

Artikel erschienen in:

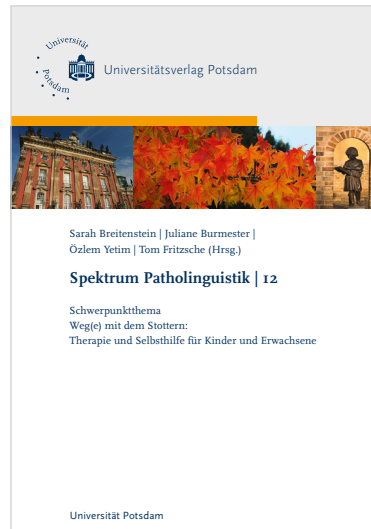
Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.)

Spektrum Patholinguistik Band 12. Schwerpunktthema: Weg(e) mit dem Stottern: Therapie und Selbsthilfe für Kinder und Erwachsene

2020 – viii, 257 S.

ISBN 978-3-86956-479-1

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-43700>



Empfohlene Zitation:

Kristina Anders: Die Kasseler Stottertherapie, In: Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.): Spektrum Patholinguistik 12, Potsdam, Universitätsverlag Potsdam, 2020, S. 13–24.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-46947>

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert: Namensnennung 4.0. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Die Kasseler Stottertherapie: Präsenztherapie und Onlinetherapie für Jugendliche und Erwachsene

Kristina Anders

Kasseler Stottertherapie, Bad Emstal

1 Einführung

Das Institut der Kasseler Stottertherapie (KST) wurde 1999 von Dr. Alexander Wolff von Gudenberg gegründet. Der selbstbetroffene Facharzt für Allgemeinmedizin mit dem Schwerpunkt Stimm- und Sprachstörungen hatte jahrelang erfolglos zahlreiche Therapien hinter sich gebracht.

Das Behandlungskonzept der KST ist ein Gruppenangebot bestehend aus einem 14-tägigen Intensivkurs und einer 10-monatigen Nachsorgephase mit zwei 3-tägigen Auffrischkursen sowie 15 teletherapeutischen Sitzungen à 90 Minuten. Es wurde in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt, so dass heutzutage die Sprechstrukturierung mit Elementen der Desensibilisierung (Euler, Anders, Merkel & Wolff von Gudenberg, 2016) ergänzt wird.

1.1 Standorte und Kursanzahl der KST

Die KST hat ihren Hauptstandort in Bad Emstal bei Kassel. Mehrmals im Jahr werden auch Intensivkurse in Berlin und in Hattingen (Ruhrgebiet) angeboten. Im Bereich der Jugendlichen- und Erwachsenentherapie finden jährlich ca. 20 Intensivkurse statt, wobei davon derzeit 5–10% der KlientInnen Onlinekurse wählen. Im Team der KST arbeiten überwiegend LogopädInnen, Klinische LinguistInnen, Klinische SprechwissenschaftlerInnen, Atem-, Sprech- und StimmlehrerInnen und PatholinguistInnen.

1.2 Von der Präsenztherapie zur Onlinetherapie

20 Jahre Therapieerfahrung mit Gruppen erlaubten es im Jahr 2011 das Wagnis einzugehen, einen der drei Auffrischkurse (Refresher) durch 15 teletherapeutische Sitzungen à 90 Minuten (vier KlientInnen, ein/e TherapeutIn) zu ersetzen. Eine entsprechende Evaluationsstudie von Euler (2016) zeigte keine signifikanten Unterschiede im Behandlungserfolg (mehr Informationen unter Kapitel 4). 2012 wurde aufgrund einer individuellen Anfrage eines stotternden Klienten aus Kuwait das Konzept der KST vollständig online durchgeführt. Dies war sozusagen der erste Meilenstein für das folgende Therapieprojekt mit der Techniker Krankenkasse im Jahr 2014: eine reine online Gruppentherapie für stotternde Jugendliche und Erwachsene ganz ohne Präsenzanteile.

2 Methode und Inhalte

2.1 Sprechrestrukturierung

Der Begriff Fluency Shaping wurde in der aktuellen S3 Leitlinie (Neumann et al. 2016) durch die Bezeichnung Sprechrestrukturierung ersetzt. Die ursprüngliche Fluency Shaping Idee das Sprechen in jeder Situation umzuformen, um Stottern vollständig zu vermeiden, wird nicht mehr verfolgt. Es geht vielmehr darum, über weiche Stimmeinsätze, Silben- und Wortbindungen, Atempausen und Temporeduktion das Sprechen dauerhaft flüssiger zu machen, mehr Sprechkontrolle zu erlangen und ein bewusstes Sprechmuster zu entwickeln. Stottern darf weiterhin auftreten, kann durch den Sprechrestrukturierungsansatz aber bearbeitet werden. Eine Heilung des Stotterns ist damit nicht möglich.

2.2 Weitere Therapiebausteine

Das Erlernen eines veränderten Sprechmusters wird durch Körper-, Atem-, Stimm-, Artikulations- und Entspannungsübungen unterstützt und die eigene Körperwahrnehmung geschult. Das Therapiekonzept ist computergestützt (vgl. Kap. 2.3). Intensive Sprechübungen und Rollenspiele mit steigender Sprechanforderung werden in Ton- und Videoaufnahmen zur Analyse festgehalten und dienen als Vorbereitung auf den eigenen Sprechalltag. Die hörbare Anwendung der Sprechweise wird in einem umfangreichen In-Vivo Training gefestigt. Hierzu gehören Stadt- und Telefontransfers mit Fremden, Vorträge, Diskussionsrunden, Vorlesen, aber auch Telefonate ins eigene persönliche Umfeld. Letzteres ist besonders wichtig, um auch das Umfeld der KlientInnen auf die gelernte Sprechweise vorzubereiten und das Stottern zu enttabuisieren. In zahlreichen Gesprächsrunden zum Thema Stottern und Sprechweise, Sprechängsten und Vermeideverhalten werden die KlientInnen für einen offenen Umgang desensibilisiert (Euler et al., 2016). In den Auffrischkursen nach der Intensivtherapie werden Erfahrungen aus dem Alltag aufgearbeitet und mögliche Handlungsstrategien besprochen.

2.3 Die Biofeedback Software flunaticWeb

Ein wesentlicher Bestandteil, um das weiche gebundene Sprechmuster zu erlernen, ist die Biofeedback Software flunaticWeb (Nachfolger von flunatic, Euler, Wolff von Gudenberg, Jung & Neumann, 2009), welche von der KST entwickelt wurde. Die Software gibt ein detailliertes Feedback zur Qualität der weichen Stimmeinsätze, Bindungen, Pausensetzung und Sprechtempo. Die KlientInnen trainieren die verschiedenen Lautgruppen auf Laut-, Silben-, Wort- und Satzebene. Ein Belohnungssystem ergänzt das Feedback und steigert die Übungsmotivation. Darüber hinaus besteht ein Compliance Vertrag mit der Krankenkasse. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten

für die Software, sofern die KlientInnen regelmäßig und ausreichend damit üben. Abbildung 1 zeigt die Stimmkurve mit dem Feedback für weiche Einsätze und Wortbindungen.

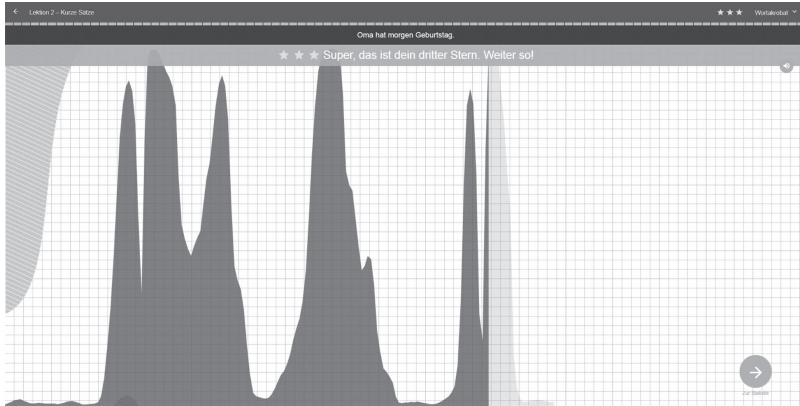


Abbildung 1. Die Biofeedback Software flunaticWeb

2.4 Die Therapieplattform freach

Zur Durchführung der reinen Onlinetherapie, wie auch für die teletherapeutischen Sitzungen in der Nachsorge, entwickelte die KST eine Therapieplattform namens freach (www.freachonline.com). Hierüber können KlientInnen in Einzel- und Gruppensitzungen betreut werden. Die Plattform ermöglicht es unter anderem, Audio- und Videoaufnahmen zu machen und diese sofort synchron zu Auswertungszwecken wieder abzuspielen. Des Weiteren können Präsentationen mit Therapieinhalten über verschiedene Moderationstools bearbeitet werden und Therapiematerialien und Termine verwaltet und organisiert werden.

3 Therapieaufbau und Teilnahmevoraussetzungen

Sowohl die Präsenz- als auch die Onlinetherapie der KST erstreckt sich über einen Zeitraum von ca. 10 Monaten. Innerhalb der Präsenztherapie arbeiten zwei TherapeutInnen mit acht KlientInnen. Dieses Betreuungsverhältnis von 1:4 ist auch in der Onlinetherapie gegeben. Für beide Therapieformen ist die Teilnahme an einem Informationstag in Bad Emstal notwendig. Hier nehmen die potentiellen KlientInnen an einem Arzt- und Therapeutengespräch zur Abklärung von Therapieeignung, Stottersymptomatik, Leidensdruck und Therapiemotivation teil. Sie lernen das Konzept der KST kennen und erhalten die notwendigen Informationen zur Präsenz- und Onlinetherapie. Erst im Anschluss daran können sie sich für eine Behandlung innerhalb der KST entscheiden, und der Kostenantrag bei der Krankenkasse kann gestellt werden.

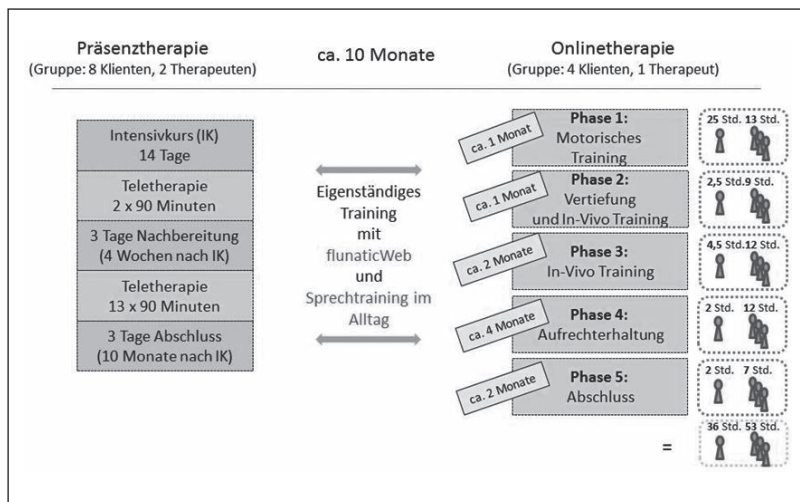


Abbildung 2. Vergleich Aufbau von Präsenz- und Onlinetherapie

Die Präsenztherapie besteht aus einem 14-tägigen Intensivkurs mit 11 Stunden Therapie am Tag. Darauf folgen über den Zeitraum von 10 Monaten zwei dreitägige Auffrischkurse (nach 4 Wochen und

nach 10 Monaten) sowie 15 teletherapeutische Sitzungen mit jeweils 90 Minuten im Abstand von zwei bis drei Wochen. Die reine Onlinetherapie umfasst Einzel- und Gruppentherapiebehandlungen. Vor allem im ersten Monat liegt der Schwerpunkt auf 1:1 Therapiestunden, um mit allen KlientInnen einen ähnlichen Lernstand zu erreichen und individuelle Therapie- und Lernziele zu berücksichtigen. Im Verlauf der Therapie verlagert sich der Schwerpunkt von der Einzeltherapie zur Gruppentherapie (vgl. Abb. 2).

4 Evaluationsstudie Onlinetherapie vs. Präsenztherapie

4.1 Durchführung

Um die Therapieerfolge der reinen Onlinetherapie zu belegen und festzustellen, ob diese vergleichbar mit der Präsenztherapie ist, wurden subjektive und objektive Sprechdaten über verschiedene Zeitpunkte erhoben. Die Gruppe der Onlinetherapie bestand aus 59 Klienten (42 männliche, 17 weibliche) im Alter von 13–55 Jahren. Die TeilnehmerInnen der Präsenztherapie (N = 215) waren im Alter von 13–64 Jahren (168 männliche, 47 weibliche Personen). Die TeilnehmerInnen der Online Therapie waren numerisch im Mittelwert 5.4 Jahre älter. Trotz des statistisch signifikanten Altersunterschiedes hatte dies aber keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg.

Für die objektiven Sprechdaten wurde die Sprechflüssigkeit in Form von gestotterten Silben (%SS) in verschiedenen Sprechsituationen (Gespräch, Telefonat, Vorlesen, Passanteninterview bzw. passives Telefonat) ermittelt. Die Sprechdaten wurden vor Therapiebeginn, nach Intensivtherapie und 12 Monate nach der letzten therapeutischen Intervention erhoben. Um Vermeideverhalten, Sprechängste und die subjektive Wahrnehmung des Stotterns zu messen, wurde die OASES Fragebogenbatterie (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering, Yaruss & Quesal, 2008) genutzt.

Diese misst Veränderungen auf der kognitiv psychologischen Ebene, erfasst soziale Beeinträchtigungen und den Umgang mit Stottern im Alltag.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Ergebnisse objektive Sprechdaten

Es zeigte sich eine hochsignifikante Reduktion des gestotterten Silbenanteils von vor der Therapie zum Zeitpunkt 12 Monate nach letzter therapeutischer Intervention in beiden Gruppen. Bei den Onlineklienten reduzierte sich der Mittelwert von $M = 8.07$ auf $M = 2.57$ und war damit signifikant ($p < .001$, $d = 0.72$). In der Präsenzgruppe wurden Mittelwerte von $M = 9.97$ zu $M = 2.58$ ($p < .001$, $d = 0.80$) gemessen. Der Vergleich zwischen beiden Gruppen war nicht signifikant (vgl. Abb. 3).

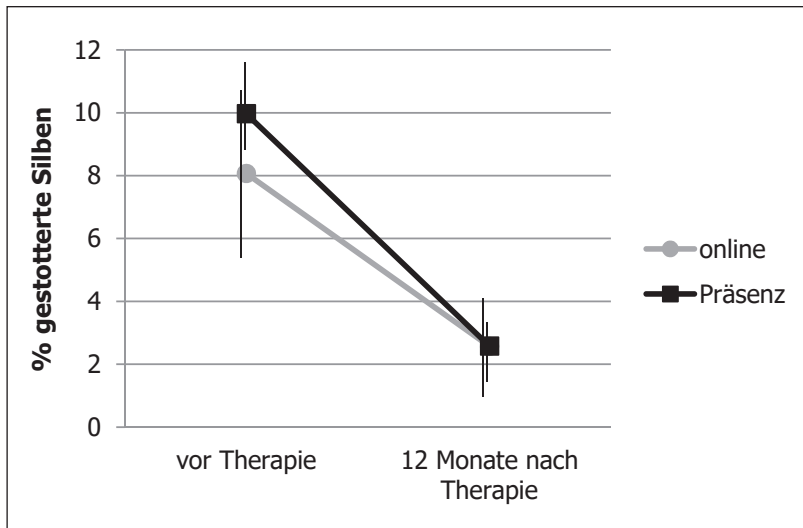


Abbildung 3. Ergebnisse objektive Sprechdaten

4.2.2 Ergebnisse subjektive Sprechdaten

Die Ergebnisse der OASES Fragebögen waren ebenfalls im Vergleich zu vor der Therapie und 12 Monate nach dem letzten Behandlungszeitpunkt signifikant ($p < .001$). Auch hier gab es zwischen beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied. Bei den KlientInnen der Onlinegruppe reduzierten sich die Mittelwerte der OASES Scores von $M = 2.94$ auf $M = 2.20$, während die PräsenzklientInnen ihre Werte von $M = 3.07$ zu $M = 2.18$ veränderten. Für beide Gruppen ergaben sich starke Effektstärken von $d = 1.54$ (online) und $d = 1.72$ (Präsenz) (vgl. Abb. 4).

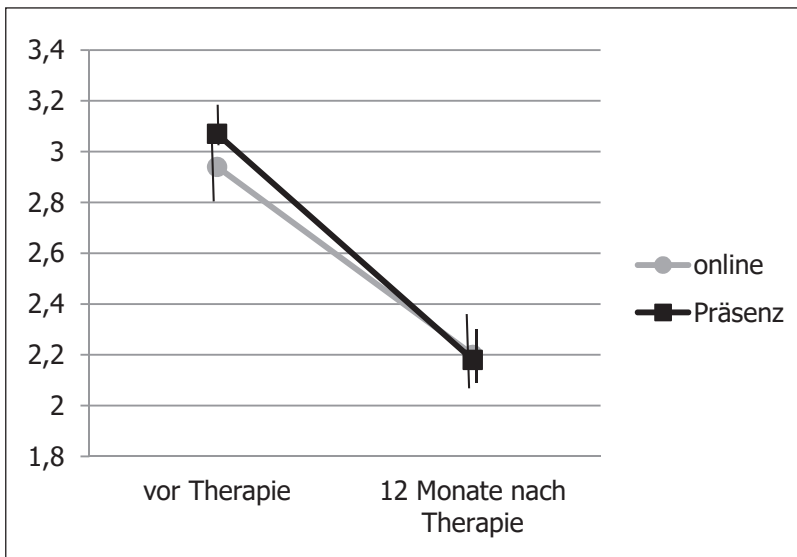


Abbildung 4. Ergebnisse subjektive Sprechdaten (OASES Score)

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie zeigen, dass es im Hinblick auf die subjektiven und objektiven Sprechdaten keine signifikanten Unterschiede gibt. Beide Ansätze scheinen also gleichermaßen Erfolg bringend zu sein. Kritisch muss angemerkt werden, dass die StudienteilnehmerInnen nicht zufällig zur einen oder anderen Gruppe hinzugefügt wurden, sondern nach eigenem Wunsch, Vorlieben und organisatorischen Gesichtspunkten sich für die Präsenz- oder Onlinetherapie entschieden. Therapeutisch war das jedoch ein wichtiges Kriterium, da nicht jede Klientin oder jeder Klient für eine Onlinetherapie geeignet ist. Für andere KlientInnen wäre eine Onlinetherapie aufgrund fehlender oder schlechter Internetverbindung oder sehr unregelmäßigen Arbeitszeiten nicht einzurichten gewesen. Hindernisse für eine Präsenztherapie können zum Beispiel eingeschränkte finanzielle Mittel sein, die es nicht erlauben, Fahrt- und Unterbringungskosten zu bezahlen. Eine zufällige Zuordnung zu den Versuchsgruppen ist damit nur schwer umsetzbar und therapeutisch nicht sinnvoll.

5 Für und Wider der Onlinetherapie

Während in anderen Regionen auf der Welt, wie zum Beispiel Australien (vgl. Camperdown Programm, Metten, 2012), Onlinetherapie schon seit vielen Jahren angeboten wird (aufgrund anderer Infrastruktur), ist die Therapeutenwelt in Deutschland oftmals noch kritisch gegenüber dieser Behandlungsweise eingestellt. Und auch KlientInnen wählen häufig noch den herkömmlichen Weg. Mit Sicherheit ist auch nicht jede Klientin oder jeder Klient für eine Onlinetherapie geeignet. KlientIn und TherapeutIn sollten die Vor- und Nachteile beider Darreichungsformen deshalb im Vorfeld sorgfältig prüfen, um eine individuell passende Entscheidung zu treffen. Erhebliche Vorteile für KlientInnen liegen ganz klar im Kostenbereich. Der Eigenanteil, welcher bei einer Präsenztherapie in Form von Fahrt- und Vollpen-

sionskosten anfällt, muss bei der Onlinetherapie nicht geleistet werden. Ebenso fallen lange Reisezeiten weg. Ein therapeutischer Vorteil ist die alltagsnahe Therapie. Dadurch, dass die KlientInnen über den gesamten Therapiezeitraum in ihrem gewohnten Umfeld bleiben, können Alltagserfahrungen sehr zeitnah aufgearbeitet werden. Über das Therapiejahr besteht ein hochfrequenter Kontakt zwischen TherapeutInnen und KlientInnen.

Kritisch hinterfragt wird oftmals das TherapeutInnen-KlientInnen-Verhältnis. Hier stellt sich die Frage, inwiefern hier überhaupt eine vertraute Beziehung für die therapeutische Arbeit aufgebaut werden kann, wenn man ausschließlich online arbeitet. Die Erfahrung zeigt, dass das durchaus möglich ist. Sicher ist es anders als in der Präsenztherapie, aber durch das intensive Arbeiten (bis zu 6 Stunden täglich) in der 1:1 Situation zu Beginn der Therapie, stellt sich auch hier schnell ein Vertrauensverhältnis ein. Ähnliches gilt auch in den Gruppensitzungen. Die Gruppendynamik unterscheidet sich durchaus von einer Präsenztherapie, da vor allem Small Talk Situationen und andere zwischenmenschliche Begegnungen in der Kaffeepause oder nach Therapieabschluss wegfallen. Welchen Einfluss diese auf den therapeutischen Fortschritt haben, ist auch für die Präsenztherapie nicht näher belegt. Im Verlauf des Therapiejahres stellt sich in der Regel auch zwischen den KlientInnen ein freundschaftliches, vertrautes Verhältnis ein, da die Gruppe in der gleichen Zusammenstellung sehr regelmäßig aufeinandertrifft.

Wie bei jedem Therapieansatz gilt auch für die Online Therapie, dass sie nicht für alle Kliententypen gleichermaßen gut geeignet ist. Im Vergleich zur Präsenztherapie wird von den KlientInnen ein noch selbstständigeres Mitwirken und Erarbeiten von Therapieinhalten verlangt. KlientInnen mit großer Eigenmotivation und Selbstdisziplin fällt diese Therapieform deshalb leichter als anderen. Im Grunde lässt sich eine Onlinetherapie gut mit einem Fernstudium vergleichen. Manchen KlientInnen fällt es einfach leichter, wenn sie vor allem in der ersten Zeit Teil einer Gruppe sind, die vor Ort gemeinsam alle Schritte geht. Anderen kommt das selbständige und zeiteffektive Ar-

beiten entgegen und sie legen keinen Wert auf gemeinsame Kaffeepausen zwischendurch.

6 Zusammenfassung

Die Frage, ob eine Klientin oder ein Klient eine Therapie vor Ort oder online machen sollte, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Diese Faktoren müssen im Vorfeld gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten ausführlich besprochen werden. Die Therapieeffektivität ist laut der objektiven und subjektiven Datenerhebung für beide Ansätze gleichermaßen gegeben. Online Therapie sollte als Erweiterung der Patientenversorgung angesehen werden und nicht als Ablöse oder Ersatz für eine Präsenztherapie. Sie bietet stotternden KlientInnen, die keine finanziellen Mittel oder zeitlichen Ressourcen haben, um an einer Intensivtherapie vor Ort teilzunehmen, die Möglichkeit von spezialisierten StottertherapeutInnen behandelt zu werden. Für viele KlientInnen ist eine Präsenztherapie auch familiär oder beruflich bedingt nicht möglich. Anstatt die Entwicklungen im telemedizinischen Bereich zu verteufeln, sollten sie besser als Chance angesehen werden; die Chance KlientInnen zu erreichen, die vorher nicht die Möglichkeit einer Therapieteilnahme gehabt hätten, immer unter der Voraussetzung, dass die Klientin oder der Klient die notwendigen Anforderungen für eine online Therapie erfüllt.

7 Literatur

Euler, H., Anders, K., Merkel, A. & Wolff von Gudenberg, A. (2016). Mindert eine globale Sprechrestrukturierung wie die Kasseler Stottertherapie (KST) stotterbegleitende negative Emotionen? *Logos*, 24(2), 84–94.

- Euler, H. (2016). *Die Wirkung teletherapeutischer Stotterbehandlung im Vergleich zu herkömmlicher Präsenztherapie. Eine Interventionsstudie*. Zugriff am 06.08.2019: <https://www.kasseler-stottertherapie.de/wp-content/uploads/2017/03/Interventionsstudie-Präsenz-vs.-Teletherapie.pdf>
- Euler, H., Wolff von Gudenberg, A. Jung, K. & Neumann, K., (2009). Computergestützte Therapie bei Redeflussstörungen: Die langfristige Wirksamkeit der Kasseler Stottertherapie (KST). *Sprache – Stimme – Gehör*, 33, 193–202.
- Metten, C. (2012). Das Camperdown Programm – Eine Möglichkeit der Therapie von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen. *Forum Logopädie*, 2(26), 12–15.
- Neumann, K., Euler, H., Bosshardt, H.G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G.* (Hrsg: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie) (2016). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie*, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1, 2016; Zugriff am 10.12.2018: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html> * im Auftrag der Leitliniengruppe.
- Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2008). *OASES. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.

Kontakt

Kristina Anders

Kristina.anders@kasseler-stottertherapie.de