

Das ABC-Modell für die Therapie des chronischen Stotterns nach dem Konfrontationsansatz

Werner Rauschan, Claus Welsch

ZUSAMMENFASSUNG. Das ABC-Modell stellt eine wesentliche Vereinfachung des klassischen Van-Riper-Ansatzes dar. Durch die Beschränkung auf Kernaussagen und die Drei-Säulen-Struktur werden die komplexen Therapieinhalte leichter verständlich und somit besser individuell übertragbar. Erst die direkte Konfrontation mit ihrem Stottern ermöglicht es den jugendlichen oder erwachsenen PatientInnen, trotz ihrer vielfältigen „alten“ Ängste und negativen Erfahrungen für sich selbst aktiv zu werden und große Abschnitte des Therapieweges (mit-)zubestimmen. Die drei Therapiephasen werden theoretisch dargestellt. Beispiele aus der Praxis und Übungen bieten Anregungen für die praktische Umsetzung.

Einführung

Die Therapie des chronischen Stotterns scheint eine Art Königsdisziplin und gleichzeitig ein Sorgenkind in der Logopädie zu sein. Viele Therapieansätze, sehr viele Therapiedurchläufe pro Klient, Therapieresistenztheorien und auch die neuesten Ergebnisse hirnanatomischer Forschung zeigen die Probleme im Umgang mit dem Phänomen Stottern. Daher erscheint uns ein prägnantes und pragmatisches Therapiekonzept notwendig, das für alle Beteiligten schnelle Wirkungen zeigt, ohne sich in der Theorie zu verlieren. Unser Ziel ist es, mit einem Kompakt-Konfrontationskonzept den Therapieprozess zu zünden und in überschaubaren, planbaren Zeitdimensionen Veränderungen im Stottern

Typisches Vermeidensverhalten

- Abwarten vor dem Block und schweigen (innerlich stottern)
- Stop- and Go-Techniken zum Überbrücken des Blocks
- Erhöhung der Redegeschwindigkeit als Kompensationsversuch
- inspiratorisches Sprechen
- Verwendung von Synonymen (Ersatzwörter)
- sprachliche Reaktionen: Füllsel, Umwege, Syntaxänderungen etc.

auszulösen und weiter auszubauen. Hintergrund ist der von Van Riper geprägte Non-Avoidance-Ansatz.

Der Konfrontationsansatz

Stotterer sind in der Regel instinktiv bemüht, ihr Stottern möglichst zu vermeiden (Kasten). Das Motto, nicht dazu zu stehen, sondern es zu umgehen, ist ein menschliches, aber auch fatales Konzept. Durch Konditionierungsprozesse wächst die Angst vor der Angst zu stottern so stark, dass Stotterer oftmals nur noch von dem Gedanken erfüllt sind, wann das nächste Symptom naht bzw. wie sie es vermeiden können. Hieraus erklärt sich, dass dem stotternden Menschen oft kein lockeres, spontanes und offenes Kommunizieren mehr möglich ist. Stotter-Kommunikation wirkt meistens verhalten, verkrampft, defensiv und gehemmt (Körpersprache, Gestik, Mimik etc.). Die Hauptenergie von Stotternern fließt in die Vermeidungsbemühungen von Stottern. Deshalb lautet unser Motto: „Nicht umgehen, sondern dazu stehen“. Momentanes Akzeptieren der Problematik, gepaart mit konsequenter, exakt geplanter und gut strukturierter Aktivität sind wirksame Mittel gegen das Stottern. Van Ripers Begriff des Nicht-Vermeidens erscheint uns zu passiv. Deshalb set-

Werner Rauschan (o.) und Claus Welsch (u.) absolvierten ihre Logopädieausbildung von 1985 bis 1988 in Saarbrücken. Seit 1991 sind Werner Rauschan in Friedrichsthal und Claus Welsch in Saarbrücken in eigenen Praxen selbstständig tätig. Als Seminarleiter im Auftrag der Bundesvereinigung Stotterer Selbsthilfe vertreten sie seit 20 Jahren den Ansatz von Van Riper. Sie führen Weiterbildungen für StottertherapeutInnen durch, leiten Interventionsgruppen (kollegiale Fallberatung) und lehren u.a. in Heidelberg, Mannheim, Stuttgart, Trier, Saarbrücken, Klagenfurt. 1998 gründeten sie IKS – Initiative für konfrontative Stottertherapie – zur Durchführung der Intervalltherapie bei erwachsenen Stotternern. Seit 2006 arbeiten sie mit den führenden StotterexpertInnen Deutschlands am Modellprojekt „Initiative Stottern“ von Pro Voce (www.pro-voce.de).



zen wir an dessen Stelle den Terminus „Konfrontationsansatz“. Zur zielgerichteten Verhaltensveränderung sind positiv formulierte Vorsätze sicherlich erfolgversprechender als negative Zielprojektionen. Stottern ist durch die konfrontative Beschäftigung definitiv veränderbar. Jeder Stotterer hat flüssige Anteile in seinem Sprechen, die wir nicht zu behandeln brauchen. Der Preis, diese flüssigen Anteile durch eine Sprechtechnik (Fluency shaping) zu überlagern, scheint unverhältnismäßig hoch zu sein, zumal das Ergebnis sehr auffällig ist und oftmals Stotterer noch mehr stigmatisiert, als sie es durch ihr eigenes Stottern bereits sind. Daher macht es umso mehr Sinn, die flüssigen Anteile im Sprechen des Stotterers zu belassen und die Stottersymptome zu modifizieren, nachdem sein kommunikatives Selbstbe-

wusstsein stabilisiert ist und Vermeidenstricks reduziert sind.

Unser Hauptziel lautet: *Kommunikation normalisieren und so entspannt, gelassen, aber auch kontrolliert wie möglich zu stottern bzw. zu sprechen.* Kommunikatives Selbstbewusstsein wird mit Stottern gekoppelt, woraus die Möglichkeit entsteht, sich erstmals aktiv der Kernproblematik zu nähern und sich somit emotional vom Stottern zu „distanzieren“. Nach intensiver, strukturierter Konfrontationsarbeit führt diese Herangehensweise leicht zu einer Lösung des Stotterers von seinen „altbewährten“ Verhaltensweisen. Es wird ihm so ermöglicht, sein Stottern zu kontrollieren und aktiv selbst zu gestalten.

Das ABC-Modell

Eine Art Leitfaden durch die komplexe Stottertherapie ist unser ABC-Modell. Durch seine vereinfachende Dreiphasigkeit wird es sowohl für die TherapeutIn als auch für den Patienten sehr schnell möglich, Veränderungen im Verhalten und in der Symptomatik zu bewirken (Abb.):

- ▶ In Phase A – Arbeit am eigenen Stottern – geht es um den Abbau von Vermeidensverhalten. Daraus entwickelt sich Primäres Stottern – wir nennen es „Netto-Stottern“ – und es ergeben sich bereits Formen von offensiverer Kommunikation, die das Selbstbewusstsein des Stotterers stärken.
- ▶ In Phase B – Bewusstes Training – wird durch Wahrnehmungssteigerung und Stottertraining von verschiedensten absichtlichen Stotterformen das Stottern neu konditioniert. Das führt zu ruhigeren, kontrollierten und angstfreien Formen von Stottern. Dieses hierarchische Stottertraining wirkt sehr desensibilisierend und erhöht wie von selbst den „basic fluency level“ (Van Riper).
- ▶ In Phase C – Creatives Gestalten der Restsymptomatik – wird das Sprechen über die erhöhte artikulomotorische Aufmerksamkeit wie auch durch das Erlernen einfacher Drucklösemechanismen weiter „geglättet“.

Über die Säulen-Darstellung des ABC-Modells (Abb.) wird deutlich, dass eine effektive Primärsymptomreduktion nur möglich ist, wenn die Säule C auf den zwei weiteren stabilen, soliden Säulen A und B aufliegt. Säule A hat genauso viel Wertigkeit wie Säule B. Dieser Kontext bzw. diese Ausgangsbasis für erfolgreiche Konfrontationstherapie wird unseres Erachtens allzu oft vernachlässigt. In diesem Konzept halten wir jegliche Form von Fluency-shaping-Techniken für unlogisch und unpassend. Therapieansätze, bei denen Van Ripers Nichtvermeidensansatz mit Sprechtechniken kombiniert wird, stellen nach unserem Verständnis einen Widerspruch in sich dar.

BEISPIEL: Eine 18-jährige Patientin, die sich in Phase C befindet, sagt dem Therapeuten, dass die Blockaden im Alltag nicht gelöst werden können. Hier ist jetzt primär zu klären, ob z.B. die Patientin tatsächlich das Netto-Stottern beherrscht oder ob sich im Laufe der Therapie wieder Vermeidensverhalten eingeschlichen hat. Kann sie in Phase B wirklich kontrolliert absichtlich stot-

tern? Wie oft wird dieses „neue“ Stottern trainiert und in den persönlichen Alltag transferiert? Wird die Blocklösungsstrategie auch simulativ und in hierarchischen Trainingsstrukturen geübt?

Die Kompetenz selbstbewusst, ohne Vermeidung Netto-Stottern zeigend zu stottern, ist die Ausgangsbasis für effektive Veränderungen. Bereits zu diesem Zeitpunkt von Phase A werden erste positive Veränderungen im Kommunikationsverhalten und aber auch in der Symptomatik sichtbar. Wenn dann noch in Phase B ein intensives Stottertraining durchgeführt wird, reduziert sich meist auch noch die Primärsymptomatik in der Intensität und in der Häufigkeit.

Erst nach dieser Phase sollte in C eine Symptomgestaltungskompetenz herausgearbeitet werden, wobei die Spannungswahrnehmung und Spannungsreduktion eine wichtige Rolle spielen. Auch in diesem Kontext ist das absichtliche Produzieren von Überspannungen inklusive ihrer effektiven Spannungslosungen ein probates Mittel, um Lösungen zu bewirken. Es gibt in unserem Konzept kei-

■ **Abb.: ABC-Modell der Stottertherapie: Die Säulen A und B sind die Grundlage für C, die individuelle Gestaltung des Stotterns**



ne Nachbesserungsphase und auch kein klassisches Pull-outen.

BEISPIEL: Für den 14-jährigen schwerststotternden Schüler Philipp (teilweise stumme Blockaden von bis zu 10 Minuten!) ist es ein riesiger Therapieerfolg, überhaupt zu kommunizieren, auch wenn die Blocks in Phase A immer noch einige Sekunden lang dauern. Er hat verstanden, dass Stottern besonders gut mit Stottern zu bekämpfen ist. Das Wort „Akzeptanz von Stottern“ wird in seiner Therapie gegen den Terminus „passagere Toleranz“ von Stottern ausgetauscht. Er erkennt, dass er eigentlich gar nicht stottert, sondern mit allen Kräften immer wieder in Blockaden hineingeht und sofort wieder herausgeht (wir nennen das bei ihm „Schaukeln“). Diese, wie er es bezeichnet, Feigheit vor dem Stottern, wird als aufrechterhaltendes Verhalten analysiert und bewertet. Deshalb ist jede durchgehaltene Blockierung ein Erfolgserlebnis, was vom Therapeuten nochmals deutlich verstärkt wird. Dieses Netto-Stottern führt jetzt erstmalig in seinem Leben zu einem Gefühl von wirklicher Kommunikation. Diese Kontexte werden auch von der Umwelt ähnlich wahrgenommen und bestärkend rückgemeldet, sodass eine Verflüssigung und eine für ihn und seine Gesprächspartner viel entspanntere Kommunikation mit redeflüssigen Anteilen kombiniert mit Blockaden resultiert.

Das folgende Stottertraining in Phase B wurde eingeführt mit klar festgelegtem Anlautstottern, das in seiner Rhythmik und Frequenz täglich variiert wurde. Hiermit sollte die Vermeidensgefahr reduziert werden, da es allzu oft vorkommt, dass das „Pseudostottern“ (Van Riper) als „neues“ Vermeiden eingesetzt wird. Dieser Kontext muss in der Stottertherapie beiden Seiten vollkommen klar sein, damit effektiv weiter trainiert werden kann.

Philipp lernte alle Arten von Aktivstottern kennen und merkte, dass er sie souverän, kontrolliert, spielerisch einsetzen konnte. Dieses „Machen“ von Stottern erzeugt „Macht“. Er setzte diese verschiedenen Aktivstotter-Versionen hierarchisch gestaffelt in seinem privaten wie auch schulischen Alltag ein und schaffte sich dadurch immer besser funktionierende Kommunikationssituationen.

In diesen progressiven Phasen war es immer wieder wichtig, zwischen den Therapiephasen A und B zu wechseln; Philipp sollte also immer wieder Tage ohne B verbringen und sich im Netto-Stottern üben, um die

Entstehung von Angst und deren Vermeidung im Keim zu ersticken. Nach ca. 25 Therapieeinheiten im Laufe von 14 Monaten erlernte Philipp dann noch als differenzierteste Aktivstotter-Version die absichtliche Primärsymptomproduktion, deren Wahrnehmung und ihre Spannungsreduktion. Nach einer Trainingsphase konnte er diese Blocklösungen souverän simulieren und in seinen persönlichen Alltag transferieren, bis ihm die ersten „echten“ Blocklösungen gelangen. Den Genuss, hilflose Blocks „cool“ zu lösen, gönnte sich Philipp in vielen Situationen, so dass einer Automatisierung des „neuen Umgangs“ nichts mehr im Wege stand. Nach 35 Therapieeinheiten innerhalb von zwei Jahren kann diese Konfrontationstherapie nun ruhen. Philipp hat gelernt, mithilfe des ABC sich selbst zu helfen. In den meisten Sprechkontakten redet er ganz fließend, in hektischen Situationen zeigt er noch ein bis zwei Sekunden dauernde Blocks pro ein bis zwei Sätze mit oder ohne aktiven Blocklösungen. Fazit: Philipp kann allen kommunikativen Anforderungen selbstbewusst begegnen. Er hat in „harter Konfrontation“ einen Umgang mit seinem Stottern gefunden.

Beispiele und Übungen aus dem Praxisalltag

In den folgenden Abschnitten werden die drei Phasen in Stichworten mit praktischen Beispielen und Instruktionen aus dem Therapiealltag erläutert.

Phase A: Abbau von Vermeidensstrategien

Hauptziel von Phase A ist der Abbau von Vermeidensstrategien: das „Netto-Stottern“! Dafür sollten ca. 8-10 Therapieeinheiten veranschlagt werden; individuell kann dieser Zeitraum evtl. deutlich variieren.

- Befunderhebung, Anamnese, Videoaufnahme 1, Überblick Konzeptdarlegung, Bedeutung der Eigenverantwortung, Zielsetzung der gemeinsamen Arbeit
- Theorie des ABC-Modells
- Nicht Vermeiden, Hierarchie; Einhebeln ins Training der Aktivität, z.B. Bedeutung des Blickkontakts, Einschätzung des eigenen Blickkontaktes; Bedeutung von Veränderung des „alten“ Verhaltens; Erlernen eines „neuen“ Verhaltens; Rollenwechsel!
- Videoanalyse des individuellen Stotterns; Analyse der Primär- bzw. Sekundärsympto-

matik; Wahrnehmung und direkter Abbau der Sekundärsymptomatik.

► *Instruktionsbeispiele:* 10 Menschen ansprechen/anstottern mit verändertem Verhalten, z.B. mit Blickkontakt! Liste führen mit detaillierter Beschreibung der Situation, der Trainingspartner und deren kommunikativer Reaktionen.

Ab hier ist bereits die Integration in eine „moderne Selbsthilfegruppe“ sinnvoll!

► Trainieren von Nicht-Vermeiden in hierarchisch gestuften Situationen. Wichtig ist direkte, gezielte Verstärkung; Lernen am Modell: Therapeut stottert als Vorbild mit Blickkontakt in der entsprechenden Übungssequenz.

► Videoaufnahme 2 mit verändertem Verhalten mit Analyse der Aufnahme direkt im Anschluss!

► Wahrnehmung und Abbau weiterer Sekundärsymptome wie sprachliche Vermeidungen; Zwischen-Thematisierung der Funktionen von Vermeiden (z.B. Aufrechterhaltungsprinzip); Erarbeiten der letzten Vermeidensverhaltensweisen und auch hier Wahrnehmungsverstärkung, Eingriff in Reflexverhalten; Substitution durch neues, autonomes konstruktives Verhalten

► Videoaufnahme 3 von Netto-Stottern (ohne „schützende Verpackung“)! Analyse; Wirkung des neuen Verhalten; kommunikative Wirkung; weitere Zielprojektionen

Übungsbeispiele für Phase A in Hierarchie:

- Blickkontakt mit der TherapeutIn beim Benennen einzelner Bildkarten
- Blickkontakt mit der TherapeutIn beim Benennen eines Satzes mit einer Bildkarte
- Blickkontakt mit der TherapeutIn beim Benennen zweier Wörter (Bildkarten) im Satz
- Assoziative Wortfindungsübungen
- Schnell auf einen Begriff sprachlich reagieren – interpretierend, antonym, synonym ...
- Anhand von fünf Bildkarten frei erfundene Bildergeschichte erzählen
- Bildergeschichten, z.B. Vater und Sohn
- Beschreibung von Handlungszusammenhängen, z.B. Kaffee kochen, Wäsche waschen etc.
- Beschreibung größerer Kontexte
- Freier Dialog

BEISPIEL: Eugen kommt als 18-jähriger Patient vom Psychologen direkt zu uns, da in der Psychotherapie keine Kommunikation möglich war. Eugen entschied sich

nämlich im Laufe seiner „Stotterkarriere“ für Schweigen und Abwarten, anstatt seine Wörter tonisch und entstellt hinauszupressen. Nach der Konzeptdarlegung lauteten die ersten Instruktionen, den Blickkontakt beim Stottern zu halten und den Block „nicht in sich hineinzufressen“, sondern durch die Blockierung hindurchzugehen. Bereits in der fünften Therapieeinheit gelang es Eugen, offensiv zu stottern bzw. auch flüssig zu sprechen; ab jetzt scheint der Knoten geplatzt!

Phase B: Erlernen von selbstgestaltetem angstfreiem Stottern

In Phase B soll absichtliches Stottern trainiert werden. Dieses Aktivstottern sollte mit Ruhe, mit Kontrolle und mit positivem Gefühl praktiziert und dadurch auch die Wahrnehmungsfähigkeit verbessert werden. Der Zeitbedarf umfasst ca. 8 bis 10 Therapieeinheiten.

► Theoretische Einführung; *sechs Formen von Aktivstottern* müssen erarbeitet werden und von dem Patienten und der TherapeutIn ausgeführt werden:

- *Version 1*: Lautwiederholungen (versch. Positionen)
- *Version 2*: Anlautprolongationen/Dehnungen
- *Version 3*: Artikulatorische Lautausgangstellung einnehmen – Druck still aufbauen mit einer Länge von 1-3 Sekunden
- *Version 4*: Tonisches Muster ohne Mitbewegungen 1-3 Sekunden
- *Version 5*: Tonusregulation (Druckaufbau – Lösung)
- *Version 6*: Imitation der eigenen Symptomatik

► *Videoaufnahme 4*, wobei die TherapeutIn mittels einer Strichliste die Häufigkeit von Aktivem Stottern – Netto-Stottern – Reflex-Stottern mit (persistierendem) Vermeidensverhalten kontrolliert.

► *Übung Phonemtraining zur Wahrnehmungssteigerung*: Hier werden in sogenannter „Anlauttreue“ alle Phoneme in Anlautposition in verschiedenen Versionen von B isoliert gestottert, danach als Anlaut unterschiedlicher Wörter.

► *Übung Flüstersprache*: „reine“ Artikulationsbewegungen, hierbei sollen die flüssigen Artikulationsbewegungen „empfunden“ werden, um die „fehlerhaften“ gestotterten Be-

wegungsmuster im Anschluss daran noch besser spüren zu können.

- *Ziel*: Wahrnehmungssteigerung in Richtung korrekte Artikulationsbewegungen beim aktiven Stottern sowie „intuitive“ Veränderungen im Primärsymptombereich.
- *Version 5* wird nun die wichtigste Aktivstotterart; hier soll die optimale Reaktion auf Blockierungen trainiert werden.
- *Videoaufnahme 5 von Version 5*: Wichtig hierbei ist die Stärkung der Kontrollfähigkeit, zum Beispiel beim Lesen eines Textes und schließlich beim freien Sprechen bzw. Stottern! (Hierarchie).

Übungsbeispiele (siehe auch Phase A):

- Variation des Aktivstotterns in der Anlautwiederholungshäufigkeit; z.B. 5 mal oder 2 mal etc.
- Leseübungen mit wechselnden Wiederholungsmustern; durch Wechsel soll der Einsatz als Vermeidensverhalten verhindert werden!
- Beispiele zur Erarbeitung der Stresskompatibilität: Reden/Stottern mit Zuhörerverlust, mit Unterbrechungen, mit Störschall, mit „Ins-Wort-fallen“, mit Zeitdruck, am Telefon (angerufen werden, selbst anrufen); Diskussionen führen;

Überzeugungsreden; Streitgespräche führen; Vorträge halten; Rollenspiele mit Alltagstransfer; In-vivo-Training.

BEISPIEL: Eugen trainiert vor allem Version 1 bis 3 und erreicht nach 10 Therapieeinheiten innerhalb eines halben Jahres die Kompetenz, in sein Netto-Stottern und flüssiges Sprechen abwechselnd Extrastottern in verschiedenen Versionen einzubauen. Seine Kommunikationsfähigkeit, die vorher kaum existierte, ermöglicht es ihm endlich, am kommunikativen Alltag teilzunehmen. Zitat Eugen: „Durch mein Schweigen habe ich mir die Chance genommen zu stottern und aber auch flüssig zu sprechen“. Man beachte in diesem Zusammenhang den Wortgebrauch „Chance ... zu stottern“; Stottern scheint neu konditioniert zu sein. Resultat: Aktives Stottern, flüssiges Sprechen und Netto-Stottern wechseln sich ganz natürlich klingend ab.

Phase C: Konstruktives Eingreifen in echte Symptome

Ziel der Phase C ist ein ruhiges, konzentriertes und kontrolliertes Lösen echter Primärsymptomatik sowie das Kennenlernen der zuständigen Wahrnehmungskanäle (auditiver Lösungsansatz, propriozeptiver Lösungsansatz). Diese Phase sollte ca. 10 Therapieeinheiten umfassen.

► „Monitoring“: Aussprechen einzelner Wörter mit paralleler visueller Überwachung (Kamera direkt an Fernseher anschließen/Ton aus/Stotterer beobachtet sich „live“ im Fernseher; Aussprechen einzelner Wörter mit paralleler auditiver Überwachung (Mikrofon direkt an einen Verstärker mit Lautsprecher anschließen, StottererIn hört sich stottern/sprechen!); Blocklösung mit deutlichen Lösungswegen in hierarchisch abgestuften Situationen

► Blocklösungstraining in „natürlicher“ Weise; Blocks früh identifizieren und schnelle Intervention im Druckreduzierungsbereich! Beginnend im niedrigen Stresskompatibilitätsniveau (Hierarchie!); Integration der Blocklösungsbereitschaft sowie des dazugehörigen „Know-hows“ in stressintensiveren Situationen (z.B. Telefontraining) bis hin zur Spontankommunikation.

► Am Ende von Phase B bzw. zu Beginn der Phase C muss es in der Regel zu einer quantitativen und auch qualitativen Symptomreduktion gekommen sein – Verifizierung und

Offenlegung gegenüber dem Patienten; (Objektivierung – Videovergleiche – Dokumentation).

► Videoaufnahme 6. Erneuter Kurzbesuch zur Objektivierung des Status quo; Erfassen des evtl. verbliebenen Vermeidensverhaltens, der Primärsymptomatik ohne versuchte Druckreduktion, der Aktivstottereinheiten und der erfolgreichen Blocklösungen. Weiterhin Analyse des „neuen“ Kommunikationsverhaltens. Anschließend gemeinsame Analyse der Videoaufnahme!

BEISPIEL: Eugen lernte in Phase C sehr schnell auf seine „echten“, reflexhaften und tonischen Blockierungen zu reagieren. Er lokalisierte die Verkrampfungen und löste diese dann souverän auf. In der sicheren Therapiesituation gelangen diese Blocklösungen fast immer. Im Alltag galt es diese neu erlernte Verhaltensweise hierarchisch zu trainieren und zu stabilisieren. Zitat Eugen: „Ich fühle mich nach der Therapie wie ein Blinder, der wieder sehen gelernt hat.“

Die ambulante Therapie umfasst bis zu diesem Zeitpunkt ca. 25 Therapieeinheiten. Der Therapiezeitraum kann individuell differenziert und variiert zwischen sechs und zwölf Monaten liegen.

Fazit

Nach 20 Jahren therapeutischer Erfahrung mit Einzel- und Gruppentherapie, Workshops und Seminaren für Betroffene und Therapeuten sind wir der festen Überzeugung, dass Stottern eine gut behandelbare Sprechstörung ist, wenn die an dem Therapieprozess involvierten Menschen einem klaren Leitfadens folgen. Mit Hilfe der dargestellten Vorgehensweise gelingt es Stotternern immer wieder, ihr Sprechproblem ganz zu lösen und ohne das Bewusstsein „Ich bin und bleibe Stotterer“ alle Kommunikationssituationen zu meistern. Bei anderen verbleibt eine Restsymptomatik, die im Gespräch wenig auffällt. Nicht der Grad der Sprechflüssigkeit ist dabei unser vorrangiges Ziel, sondern den Betroffenen die Fähigkeit zu vermitteln, ihre Alltagskommunikation in den Griff zu bekommen, d.h. die gewünschte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Literaturhinweise

- Benecken, J. (1993). *Wenn die Grazie misslingt. Zur psychosozialen Situation stotternder Menschen*. Regensburg: Roderer (1996 gekürzte und überarbeitete Ausgabe im Demosthenes-Verlag, Köln)
- Dell, C. (1994). *Therapie für des stotternde Schulkind*. Köln: Demosthenes
- Fiedler, P. & Standop, R. (1994). *Stottern: Ätiologie, Diagnose, Behandlung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU
- Fraser, M. (1998). *Selbsttherapie für Stotterer* (2. Aufl.). Köln: Demosthenes
- Hennen, E. (1989). *Entmachtung des Stotterns*. Köln: Demosthenes
- Natke, U. (2000). *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber
- Neumann, K., Euler, H.A., Wolff von Gudenberg, A., Giraud, A.-L., Lanfermann, H., Gall, V. & Preibisch, Ch. (2003). The nature and treatment of stuttering as revealed by fMRI. A within- and between-group comparison. *J Fluency Disorders* 28, 381-410
- Schindler, A. (1998). *Stottern erfolgreich bewältigen*. Augsburg: Midena
- Van Riper, Ch. (2002). *Die Behandlung des Stotterns* (4. Aufl.). Köln: Demosthenes
- Van Riper, Ch. (1982). *The nature of stuttering* (2. Aufl.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Wendland, W. (1975). *Die Resozialisierung des erwachsenen Stotterns*. Berlin: Marhold

Der dbI veranstaltet am 13./14. Juni in Erfurt gemeinsam mit den Autoren eine Fortbildung zum Thema des vorliegenden Beitrags.

Autoren

IKS Initiative für konfrontative Stottertherapie
stottern@web.de
www.iks.info

Werner Rauschan
Logopädische Praxis
Heinitzer Str. 1
66299 Friedrichsthal

Claus Welsch
Logopädische Praxis
Kaiserslauterer Str. 58
66123 Saarbrücken

Welchen Stellenwert hat die Stotterer-Selbsthilfe?



50 Prozent Therapie + 50 Prozent Selbsthilfe = Doppelter Erfolg

Berthold Wauligmann

Referent der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V. (BVSS) für Gruppenselbsthilfe

Einen erwachsenen Stotternden erfolgreich therapieren zu wollen, bedeutet nicht, ihn heilen zu müssen. Entscheidendes Kriterium für den Therapieerfolg ist es, seine Lebenssituation so weit wie möglich zu verbessern. Dazu kann die Stotterer-Selbsthilfe genauso viel beitragen wie die Therapie selbst:

- Wenn Stotternde den Mut haben, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, brauchen sie nur noch hinzugehen. Die Teilnahme ist kostenlos. Es kann also gleich losgehen!
- Stotternde sollen „Experten in eigener Sache“ werden. Daher ist es sinnvoll, sich mit den Büchern und Videofilmen der Stotterer-Selbsthilfe auseinanderzusetzen.
- Mit der Stotterer-Selbsthilfegruppe steht Stotternden ein Experten-Team zur Seite, das über jahrzehntelange eigene Erfahrungen mit dem Stottern verfügt.
- Einzeltherapie ist sehr intensiv. Die Klienten können aber noch intensiver an sich und ihrem Stottern arbeiten, wenn sie gleichzeitig eine Stotterer-Selbsthilfegruppe besuchen.
- Neue Sprech- und Verhaltensweisen sind schwer in den Alltag zu übertragen. Da ist es sinnvoll, einen Zwischenschritt im „Schonraum Selbsthilfegruppe“ einzubauen.
- Stottern hat oft etwas mit fehlender Lockerheit zu tun. Lockerer werden Stotternde auch durch die Selbsthilfegruppe, weil sie sich dort wohler fühlen als in anderen Gruppen.
- Die Selbsthilfegruppe ist für viele ein „Freundeskreis stotternder Menschen“. Ein wichtiger Schritt aus der Isolation ...
- In-vivo-Übungen sind für den Therapieerfolg von großer Bedeutung. Da ist es gut, wenn man Partner in der Selbsthilfegruppe hat, mit denen man üben kann.
- Motivation und Zuversicht sind für den Therapieerfolg sehr wichtig! In der Selbsthilfegruppe gibt es viele Gelegenheiten, Erfolgserlebnisse zu sammeln.
- Je mutiger Stotternde werden, desto größere Herausforderungen suchen sie! Da bietet die Stotterer-Selbsthilfe viele Möglichkeiten...
- Wenn die Therapie endet, besteht die Gefahr, dass Erreichtes wieder alten Gewohnheiten zum Opfer fällt. Hier ist die Selbsthilfegruppe eine wichtige Brücke zwischen Therapie und alleiniger Selbsthilfe und kann den Therapieerfolg stabilisieren.

Ich wünsche mir, dass allen Stottertherapeuten bewusst wird, dass der Therapieerfolg durch die Zusammenarbeit mit der Stotterer-Selbsthilfe verdoppelt werden kann! Jeder Stotternde, der seine Lebenssituation verbessern möchte, soll die bestmögliche Unterstützung erhalten!

Therapieerfolg gelingt nur mit 100 Prozent Therapie



Claus Welsch

Stottertherapeut in Saarbrücken, vertritt den dbl in einer QM-Projektgruppe mit der BVSS

Bis 2006 konnten wir im Saarland von Seiten der Stotterer-Selbsthilfe Saar keine wirksame Unterstützung im therapeutischen Prozess erwarten. Seit es „Pro Voce“ gibt, hat sich das schlagartig geändert.

Stottern wurde über die betroffene Elternschaft und deren Sprachrohr „Pro Voce“ öffentlich bekannt, wodurch sich weitere Betroffene und deren Angehörige in der neuen saarländischen Stotterer-Selbsthilfe zusammenschlossen. Es bildeten sich neue Vorstände und es wurden auch neue Ideen entwickelt.

Für uns TherapeutInnen erscheint als vorrangiges Ziel der Stotterer-Selbsthilfe, die Betroffenen zeitlich begrenzt zu begleiten. Nach individuell sehr unterschiedlicher Zeit sollten sie keine Therapie und auch Selbsthilfe mehr benötigen. So sehen wir den optimalen Verlauf einer therapiebegleitenden, modernen Selbsthilfeorganisation. Auch nur so können wir die Funktion der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) bewerten. Kompetente Therapie kann im Trainingsbereich durch die Selbsthilfegruppe unterstützt werden – Selbsthilfe hat aber niemals den Charakter von Therapie.

Herrn Wauligmanns erfrischende und motivierende Sichtweise möchten wir durchaus bestärken – moderne Selbsthilfe ist ebenso wichtig wie Therapie.

Wir haben uns seit 20 Jahren auf die Behandlung von chronischen Stotterern spezialisiert und behandeln pro Woche ca. 15 bis 20 Patienten. Mindestens 80 Prozent von ihnen sind bisher ohne Selbsthilfe ausgekommen. Möge sich dieser Zustand dahingehend ändern, dass mehr PatientInnen in der Stotterer-Selbsthilfe einen Übungspool unter Gleichgesinnten finden, wo sie ihre neu erlernten Verhaltensweisen trainieren können. Des Weiteren wird es sicherlich immer PatientInnen geben, die ihr Sprechproblem ohne Organisation selbst in die Hand nehmen wollen. Beide Lösungswege sollten in der „modernen“ Stottertherapie möglich sein.

Das Motto von Berthold Wauligmann möchten wir daher modifizieren: Nur mit 100 Prozent Therapie gelingt ein Therapieerfolg! Selbsthilfe sollte diesen Erfolg 100-prozentig unterstützen. Deshalb ist es dem dbl ein großes Anliegen, die therapeutische Versorgungssituation im Fachgebiet Stottern zu optimieren und die Qualitätsstandards der logopädischen Stottertherapie in Zusammenarbeit mit der BVSS neu zu definieren.

www.bvss.de, www.pro-voce.de, www.iks.info