

## Artikel erschienen in:

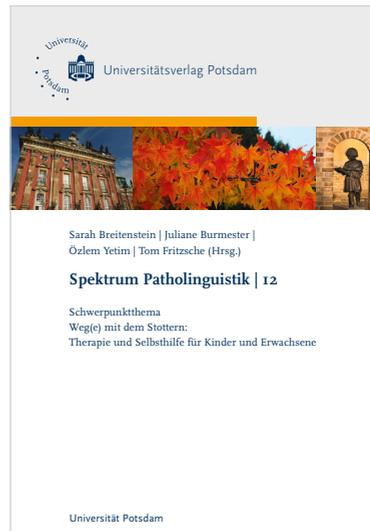
*Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.)*

### **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:

Kiraten Richardt | Holger Prüß: Bonner Stotterherapie, In: Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.): Spektrum Patholinguistik 12, Potsdam, Universitätsverlag Potsdam, 2020, S. 61–78.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-46949>

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>



## **Bonner Stottertherapie: Umsetzung und Evaluation eines Kombinationsansatzes**

*Kirsten Richardt & Holger Prüß*

Bonner Stottertherapie, LVR-Klinik Bonn

### **1 Die Bonner Stottertherapie als Kombinationsansatz**

Von den in Deutschland bekannten und angewandten Methoden konnten durch eine Studie von Euler, Lange, Schroeder und Neumann (2014) zur Wirksamkeit von Stottertherapien nur die Therapieansätze Stottermodifikation und Fluency Shaping als wirksam nachgewiesen werden. Jedoch ist es im Vorfeld meist nicht möglich zu sagen, welche stotternde Person von welchem Ansatz mehr profitiert bzw. welche Person eine Kombination beider Ansätze für einen optimalen Behandlungserfolg benötigt. Gleichzeitig steht außer Frage, dass Stottern sich als zutiefst individuell und komplex erweist und es nicht die *eine* Therapie des Stotterns gibt.

Und doch wird in der Therapie stotternder Jugendlicher und Erwachsener in Deutschland – anders als im angloamerikanischen Raum – überwiegend entweder die eine oder die andere Methode vermittelt. Dies widerspricht einer zu Recht immer wieder geforderten patienten- und ressourcenorientierten sowie einer durch Methodenvielfalt gekennzeichneten Vorgehensweise, wie sie innerhalb aller möglichen medizinisch-therapeutischen Bereiche durch die Integration verschiedener Behandlungsätze bei komplexen Störungsbildern inzwischen selbstverständlich ist.

Beide Ansätze – Stottermodifikation und Fluency Shaping – haben zweifelsohne ihre Vor- und Nachteile, wobei die Nachteile des einen Ansatzes jedoch durch die Vorteile des anderen Ansatzes weitgehend aufgehoben werden. So ist es möglich, dass durch Interventionen des Stottermodifikationsansatzes sehr deutliche Erfolge in psychosozialer Hinsicht erreicht werden und PatientInnen ihre stotterstpe-

zifischen Ängste und Vermeidungen stark bis vollständig reduzieren können. Auch das Erlernen einer Modifikationstechnik, mit deren Hilfe Kontrolle über einzelne Stotterereignisse möglich ist, ist ein bedeutsamer Fortschritt gegenüber generellem Kontrollverlust und ständigem unkontrollierten Stottern. Trotzdem wird der sprachliche Erfolg als unbefriedigend empfunden, wenn beispielsweise eine so hohe Anzahl an Stotterereignissen vorliegt, dass das fortwährende Einsetzen der Modifikationstechnik sich nicht als alltagstauglich erweist. Das bedeutet, dass Stottermodifikation u. a. da ihre Grenzen findet, wo bei einem Betroffenen eine zu hohe Häufung an Stotterereignissen vorliegt.

Auch Fluency Shaping hat Nachteile. Aber genau diesen Punkt betreffend hat Fluency Shaping seinen entscheidenden Vorteil: nämlich durch Veränderung des gesamten Sprechens dem Stottern möglichst wenig Angriffsfläche zu bieten und ein hohes Maß an Kontrolle und Flüssigkeit im Sprechen zu ermöglichen.

Die an den klassischen Fluency Shaping Ansätzen nachvollziehbarerweise kritisierten Punkte sind:

1. mangelhafte Desensibilisierung,
2. unnatürliche Sprechweise,
3. Notwendigkeit ständiger Sprechkontrolle,
4. kaum individuelles Vorgehen.

Diese Punkte gelten nicht, wenn ihnen diesbezüglich im Gesamtkonzept Rechnung getragen wird – und zwar hinsichtlich

1. einer umfassenden Desensibilisierung vor, während und auch nach der Fluency Shaping Phase,
2. eines individuellen Höchstmaßes an Sprechnatürlichkeit,
3. der Fluency Shaping Technik als *eine* (Sprech-)Option und
4. im Sinne eines sehr individuellen Zuganges.

Für uns in der Bonner Stottertherapie steht außer Frage, dass Stottermodifikation die Grundlage der Therapie ist, bei der sich bei entsprechender Indikation Fluency Shaping Techniken ergänzend

anschließen sollten. Deswegen überlegen wir am Ende der Stottermodifikationsphase gemeinsam mit jeder einzelnen Patientin oder jedem einzelnen Patienten, ob das Erlernen der Fluency Shaping Technik eine sinnvolle Ergänzung sein kann oder nicht indiziert sein dürfte.

Bei der Frage, ob Fluency Shaping zusätzlich erlernt werden sollte, spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Neben einer hohen Stotterrate können höhere kommunikative Anforderungen, zum Beispiel im beruflichen Rahmen, ein Argument für das Erlernen von Fluency Shaping Techniken darstellen. Außerdem gibt es weitere individuelle Zielsetzungen die für eine Ergänzung durch Fluency Shaping sprechen.

Fluency Shaping Techniken sind eher komplex und anspruchsvoll. Das betrifft das Erlernen, den Transfer und die Erhaltung der Verfügbarkeit. Dafür sind Selbstwahrnehmung, Reflexionsfähigkeit, Eigenkontrolle und weitere Merkmale in hohem Maße gefordert. Eine entsprechende therapeutische und eigentherapeutische Intensität ist daher unabdingbar.

Einer der zentralen Vorteile eines Kombinationsansatzes besteht darin, dass den PatientInnen nach der Therapie viele Optionen zur Verfügung stehen (Prüß & Richardt 2014). Die Verfügbarkeit von Fluency Shaping, Stottermodifikation und selbstbewusstem Stottern ermöglicht individuell

- eine primäre Entscheidung oder eine Schwerpunktsetzung für einen dieser Zugänge,
- vielfältige Kombinationsmöglichkeiten innerhalb dieser drei „Sprechformen“ und
- einen phasen-, situations- und personenspezifischen Wechsel zwischen den unterschiedlichen „Sprechweisen“.

So kann es beispielsweise für eine stotternde Patientin oder einen stotternden Patienten zielführend sein, bei höheren Sprechanforderungen (z. B. Kommunikation in der Schule und mit Fremden) überwiegend in Fluency Shaping Techniken zu sprechen, im Familien- und

Freundeskreis jedoch auf Modifikationstechniken und/oder selbstbewusstes Stottern zurückzugreifen – andere Betroffene würden sich entsprechend andere individuelle Formen des Wechsels und der Schwerpunktsetzung erarbeiten. Im Rahmen unserer Nachbehandlungen finden sich daher oft ganz unterschiedliche Sprechweisen und Wege.

Der vorgestellte Kombinationsansatz bietet auch bei speziellen Problemkonstellationen und Störungsbildern, wie beispielsweise erworbenem (neurogenem und psychogenem) Stottern, einen sehr guten Zugang. In der deutschsprachigen Literatur finden sich für das erworbene Stottern fast keine Beiträge und im angloamerikanischen Raum sind die Angaben sehr widersprüchlich, wenig konkret und damit kaum hilfreich. So ist man als TherapeutIn letztlich auf sich gestellt und auch – und gerade beim neurogenen und psychogenen Stottern – auf der Basis ganz unterschiedlicher Zugänge, Methoden und Techniken gefordert, diesen sehr speziellen Störungen individuell gerecht zu werden. Eine einseitige Konzeptorientierung dürfte weit weniger Aussicht auf Erfolg haben.

In den letzten Jahren haben wir uns in der Bonner Stottertherapie zunehmend dem neurogenen und psychogenen Stottern gewidmet und dabei ganz unterschiedliche Fälle kennengelernt, von denen im Folgenden zwei vorgestellt werden:

Bei dem ersten Patienten handelt es sich um einen 50-jährigen Herrn, der im Jahr zuvor einen vermeintlichen Schlaganfall erlitten hatte. Diesem folgte wenige Tage später ein erstmaliges Auftreten von starker Stottersymptomatik mit sofortiger Manifestierung. Da der vermeintliche Schlaganfall im MRT jedoch nicht nachgewiesen werden konnte und bereits zuvor eine deutliche Depression diagnostiziert worden war, konnte und kann nicht eindeutig geklärt werden, ob das erworbene Stottern neurogener oder psychogener Natur ist.

Als Folge der sprachlichen Symptome entwickelten sich schnell sehr ausgeprägte Sprechhängste und Sprechvermeidungen und daraus resultierend eine einjährige Berufsunfähigkeit, die bis zu Beginn der Bonner Stottertherapie bestand. Im Laufe der Behandlung pro-

fitierte der Therapieteilnehmer in starkem Maße von der Desensibilisierung, dem Abbau der Begleitsymptomatik und dem Erlernen eines stark spannungsreduzierten Stotterverhaltens. All dies wirkte sich (indirekt) sehr positiv auf die Verflüssigung des gesamten Sprechverhaltens aus. Hingegen erwiesen sich Sprechtechniken, die direkt zur Verflüssigung des Sprechens beitragen sollten und die sich bei anderen PatientInnen sehr bewährten, als kontra indiziert und führten bei dem Patienten zu einer gravierenden Verschlechterung der sprachlichen Symptomatik.

Beim zweiten Fall handelt es sich um eine 45-jährige Frau. Bei ihr äußerten sich die sprachlichen Auffälligkeiten, neben einem sehr hohen Sprechtempo mit geringer artikulatorischer Ausprägung, vor allem in sehr schnellen Wiederholungen von Silben, Worten und Satzteilen, die in einer unwillkürlichen Dauerschleife bis zu einer Minute andauern konnten, die nicht als klassisch stotter- oder polterspezifisch anzusehen war. Die Symptome zeigten sich erstmalig im Alter von 20 Jahren, sechs Monate nach einem schweren Autounfall, der zu keinerlei Kopfverletzungen geführt hatte. Da neurologisch keine Auffälligkeiten nachgewiesen werden konnten, sah man das Stottern als posttraumatische Reaktion auf den Autounfall. Auch bei dieser Person erscheint die Diagnose psychogenes Stottern aufgrund der starken zeitlichen Verzögerung zum vermeintlichen Auslöser nicht zweifelsfrei.

Drei sprachtherapeutische und sieben psychotherapeutische Behandlungen verliefen erfolglos. Bei dieser Patientin erwies sich der wirksamste Zugang vor allem über eine für sie modifizierte Fluency Shaping Technik.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Stotternde Menschen sind hinsichtlich ihrer Stottersymptomatik, ihrer psychosozialen Faktoren, ihrer Persönlichkeit, ihrer individuellen Therapieziele, ihrer Bedingungshintergründe und anderer Faktoren völlig unterschiedlich. Demzufolge werden sich bei jedem Einzelnen ganz unterschiedliche therapeutische Wege ergeben müssen. Dieses impliziert wiederum für jede Patientin oder jeden Patienten ein individuell zugeschnittenes

Therapieprogramm. Je umfangreicher das therapeutische Repertoire an nachweislich wirksamen Methoden ist, desto eher kann diesem hohen therapeutischen Anspruch Rechnung getragen werden. Ein Kombinationsansatz kann daher im Sinne einer patientenorientierten Vorgehensweise am ehesten den Weg zu dem von uns postulierten Therapieziel einer möglichst hohen Zunahme an stottererspezifischer Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bereiten.

## **2 Bonner Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder**

Heutzutage ist die Evaluation jeglicher therapeutischer Maßnahmen von sehr großer Bedeutung. Die Bonner Stottertherapie wird u. a. mit einem Instrument evaluiert, welches sich auch zur Diagnostik und Therapieplanung eignet und das im Folgenden vorgestellt wird.

### **2.1 Grundlegende Informationen zur Bonner-Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder**

Die Bonner Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder (kurz BLESS) ist ein valides, reliables und standardisiertes Verfahren, das fortlaufend normiert wird (Prüß & Richardt 2015). Das Instrument ist für Stotternde ab 12 Jahren geeignet.

BLESS ist im deutsch- und englischsprachigen Raum dahingehend einmalig, als dass die gesamte Stotterproblematik erfasst wird, indem die sprachliche, emotionale, kognitive und soziale Ebene berücksichtigt werden. Gleichzeitig wird das Ausmaß an Stottern, Angst und Vermeidung in den zentralen Kommunikationsbereichen differenziert betrachtet und zwar jeweils in den Bereichen Familie, Freunde/Bekannte, Telefonieren mit und Ansprechen von Fremden sowie in Schule/Ausbildung/Beruf. Dies ist von großer Bedeutung, da

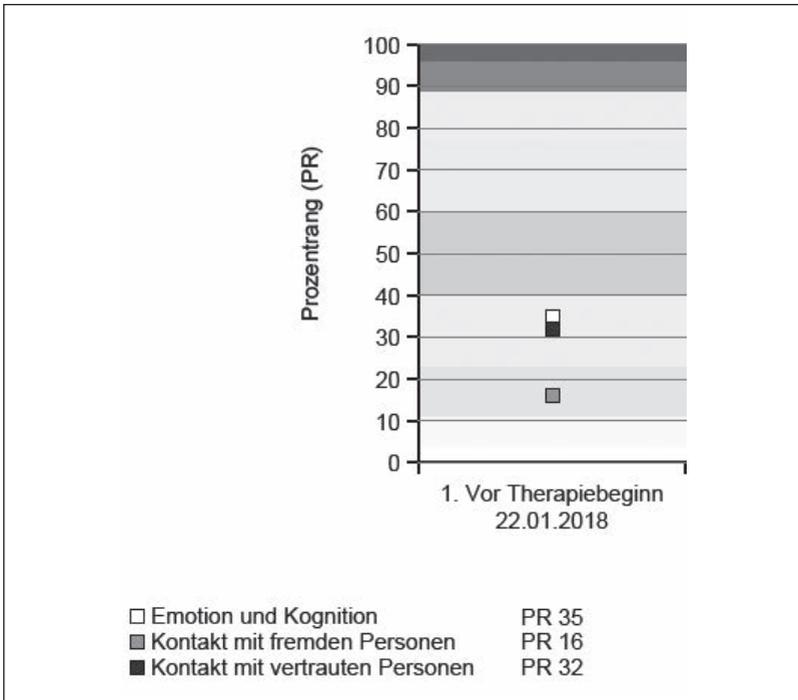
diese Aspekte bekanntermaßen situativ und personenbezogen stark schwanken können.

Trotz der gegebenen Differenzierung ist BLESS mit nur 38 Items ökonomisch und alltagstauglich und bildet alle wichtigen Komponenten der ICF ab. Das Instrument wird auf einer Online-Plattform angeboten, wodurch es in der Handhabung sehr einfach und benutzerfreundlich ist. Fehler in der Durchführung (z. B. das Auslassen einer Frage) sind ausgeschlossen. Die Durchführung benötigt fünf bis zehn Minuten, woraufhin sofort eine automatische Auswertung mit aufschlussreicher Vergleichbarkeit der Daten zur Verfügung steht. Eine übersichtliche Dokumentation erfolgt ebenfalls automatisch.

## 2.2 Konkrete Umsetzung der Bonner-Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder anhand eines Beispiels

Im Folgenden wird die konkrete Umsetzung und Nutzbarkeit der Bonner-Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder anhand der Berichte eines ehemaligen Therapieteilnehmers der Bonner Stottertherapie vorgestellt.

Im nach der Durchführung sofort vorliegenden Bericht findet sich zunächst eine Übersicht, bei der sich zum ersten Erhebungszeitpunkt (vor Therapiebeginn) folgendes Bild zeigte (vgl. Abb. 1):



*Abbildung 1.* Auswertungsübersicht des Berichtes der Bonner-Langzeit-Evaluationskala zur Lebenssituation Stotternder eines Beispielpatienten zum ersten Erhebungszeitpunkt

Alle mit BLESS erfassten Items können drei Skalen zugeordnet werden:

- Emotionen/Kognitionen
- Kontakt mit fremden Personen
- Kontakt mit vertrauten Personen

Je geringer ein Prozentrang von seinem Wert her ist, desto größer stellt sich die Problematik dar. Gleichzeitig wird auf den ersten Blick ersichtlich, welche der drei Skalen am stärksten beeinträchtigt ist. Im dargestellten Beispiel ist dies der Bereich Kontakt mit fremden Personen (vgl. Abb. 1).

Die weitere Auswertung bietet die Möglichkeit, sich alle dieser Skala zugehörigen Items genauer anzuschauen, da diese jeweils einzeln aufgelistet und mit den zur Verfügung stehenden fünf Antwortkategorien angezeigt werden (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1

*Einzelergebnisse vor Therapiebeginn: Skala Kontakt mit fremden Personen*

<b>Kategorie</b>	<b>nie/ fast nie</b>	<b>selten</b>	<b>ge- e- gentlich</b>	<b>oft</b>	<b>immer/ fast immer</b>
In Schule/Ausbildung/ Beruf wird auf mein Stottern verständnis- voll reagiert.				×	
Ich kann mein Stottern kontrollieren.	×				
Ich vermeide, beim Sprechen meinen Gesprächspartner anzuschauen.			×		
Ich vermeide, mit Fremden zu telefo- nieren.			×		
Ich vermeide, mit Fremden, z. B. in Geschäften, zu sprechen.					×
Ich vermeide, Sprech- aufgaben in Schule/ Ausbildung/Beruf zu übernehmen.			×		

Aus den Angaben können konkrete Feinziele für die Therapie abgeleitet werden. Im vorliegenden Fall wurde dafür beispielsweise das Item „Ich vermeide mit Fremden, z. B. in Geschäften, zu sprechen.“ herangezogen.

Entwicklungsverläufe und Veränderungen lassen sich mit BLESS transparent machen und übersichtlich darstellen. Durch die Übersicht des zweiten Erhebungszeitpunktes, der vier Wochen nach dem ersten Erhebungszeitpunkt angesetzt wurde, werden die Veränderungen auf den ersten Blick ersichtlich (vgl. Abb. 2).

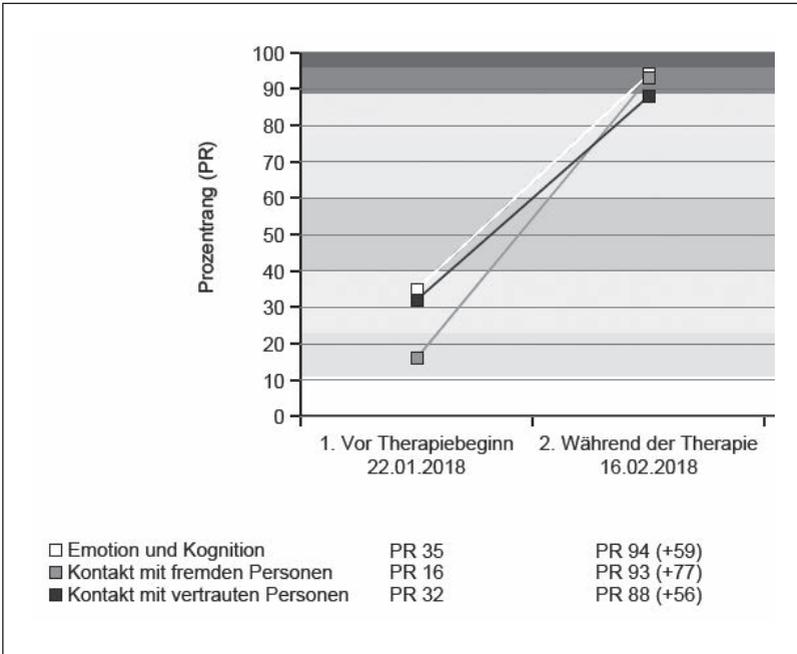


Abbildung 2. Auswertungsübersicht des Berichtes der Bonner-Langzeit-Evaluationskala zur Lebenssituation Stotternder eines Beispielpatienten zum zweiten Erhebungszeitpunkt

Auch hier können detailliertere Informationen aus den Einzelergebnissen der einzelnen Skalen des automatisch erstellten Berichtes entnommen werden (vgl. Tab. 2). Durch das X wird bei jedem Item die aktuelle Antwort angezeigt, der Kreis stellt die Antwort des letzten Erhebungszeitpunktes dar. Dadurch werden Veränderungen ersichtlich, wie beispielsweise bei dem Item „Ich vermeide, mit Fremden,

z. B. in Geschäften, zu sprechen“, bei dem das Vermeidungsverhalten von „immer/fast immer“ auf „selten“ reduziert werden konnte.

Tabelle 2

*Einzelergebnisse während der Therapie: Skala Kontakt mit fremden Personen*

<b>Kategorie</b>	<b>nie/ fast nie</b>	<b>selten</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>oft</b>	<b>immer/ fast immer</b>
In Schule/Ausbildung/ Beruf wird auf mein Stottern verständnis- voll reagiert.				×	
Ich kann mein Stottern kontrollieren.	○			×	
Ich vermeide, beim Sprechen meinen Gesprächspartner anzuschauen.	×		○		
Ich vermeide, mit Fremden zu telefo- nieren.	×		○		
Ich vermeide, mit Fremden, z. B. in Geschäften, zu sprechen.		×			○
Ich vermeide, Sprech- aufgaben in Schule/ Ausbildung/Beruf zu übernehmen.		×	○		

BLESS kann mit jeder Person fünf Mal durchgeführt werden, wobei die Erhebungszeitpunkte frei wählbar sind. Mit dem vorliegenden Patienten wurde BLESS zwischen Januar 2018 und Juni 2018 zu drei Erhebungszeitpunkten (vor Therapiebeginn, während der Therapie sowie nach Therapieende) durchgeführt. Bis zum letzten Erhebungs-

zeitpunkt nach Therapieende (ca. vier Monate nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt) konnte die Problematik im Kontakt mit fremden Personen noch weiter verringert werden (vgl. Abb. 3), was sich unter anderem auch durch eine weitere Reduktion des sprachlichen Vermeidungsverhaltens im Kontakt mit Fremden, z.B. in Geschäften, erklärt (vgl. Tab. 3). Hatte der Patient während der Therapie noch angegeben „selten“ Gespräche mit Fremden z.B. in Geschäften zu vermeiden, gab er nun „nie/fast nie“ an.

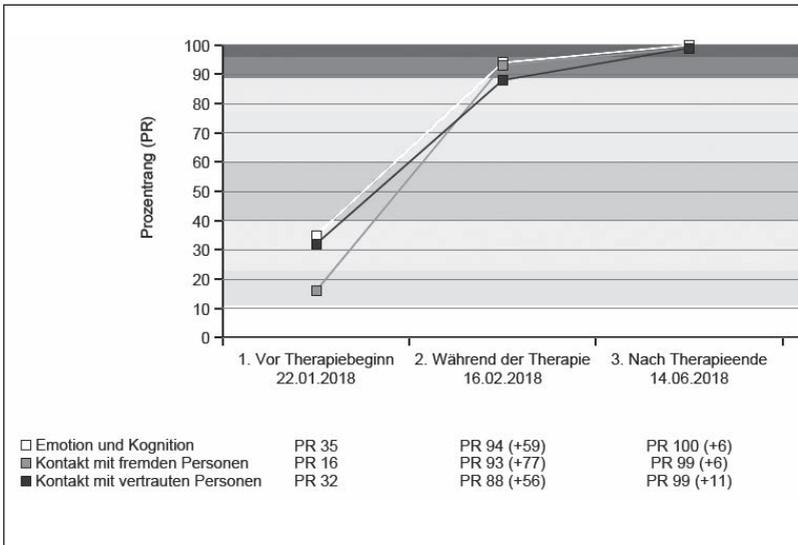


Abbildung 3. Auswertungsübersicht des Berichtes der Bonner-Langzeit-Evaluationskala zur Lebenssituation Stotternder eines Beispielpatienten zum dritten Erhebungszeitpunkt

Tabelle 3

*Einzelergebnisse nach Therapieende: Skala Kontakt mit fremden Personen*

<b>Kategorie</b>	<b>nie/ fast nie</b>	<b>selten</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>oft</b>	<b>immer/ fast immer</b>
In Schule/Ausbildung/ Beruf wird auf mein Stottern verständnis- voll reagiert.				○	×
Ich kann mein Stottern kontrollieren.				×	
Ich vermeide, beim Sprechen meinen Gesprächspartner anzuschauen.	×				
Ich vermeide, mit Fremden zu telefo- nieren.	×				
Ich vermeide, mit Fremden, z. B. in Geschäften, zu sprechen.	×	○			
Ich vermeide, Sprech- aufgaben in Schule/ Ausbildung/Beruf zu übernehmen.			×		

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass BLESS vielfältige Möglichkeiten zur Nutzung und Vorteile gegenüber anderen existierenden Verfahren bietet. So lässt sich der Altersbereich von Kindern ab 12 Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen mit einem einzigen Verfahren abdecken, wobei alle relevanten Komponenten der ICF berücksichtigt werden. Die computergestützte Durchführung bietet eine automatische Auswertung mit sofortiger Vergleichbarkeit sowie Dokumentation der Daten. Es steht somit eine zeitökonomische und differenzierte Eingangs- und Verlaufsdagnostik zur Verfügung, die

auch zur Therapieplanung und Evaluation genutzt werden kann. Schlussendlich bietet BLESS eine wissenschaftlich fundierte Argumentationshilfe gegenüber Kostenträgern.

BLESS steht allen interessierten TherapeutInnen kostenfrei zur Verfügung. Zur Einrichtung eines Zugangs ist es notwendig, eine Mail unter Angabe von Einrichtung, AnsprechpartnerIn und Mailadresse mit dem Stichwort „BLESS“ an stottern@lvr.de zu senden.

### 3 Evaluation der Bonner Stottertherapie

In einer unabhängigen wissenschaftlichen Arbeit wurden im Jahr 2017 die bisher mit BLESS erhobenen Daten von 115 AbsolventInnen der Bonner Stottertherapie an der Universität zu Köln ausgewertet (Gandadjaja & Weber 2017). Das Ziel war es zu untersuchen, ob und inwieweit die Lebensqualität von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen durch das Konzept der Bonner Stottertherapie gesteigert wird.

Die Ergebnisse bisheriger Studien zeigten bei Stotternden, dass sich die Stärke des Stotterns deutlich auf die Lebensqualität auswirkt (Koedoot, Bouwmans, Franken & Stolk, 2011), erheblich gesteigerte Angstwerte vorliegen (Craig & Tran 2014), eine Prävalenzrate von Sozialphobien von mindestens 40% besteht (Blumgart, Tran & Craig, 2010), ein Drittel nicht mit Fremden sozialisiert und nichtsprachliche Aktivitäten bevorzugt (Hayhow, Cray & Enderby, 2002) sowie deutliche Einschränkungen im Schul- und Berufsleben bestehen (Klein & Hood 2004).

Im Rahmen der aktuellen wissenschaftlichen Untersuchung wurde bestätigt, dass BLESS alle Komponenten der ICF abbildet und die stotterspezifische Lebensqualität erfasst. Die Altersspanne der TeilnehmerInnen reichte von 14 bis 56 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 22,75 Jahre (32% Jugendliche und 68% Erwachsene). Die ausgewerteten Daten wurden von November 2014 bis September 2016 zu vier Erhebungszeitpunkten erhoben:

1. zu Therapiebeginn (T1)
2. während der Therapie (T2)
3. nach Therapieende (T3)
4. ca. zehn Monate nach Therapieende (T4)

Da aufgrund der zeitlichen Struktur der Bonner Stottertherapie, die als Intervalltherapie mit Therapiepausen organisiert ist, nicht alle TherapieteilnehmerInnen ihre Therapie während des Untersuchungszeitraumes vollständig abgeschlossen haben, ist die Stichprobengröße der einzelnen Erhebungszeitpunkte unterschiedlich. Zu Therapiebeginn (T1) lagen Daten von 115 Personen vor, zu T4 (ca. zehn Monate nach Therapieende) Daten von 40 Personen. Ausgewertet wurden die Daten mit der Software SPSS Statistics (IBM, Version 24). Die Angaben erfolgen in durchschnittlichen Rohwerten. „1“ steht dabei für keine Beeinträchtigung und „5“ für die größtmögliche Beeinträchtigung.

Folgende Ergebnisse wurden durch die empirische Studie ermittelt: *Die Stärke des Stotterns* wurde aus den entsprechenden Items der einzeln erfassten Bereiche Familie, Freunde, Bekannte, Telefonieren mit Fremden, Ansprechen Fremder sowie Schule/Ausbildung/Beruf zusammengefasst und nahm im Gesamtdurchschnitt von 3,4 auf 2,6 ab. Die Stotterstärke reduzierte sich also um 33%, was sich statistisch im Durchschnitt als hochsignifikant erweist ( $t(39) = 7.432, p < .05$ ).

Die Items „Ich habe wegen meines Stotterns Angst beim Sprechen mit Fremden am Telefon“, „Ich habe wegen meines Stotterns Angst beim Sprechen mit Fremden, z.B. in Geschäften“ und „Ich habe wegen meines Stotterns Angst beim Sprechen in Schule/Ausbildung/Beruf“ wurden als *„Angst beim Sprechen mit Fremden“* zusammengefasst und ergab zu Therapiebeginn den Wert 3,4. Bis etwa 10 Monate nach Therapieende reduzierte sich dieser Wert auf 1,6 und ergab damit eine Angstreduktion um 75%.

Die entsprechenden Items zum *Vermeidungsverhalten* gegenüber fremden Personen ergaben einen durchschnittlichen Anfangs-

wert von 3,3, der auf 1,4 und damit um 83% abgesenkt werden konnte. Dieser entsprach auf der Skala durchschnittlich dem Bereich nie/fast nie bis selten.

Die durch BLESS durch acht weitere Items abgedeckte *emotionale Ebene* (Beispielitems: „Ich bin wegen meines Stotterns deprimiert.“ und „Stottern hat negativen Einfluss auf meine Lebensfreude.“) reduzierte sich seit Therapiebeginn letztlich um 83% auf den Wert 1,4.

Die durch die Items „Meine Gedanken kreisen um das Stottern“ und „Ich mache mir Gedanken darüber, was andere Menschen über mich wegen meines Stotterns denken könnten“ erfasste *kognitive Ebene* verzeichnete zu Therapiebeginn einen Mittelwert von 3,4, der sich zum letzten Erhebungszeitpunkt auf den Wert 1,9 um 63% verringerte.

Hinsichtlich Aktivität und Partizipation wurde der stotterbedingte negative Einfluss auf die Merkmale Freunde zu finden und die Freizeit so zu gestalten, wie die TherapieteilnehmerInnen es gerne möchten sowie der negative Einfluss auf die schulischen und beruflichen Möglichkeiten erfasst. In diesen Bereichen zeigte sich vom ersten bis zum letzten Erhebungszeitpunkt eine Reduktion des negativen Einflusses von 79%, 90% bzw. 81%. In allen Bereichen nahmen die Probanden einen negativen Einfluss 10 Monate nach Ende der Therapie also fast gar nicht mehr wahr.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die empirische Untersuchung die langfristige Wirksamkeit der Bonner Stottertherapie in der Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotternder nachweist. Die angestrebte Steigerung der stotterspezifischen Lebensqualität wurde erreicht, wobei in sämtlichen relevanten ICF-bezogenen Bereichen hochsignifikante Verbesserungen erzielt werden konnten. Die prozentuale Verringerung der Problematik von Therapiebeginn bis ca. 10 Monate nach Therapieende betrug dabei im Durchschnitt zwischen 33% und 90%.

#### 4 Literatur

- Blumgart, E., Tran, Y. & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety, 27*, 687–692.
- Craig, A. & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 35–43.
- Euler, H.A., Lange, B.P., Schroeder, S. & Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders, 39*(1), 1–11.
- Gandadjaja, S.M. & Weber, A. (2017). *Lebensqualität von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen – eine Untersuchung anhand der Bonner Langzeit- Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder (BLESS)*. Abschlussarbeit an der Universität zu Köln.
- Hayhow, R., Cray, A.M. & Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 1–17.
- Klein, J.F. & Hood, S.B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders, 29*, 255–273.
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C. & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders, 44*, 429–443.
- Prüß, H. & Richardt, K. (2014). Die Bonner Stottertherapie. Ein patientenorientierter Kombinationsansatz für Jugendliche und Erwachsene. *Forum Logopädie, 2*(28), 6–17.
- Prüß, H. & Richardt, K. (2015). Bonner-Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder (BLESS). Neues Online-Verfahren zur Eingangs- und Verlaufsdiagnostik bei Kindern ab 12 Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen. *Praxis Sprache, 3*, 162–165.

## **Kontakt**

Kirsten Richardt

*Kirsten.richardt@lvr.de*

Holger Prüß

*holger.pruess@lvr.de*