

4.3 Therapiekonzepte

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die verschiedenen Therapierichtungen gegeben, die exemplarisch jeweils anhand eines Konzeptes vorgestellt werden.

Wenn deren Wirksamkeit bekannt ist, sind die Evidenzlevel ebenso angegeben wie die Voraussetzungen und möglichen Hindernisse bei der Anwendung.

4.3.1 Operante Verfahren



Operante Verfahren nennt man den Einsatz von Techniken der Lern- und Verhaltenstherapie, in denen über positive und negative Verstärkung erwünschtes Verhalten belohnt und unerwünschtes Verhalten entweder ignoriert oder bestraft wird.

Verhaltenstherapie Verhaltenstherapie basiert auf der Annahme, dass ein Organismus die bisherige Reaktion auf einen Stimulus (Reiz) durch eine andere Reaktion ersetzen kann und damit veränderungsfähig ist. Verhaltenstherapeutische Ansätze sind in der Erziehung und Therapie von Kindern weit verbreitet (Petermann 1993, Linden/Hautzinger 2015).

In der Stottertherapie haben verhaltenstherapeutische Prinzipien schon seit den 1940er Jahren einen festen Platz. Im Konzept der sogenannten *Iowa-School* wurde bereits in den 1940er Jahren angenommen, dass Stottern durch die Furcht vor dem Stottern verstärkt werde. In der logischen Konsequenz führten Bryngleson, Johnson und Van Riper das Konzept des freiwilligen Stotterns (auch „Pseudostottern“) ein (Van Riper 1971, 1973). Das Ziel dieses Therapieelements war (und ist) es, durch die Übung des absichtlichen Stotterns in der Therapie und im Alltag die Furcht vor dem Stotterereignis abzubauen und dadurch den Teufelskreis aus ungünstigen Begleitsymptomen, Vermeidungsverhalten und negativen Gefühlen zu durchbrechen.

Brutten/Shoemaker (1967) gehörten zu den Vertretern des klassischen Konditionierens, die über den Angstabbau eine Reduktion der Stottersymptome erreichen wollten. In Israel hatten Flanagan et al. (1958) schon zuvor begonnen, Stottern durch den Einsatz von aversiven Stimuli (Strafen) zu behandeln und z. B. durch Elektroschocks zu bestrafen und flüssig gesprochene Anteile zu belohnen. Van Riper (1992) berichtet anekdotisch, dass es in seinem Institut den Versuch gegeben habe, flüssiges Sprechen in einem Experiment bei erwachsenen Stotternden dadurch zu belohnen, dass sie die Hilfskraft küssen durften, eine Versuchsanordnung, die heute wohl von keiner Ethikkommission mehr gebilligt werden würde.

operante Verfahren In der Kindertherapie wurden streng operante Verfahren bis in die Mitte der 1990er Jahre häufig publiziert, dann wurden zunehmend auch Elemente aus anderen therapeutischen Bereichen eingesetzt. In den USA, einem Land, das für seinen Pragmatismus bekannt ist, werden nach wie vor rein operante Therapien angeboten, z. B. am Zentrum der Misacordia University in Pennsylvania, die auf dem Weltkongress der ifa (International Fluency Association) 2015 in Lissa-

bon operante Therapien mit vier- und fünfjährigen Kindern in drei Variationen vorstellte:

- Im Therapieraum und während täglicher zehnminütiger Übungseinheiten erhalten die Kinder eine Belohnung (Token), die sie am Ende der Übungseinheit in Aufkleber eintauschen können. Den Token erhalten sie nur, wenn sie eine Frage flüssig beantwortet haben. Stottern wird ignoriert.
- Im Therapieraum und während täglicher zehnminütiger Übungseinheiten erhalten die Kinder eine Belohnung (Token), wenn sie eine Frage flüssig beantwortet haben, die sie am Ende der Übungseinheit in Aufkleber eintauschen können. Sie bekommen einen Token wieder abgenommen, wenn sie stottern.
- Wie zuvor wird flüssiges Sprechen belohnt und Stottern bestraft, der Therapeut modelliert verändertes Sprechen durch eine verlangsamte Sprechgeschwindigkeit (Tellis et al. 2015).

Bei der Lidcombe-Therapie handelt es sich um ein operantes Therapieverfahren für zwei- bis siebenjährige Kinder. **Lidcombe**

Lidcombe ist der Stadtteil von Sidney, in dem die Arbeitsgruppe um Marc Onslow dieses Therapiekonzept seit den 1980er Jahren entwickelt und evaluiert. Eine ausgezeichnete deutschsprachige Beschreibung des Programms findet sich bei Lattermann (2010).

Das Programm gliedert sich in zwei Phasen. In Phase 1 finden wöchentliche Termine statt, in denen ein Elternteil angeleitet wird, in täglichen Übungssituationen verlässliche positive Rückmeldungen zu flüssigen Äußerungen zu geben. Die Übungen werden streng nach linguistischen Kriterien kontrolliert und durchlaufen eine Hierarchie von Einwortäußerungen bis hin zur gelenkten Spontansprache. Die Therapiesitzungen dienen der Elternanleitung um sicherzustellen, dass flüssige Äußerungen als solche erkannt und in der Übungssituation ohne Ausnahme durch eine positive Rückmeldung verstärkt werden. Lattermann, eine der offiziellen Referentinnen für das Programm, gibt zudem an, dass es im deutschsprachigen Raum, in dem eine Lobkultur herrscht, die sich deutlich von der australischer oder nordamerikanischer Eltern unterscheidet, wichtig ist, Eltern so anzuleiten, dass das Lob natürlich klingt (bvss 2014). Außerdem lernen die begleitenden Eltern, die Stotterereignisse ihres Kindes zu identifizieren und die Stärke des Stotterns in Tagesprotokollen durch Zahlenwerte zu dokumentieren. Im Verlauf der Therapie wird das linguistische Niveau in den Übungssituationen kontinuierlich gesteigert. Die Eltern lernen in einem zweiten Schritt, auftretende Stotterereignisse in der Übungssituation zu kommentieren und das Kind aufzufordern, das Wort (oder die Äußerung) zu wiederholen. An dieser Stelle ist es wichtig, dass die Eltern verstehen, dass diese Aufforderung keinen bestrafenden Charakter hat, sondern dem Kind die Gelegenheit geben soll, beim zweiten Anlauf für dieses Wort (oder diese Äußerung) doch noch gelobt zu werden. Entsprechend verhaltenstherapeutischer Grundsätze wird Stottern auch deutlich seltener kommentiert, als flüssiges Sprechen gelobt. Wenn das Kind in der Therapie auf immer höherem Niveau seine Sprechflüssigkeit aufrechterhalten kann und im **Phase 1**

Alltag eine Reduktion der Stottereignisse zu beobachten ist, lernen die Eltern, die Rückmeldungen auch in Alltagssituationen einzusetzen.



Rückmeldungen:

- „Prima, das hast du ganz flüssig gesagt.“
- „Klasse, da habe ich gar kein Stottern gehört.“
- „Toll, das war überhaupt nicht holprig.“
- „Das Wort kam ganz glatt raus.“

Phase 2 In Phase 2 des Lidcombe-Programms werden dem Kind zwölf Monate lang Rückmeldungen in Alltagssituationen gegeben und die Anzahl der Rückmeldungen dadurch reguliert, wie flüssig das Sprechen im Alltag gelingt. Strukturierte Übungssituationen sind nicht mehr vorgesehen. Phase 2 wird nur begonnen, wenn das Kind insgesamt bereits recht flüssig spricht. Falls die Sprechflüssigkeit sich verschlechtert, ist eine Wiederaufnahme des Programms wie in Phase 1 angeraten. In Phase 2 werden die Zeitabstände zwischen den Therapiesitzungen bei erfolgreichem flüssigem Sprechen sukzessive erweitert.

Das Lidcombe-Programm hat klare Kriterien, wann die Therapie abgebrochen werden soll. Dies ist der Fall, wenn die Durchführung der täglichen Übungseinheiten in Phase 1 nicht gewährleistet ist oder wenn das Kind in Phase 1 keine Steigerung der Sprechflüssigkeit im Alltag verzeichnet. Das Konzept sieht Wiedervorstellungen mit der Möglichkeit von Auffrischungstherapien vor, wenn die Stottereignisse wieder zunehmen.

Online-Formate In Australien wird das Programm auch im Online-Format über Skype-Konferenzen angeboten. Eine Internet-Version, bei der Eltern sich selbstständig ohne therapeutische Begleitung die Therapieinhalte erarbeiten, befindet sich in der Entwicklung.

Prinzipien Zu keinem Zeitpunkt der Therapie werden die Kinder aufgefordert, ihr Sprechen in einer bestimmten Art und Weise zu verändern.

Die Übungen müssen altersangemessen sein und die Übungszeit soll vom Kind nicht als lästige Hausaufgabe empfunden werden. Die Therapeutin spricht offen über das Stottern und informiert die Eltern über die möglichen Verläufe und die Vorgehensweise in der Therapie.

Therapieangebot Die Lidcombe-Therapie soll nur von Therapeuten angeboten werden, die selbst eine zertifizierte Lidcombe-Fortbildung besucht haben. Diese werden im deutschsprachigen Raum von vier Therapeuten durchgeführt, die zum Lidcombe-Konsortium gehören und unter dessen Supervision stehen. Dadurch soll gewährleistet werden, dass ein gesichertes Qualitätsniveau in den Therapien herrscht und die Techniken des operanten Konditionierens bekannt sind. Es werden regelmäßig Supervisionen für Therapeuten angeboten. Auf der offiziellen deutschen Lidcombe-Homepage sind alle in Deutschland arbeitenden Therapeuten angegeben (<http://www.lidcombe.de/>, 27.01.2017).

Evidenzen Durch Studien in verschiedenen Sprachen (eine davon in Deutsch (Lattermann et al. 2008)) ist Lidcombe das Programm mit der höchsten Evidenz für Vorschulkinder. Für Drei- bis Sechsjährige konnte für die englischsprachige Gruppe eine höhere Rate an Kindern mit überdauernder Sprechflüssigkeit ermittelt werden,

als durch spontane Remission zu erwarten gewesen wäre. Konsequenterweise erhielt das Programm für die Therapiekonzepte mit bekannten externen Evidenzen den höchsten Empfehlungsgrad in der Leitlinie Stottern (Neumann et al. 2016). Wenn das Kind sich responsiv auf die Behandlung zeigt, sind alle drei Komponenten flüssigen Sprechens (Kap. 4.2.1) gegeben. Bislang ist unklar, wie die Therapie wirkt.

Wirkungsweise

Aus dem P&A-Modell (Kap. 4.2.1) kann abgeleitet werden, dass durch die schrittweise Erhöhung des linguistischen Niveaus die Triggerfaktoren abgeschwächt werden und durch das konsequente Üben und das Lob die Modulatoren positiv beeinflusst werden.

4.3.2 Konzepte zur Modifikation des Stotterns

Konzepte zur Modifikation des Stotterns haben eine lange Tradition und sind eng mit dem Namen Charles Van Riper verbunden.

Van Riper

Van Riper (1971, 1973, 1982; in deutscher Übersetzung: Van Riper 2006) hat als Pionier und einer der ersten Professoren für Logopädie in den USA ein Standardwerk zum Verständnis und zur Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer geschrieben. Sein Schüler Carl Dell adaptierte das Konzept für die Arbeit mit Schulkindern (Dell 1993, 2001). Van Riper, der selbst stotterte und in seinem Leben eine Vielzahl von Therapieversuchen unternahm, postulierte, dass die Bearbeitung der auftretenden Stottererereignisse die wirkungsvollste Methode sei, um

- möglichst energie- und zeitökonomisch die gestotterte Silbe zu beenden und damit
- jederzeit als kompetenter Sprecher ohne störende Begleitsymptome auftreten zu können.
- Durch die konsequente Bearbeitung der Stottererereignisse erwartete Van Riper zudem
- eine deutliche Reduktion der auftretenden Stottererereignisse im Alltag und dadurch
- eine Minderung der Beeinträchtigung an Alltagsaktivitäten – was mit einer Verbesserung der Lebensqualität gleichzusetzen ist.

Die Modifikationstherapie nach Van Riper gliedert sich in vier Abschnitte.

Therapiephasen

- **Desensibilisierung:** In der ersten Phase erhalten der Betroffene und seine Umgebung Informationen über das Stottern. Die Störung wird entmystifiziert und das absichtliche lockere Stottern wird eingeführt. Das Ziel dieser Phase besteht u. a. darin, auf einer artikulationsmotorischen Ebene die Erfahrung zu machen, dass die als unangenehm empfundenen Stottererereignisse „in den Mund“ genommen werden können und es möglich ist, sie willentlich zu manipulieren und ohne unnatürliche Kraftanstrengung zu beenden. Die Angst vor dem Stottererereignis wird durch extensives Üben des Pseudo-

stotterns auch in Alltagssituationen abgebaut. Diese therapeutische Technik wird – wie die Therapiephase selbst – Desensibilisieren genannt und kommt aus der Verhaltenstherapie. Ein unangenehmer (auch: aversiver) Stimulus wird abgeschwächt und der Reiz selbst oder die Konsequenz darauf wird so verändert, dass es möglich ist, ihn auszuhalten, ohne dabei in die üblichen, oft unbewusst ablaufenden Verhaltensmuster zu verfallen. Hinsichtlich des Stotterns sind das ungünstige Coping-Strategien, die als Begleitsymptome offensichtlich werden können (Sandrieser/Schneider 2015) und ein Gefühl des Kontrollverlustes während eines Stotterereignisses bewirken können. Die Desensibilisierung setzt ein kleinschrittiges hierarchisches Vorgehen voraus. Neben den Stotterereignissen selbst kann es auch nötig sein, gegen das Thema Stottern, gegen Reaktionen der Umwelt auf das Stottern, gegen den Zeitverlust im Stotterereignis oder gegen das Gefühl anders zu sein, zu desensibilisieren (Sandrieser/Schneider 2016).

- **Identifikation, Modifikation, Stabilisierung:** Die Phase der *Identifikation* ist davon geprägt, eigene Stotterereignisse wahrzunehmen und dient als Vorbereitung für die Phase der *Modifikation*, in der eine Technik vermittelt wird, mit der es gelingen soll, im Stotterereignis die Kontrolle über das Sprechen zurückzugewinnen und die betroffene Silbe mit einer geführten Artikulationsbewegung zu realisieren. Bei Van Riper wird diese Technik Pull-out genannt – man zieht sich sozusagen aus dem Stotterereignis heraus. Konkret bedeutet das, dass man lernt

1. ein Stotterereignis so schnell wie möglich zu identifizieren,
2. den Sprechversuch aufzugeben und
3. die erhöhte Spannung (meistens auf Glottisebene) abzubauen.

Wenn die Spannung so weit reduziert werden konnte, dass die Kontrolle über die Phonation zurückerlangt wurde, wird die betroffene Silbe nicht wie gewohnt realisiert, sondern die Technik des Pull-out eingesetzt. Dabei wird/werden – sofern das phonetisch möglich ist – der oder die Konsonanten vor dem Vokal gedehnt und der Vokal selbst, also der Nukleus der Silbe, mit einer deutlich verlangsamten Mundöffnung artikuliert. Die nachfolgenden Silben werden in normaler Geschwindigkeit gesprochen (Zückner 2014). In der vierten Phase, der *Stabilisierung* oder Generalisierung werden die erarbeiteten Therapieinhalte in den Alltag übertragen. Das erfolgt durch konsequente In-vivo-Übungen, die entsprechend einer individuellen Angsthierarchie vom Leichten zum immer Schwereren erarbeitet werden.



Mögliche Angsthierarchie eines achtjährigen Schülers:

1. Sprechen mit einer Person aus der Familie,
2. Sprechen mit einer vertrauten Person außerhalb der Familie,
3. Telefonieren mit einem der Großeltern,
4. ein Eis selbst bestellen,
5. mit mehreren Kindern in der Pause sprechen,