht die Bedeutung wie in den anderen Therapierichtungen.

In zahlreichen Untersuchungen ist festgestellt worden, dass stotternde Menschen sich außer in ihrem Kommunikationsverhalten und ihrem auf das Sprechen bezogene Selbstbild nicht von Nichtstotternden unterscheiden. Insofern zeigen sich bei ihnen nicht häufiger psychische Störungen oder Erkrankungen als beim Durchschnitt der Bevölkerung. Eine psychotherapeutische Behandlung ist von daher für Stotternde nicht relevant. Die Erfahrungen, die Stotternde mit ihrer Sprechstörung machen, die Reaktionen, die sie von ihrer Umwelt im Laufe ihres Lebens bekommen und die individuelle Veranlagung, damit umzugehen, können in einzelnen Fällen zu sehr großen Gefühlsbelastungen werden. Ängste, Panikgefühle, kommunikativer Rückzug oder

Selbstabwertung können ein Stadium erreichen, in dem es dann angeraten ist, im Zusammenhang mit einer logopädisch-sprachtherapeutischen Behandlung oder unabhängig von ihr, eine psychologische Beratung oder eine Psychotherapie durchzuführen. Auch wenn dies nur für einen sehr geringen Prozentsatz von Stotternden gilt, kann dies empfehlenswert sein und die Erfahrung in der sprachtherapeutischen Praxis zeigt, dass dann eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung einen positiven Einfluss auf den Einsatz von flüssigmachenden oder blocklösenden Techniken hat.

Die medikamentöse Behandlung des Stotterns spielt in den letzten Jahrzehnten keine Rolle mehr. Sie hat sich im wesentlichen beschränkt auf medizinische Studien, die den Effekt bestimmter Medikamente auf das Auftreten von Stottern untersucht haben.

Es finden sich immer wieder auch Behandlungsverfahren, die ohne einen Bezug zu flüssigmachenden oder blocklösenden Sprechtechniken und ohne Bezug zur emotional-psychischen Seite vorgeben, Stottern reduzieren zu können. Am häufigsten unter diesen Verfahren sind Entspannungstechniken (autogenes Training, progressive Muskelentspannung, etc.) oder Körperarbeitstechniken (Tai chi, ...), aber auch Hypnose und Akupunktur sind beim Stottern immer wieder als Behandlungsmethoden zu finden. Als alleinige Methoden, als Standardverfahren, haben diese Behandlungen - wenn überhaupt - nur immer einen kurzfristig verbessernden Effekt. Erfolgreiche Langzeiteffekte im Sinne einer Symptomreduzierung sind mit diesen Verfahren nicht nachgewiesen worden. Somit hat sich als Standardverfahren bei der Behandlung des Stotterns keine dieser nicht sehr verbreiteten Verfahren durchgesetzt. (Einige Therapieprogramme verwenden Methoden aus diesem Bereich in Kombination mit Sprech- und Blocklösetechniken. Entspannungstechniken und Hypnose (fast immer in Form von Autohypnose) werden in manchen Therapien eingesetzt, um die Patienten z.B. gefürchtete Alltagssituationen besser bewältigen zu lassen.

### Kombinierte Therapien

Vor allem in den sprechflüssigkeitsorientierten Therapieprogrammen findet man zunehmend eine Mischung aus Sprechtechnik und zusätzlichen Behandlungsmethoden. Es werden neben der Vermittlung der Technik zum flüssigen Sprechen auch „psychotherapeutische“ Behandlung, Entspannungstechniken, Autohypnose u.a. eingesetzt, um entweder den effektiven Einsatz der Sprechtechnik zu verbessern oder aber dem Stotternden ein sicheres Selbstwertgefühl und eine positive Haltung seinem Stottern gegenüber zu vermitteln. So hat z.B. das Verfahren der „Hausdörfermethode“ den emotionalen Aspekt des Stotterns und den Umgang mit Vermeideverhalten auch zum Gegenstand der Arbeit am Stottern gemacht.

Ein Trend aus der Stotterbehandlung in den USA scheint sich im deutschsprachigen Raum noch nicht auszubreiten: eine beginnende Vermischung der beiden bisher sich entgegenstehenden Richtungen, der Nicht-Vermeide-Therapie und der auf Sprechflüssigkeit ausgerichteten „fluency shaping“ Therapie. Dabei wird neben den Therapieinhalten der Nicht-Vermeide-Therapie auch der Erwerb einer flüssigmachenden Sprechtechnik angeboten.

### **Was kann helfen, sich zielgerichteter für eine Therapieform bzw. eine Therapie zu entscheiden?**

Die Entscheidung, ob man sich für eine Nicht-Vermeide-Therapie mit Stottermodifikation als Sprechziel oder für eine auf Sprechflüssigkeit durch kontrollierende Sprechtechnik abzielende Therapie entscheidet, ist eine grundsätzliche, bei der ein Stotternder auf Grund seiner Wünsche, seiner Haltung und der argumentativen Überzeugungskraft der jeweiligen Therapierichtung ent-

scheiden muss. Diese Entscheidung ist um so leichter zu treffen, je mehr Informationen man von anderen Stotternden, die diese Therapien bereits gemacht haben, bekommen kann. Hier sind Selbsthilfegruppen und die von überregionalen Vereinigungen der Selbsthilfegruppen organisierten Seminare und Landestreffen sicher der bedeutendste Informationsmarkt. Hier besteht auch Gelegenheit, sich das Sprechen mit Sprech- bzw. Blocklösetechniken anzuhören. Darüber hinaus kann man jedoch bestimmte Qualitätsmerkmale einer Therapie überprüfen und eine Einschätzung über ihre Seriosität und Qualität gewinnen. Folgende Gesichtspunkte sind hier wichtig:

#### Therapiedauer

Bietet die Therapie von ihrer Dauer her einen Therapieumfang, in dem die Sprech- oder Blocklösetechniken gut eingeübt werden können?

(In der amerikanischen vergleichende Untersuchung zu Erfolgen verschiedener Therapien wurde herausgefunden, dass diejenigen Therapien erfolgreich waren, die mindestens 100 Therapiestunden und mehr umfassten). Unter Therapeuten gilt immer noch der alte Spruch: *Schnell flüssig – schneller Rückfall*. Es ist enorm wichtig, dass ausreichend Therapiezeit zur Verfügung steht, um sprechmotorische Prozesse zu automatisieren. Ein Kursdauer z.B. von einer Woche ist sicherlich viel zu kurz.

#### In-vivo-Training und Transfer

Sprech- und Blocklösetechniken können im Therapieraum schnell erfolgreich eingeübt werden. Ihr Nutzen zeigt sich allerdings nur in der alltäglichen Kommunikation außerhalb der Therapie. Hier ist es wichtig zu wissen, ob die Therapie die Gelegenheit bietet, diese Techniken auch in ausreichendem Maße in Situationen außerhalb der Therapie bei Anwesenheit der Therapeuten anzuwenden (was als in-vivo-Training bezeichnet wird). Ebenso wichtig ist es, den Transfer dieser Techniken in die wichtigsten Alltagsbereiche (Familie, Freundeskreis, Arbeit und Ausbildung) aktiv therapeutisch zu begleiten, zu unterstützen und zu festigen. Hat die Therapie hierfür ein Programm?

#### Stabilisierung und Nachsorge

Eine Technik erfolgreich zu erlernen, unabhängig davon, ob es sich um Blocklösetechniken oder flüssigmachende Techniken handelt, wird verglichen mit dem Aufwand, ein Musikinstrument (z.B. Gitarre) oder eine Sportart (z.B. Tennis) zu erlernen. Dies bedeutet in der Regel, dass man für ein bis zwei Jahre intensiv üben muss, damit sich eine sichere Automatisierung von Bewegungsabläufen und Bewegungsmustern einstellt. Dies gilt ebenso für sprechmotorische Bewegungsabläufe, wie sie in Stottertherapien eingeübt werden. Auch wenn die Therapie intensiv in wenigen Wochen durchgeführt wird, sollte für diesen längeren Zeitraum eine therapeutische Betreuung in Form von Stabilisierungs- oder Nachsorgeterminen bestehen.

#### Rückfallprogramme

Die Erfahrungen mit Stottertherapien hat gezeigt, dass Rückfälle in allen Therapien vorkommen und bei den meisten Patienten eher die Regel sind. Dies muss nicht einen Misserfolg der Therapie bedeuten. Gerade der positive Umgang mit Rückfällen kann langfristige Therapieerfolge bewirken. Es ist wichtig zu wissen, ob ein Therapieprogramm dem Rechnung trägt und auch Maßnahmen zum Umgang mit Rückfällen vorsieht oder für diese Zeit Unterstützung bietet.

#### **Ein Wort zum Abschluss**

Es gibt nicht die eine Therapie, die bei allen Stotternden Erfolg hat. Aus diesem Grunde ist es schwierig, bestimmte Therapieprogramme zu empfehlen. Jede Therapierichtung behandelt Patienten, mit denen sie Erfolge, aber auch Misserfolge hat. Wenn es einem Patienten in einer The-

rapie nicht gelingt, sein Sprechen erfolgreich zu verbessern, dann kann das verschiedene Gründe haben. Sie können sowohl in der Person des Patienten (z.B. mangelnde Übungszeiten, Enttäuschung und Frustration über das immer noch auffällige Sprechen, Belastung durch andere Einflüsse...) als auch in der Therapie selber (zu wenig Übungsdauer außerhalb des Therapieraums, zu komplizierte Sprechtechnik, schlechter Übungsaufbau, geringe Nachbetreuung,...) liegen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Stotternde nicht selten mehrere Anläufe gebraucht haben, bis sie eine erfolgreiche Therapie gefunden haben. Es lohnt sich also, seinen Glauben an die Wirksamkeit und die Hilfe durch Therapie nicht von nur einem Versuch abhängig zu machen. Dafür gibt es zu viele Therapien, die wissenschaftlich untersucht wurden und von denen nachwiesener konnte, dass sie Stotternden geholfen haben, mit ihrem Sprechen erfolgreicher umzugehen. Eine Warnung nochmals abschließend vor den Therapien, die schnelle und dauerhafte Flüssigkeit versprechen und außer einer Wiederholung des Therapieprogramms keine systematische Hilfe bei der Stabilisierung des Erfolgs geben: Stottertherapie ist arbeitsintensiv, wenn sie erfolgreich sein soll. Aber sie darf es nicht nur vom Patienten her sein, auch das Therapieprogramm muss so gestaltet sein, dass es durch Therapiezeit und Betreuung des Patienten zum Erfolg beiträgt.

### **Literaturhinweise:**

Andrews, G., Guitart B., und Howie P. (1980) Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 45, S. 287-307

Bloodstein, O. (1995) *A Handbook on Stuttering*.

Euler H. A., Wolff von Gudenberg, A. (2000) Die Kasseler Stottertherapie (KST) - Ergebnisse einer computergestützten Biofeedbacktherapie für Erwachsene. *Sprache-Stimme-Gehör* 24, S. 71-79

Renner J. A. (1995) *Erfolg in der Stottertherapie*.

Hartmut Zückner  
Lehrlogopäde, Lehranstalt für Logopädie  
Universitätsklinikum Aachen  
Pauwelstr. 30  
52074 Aachen

**Informationen und Links zum Thema Stottern und  
Informationen zum Therapieangebot *Intensiv-Modifikation Stottern (IMS)*  
finden Sie unter: [www.stottermodifikation.de](http://www.stottermodifikation.de)**