

## Artikel erschienen in:

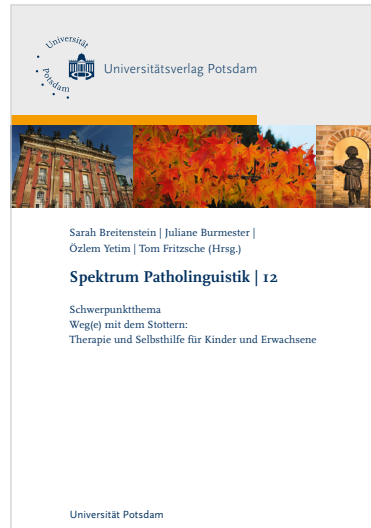
*Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.)*

### **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:

Andreas Starke: Der Modifikationsansatz in der Stottertherapie am Beispiel der „VIERMAL-FÜNF Intensiven Intervalltherapie Stottern“ in Zeiten der Evidenzbasierung, In: Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.): Spektrum Patholinguistik 12, Potsdam, Universitätsverlag Potsdam, 2020, S. 25–59.  
DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-46948>

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>



# Der Modifikationsansatz in der Stottertherapie am Beispiel der „VIERMALFÜNF Intensiven Intervalltherapie Stottern“ in Zeiten der Evidenzbasierung

*Andreas Starke*

Hamburg

## 1 Therapie eines komplexen Syndroms

Stottern ist ein sehr komplexes Syndrom. Eine Theorie des Stotterns im Sinne eines Modells des Stotterns, das nicht nur eine Beschreibung der auftretenden Phänomene erlaubt, sondern sogar Vorhersagen darüber, unter welchen Bedingungen welche Art von Stottern auftritt bzw. nicht auftritt, wie das in der Physik z. B. das Modell der klassischen Mechanik liefert und wie das in der Medizin bei vielen ursächlich behandelbaren Krankheiten der Fall ist, gibt es im Falle Stottern nicht.

Was macht das Syndrom Stottern so komplex?

### 1.1 Stottern schwankt

Stottern kann nach Schwere und Häufigkeit interindividuell (d. h. in einer Gruppe von Stotterern<sup>1</sup>) und intraindividuell (d. h. bei ein und derselben Stotterin) sehr unterschiedlich vorkommen. Das definierende Kriterium ist das Scheitern im Vollzug der Bewegung der „Sprechwerkzeuge“ (Atmung/Stimme/Artikulation) bei der Ausspra-

---

1 Der Autor ist der Meinung, dass „Stotterer“ die angemessene Bezeichnung für eine Person ist, die stottert, d. h. beim Sprechen Flüssigkeitsfehler zeigt, die von Fachleuten als „Stottern“ klassifiziert werden. Er hält die von Wolfgang Wendlandt vorgeschlagene Bezeichnung „Stotternder“ für einen sprachlichen Missgriff.

Der Autor hält eine geschlechtergerechte Bezeichnung von Personen für ein wichtiges Anliegen und wünschte sich, dass die deutsche Sprache eine gute Lösung des Problems er-

che eines anstehenden Wortes. Dieses Scheitern kann so verschieden sein, dass auf den ersten Eindruck nicht zu erkennen ist, dass es sich überhaupt um dieselbe Störung handelt.

Stottern schwankt auch insofern, dass jeder Stotterer auch in unterschiedlichen Längen Zeitabschnitte erlebt, in denen kein Stottern vorkommt. Er kennt sozusagen zwei Zustände, Zustand A, in dem er auch spontan normal spricht und kein Stottern vorkommt, und Zustand B, in dem Stottern vorkommt.

## 1.2 Komplikationen

Das Syndrom Stottern ist in der Regel von zwei Komplikationen begleitet, die von der Stotterin als belastend empfunden werden. Sie müssen auf jeden Fall in die Behandlung einbezogen werden und verkomplizieren die Behandlung als neuromotorische Störung.

### 1.2.1 *Negative Emotionen*

Die Sprechflüssigkeitsstörung Stottern und das Bewusstsein, ein Stotterer zu sein, sind typischerweise in einer Weise von negativen Gefühlen begleitet, die von Beobachterinnen, die nicht stottern und nie gestottert haben, kaum nachzuvollziehen sind.

---

möglichte. Er findet, dass die üblichen Methoden, wie z.B. die Nennung beider Geschlechter oder die Verwendung von Schrägstrichen, Klammern oder Sternchen die Lesbarkeit eines Textes deutlich verschlechtert. Er hat sich für diesen Text entschieden, die männliche und die weibliche Form ohne semantische Absicht abwechselnd zu benutzen. Beide Formen sollen beide Geschlechter bezeichnen, die jeweils gewählte Form hat ausnahmslos keine geschlechtsbezogene Bedeutung.

### 1.2.2 *Vermeidung*

Da die negativ bewertete Auffälligkeit des Stotterns bzw. ein Stotterer zu sein, sofort dadurch beseitigt werden kann, dass die Stotterin nicht spricht, wird Nicht-Sprechen oder die Benutzung von Wörtern, die der Stotterer als „leicht“ eingeschätzt, zu einer stets gern genutzten Option. Viele Stotterinnen entwickeln oft einen Lebensstil als „schweigender Stotterer“ mit vielen unerwünschten Nebenwirkungen auf die kommunikative und soziale Kompetenz.

### 1.3 Effekte

Es gibt eine ganze Reihe von universellen Eigenschaften des Stotterns, d. h. Effekte, die alle Stotterinnen zeigen, manche davon individuell unterschiedlicher Stärke. Diese Effekte werden unterschiedlich interpretiert, als psychologisch oder als im motorischen System begründet. Zu diesen Effekten zähle ich insbesondere,

- den Choreffekt,
- den Verfremdungseffekt,
- den Adaptationseffekt,
- den Konsistenzeffekt,
- die Effekte durch Änderung der akustischen Rückkoppelung,
- der von mir so genannte „Kuscheleffekt“ (die Verminderung von Stottern in als angenehm erlebten Situationen).

## 1.4 Folgerung

Aus dem in diesem Abschnitt Dargestellten folgt, dass heute eigentlich (noch) gar keine Theorie des Stotterns zur Verfügung steht, die dies alles (Schwankungen/Komplikationen/Effekte) erklären könnte, salopp formuliert wissen wir eigentlich gar nicht, womit wir es beim Stottern genau zu tun haben. Es geht um eine Bewegungsstörung insofern, als die Bewegung, die bei der Ausspreche eines Wortes auftritt, nicht gelingt. Bewegung bedeutet hier muskuläre Aktivität, und da alle muskuläre Aktivität durch das Nervensystem bewirkt und gesteuert wird, ist jedes Stottererereignis eine „neuro-muskuläre Fehlleistung“. Eine darauf aufbauende Theorie des Stotterns, aus der man sich das optimale Therapieverfahren in Abhängigkeit vom individuellen Patienten sozusagen „ausrechnen“ kann, wie das in der Medizin heute in vielen Fällen möglich ist, steht nicht zur Verfügung.

Was bleibt, ist die Zusammenstellung eines plausiblen Plans von Aktivitäten, des Pflichtprogramms, und die Hoffnung, dass das Ergebnis vernünftigen Denkens, die Bereitschaft der Therapeutinnen, aus jedem Fall wieder etwas Neues zu lernen, zusammen mit dem Geschick der Therapeuten, gemachte Erfahrungen an passenden Stellen wiederzuverwenden, zu einem möglichst großen Nutzen für die Patientinnen führt.

## 2 **VIERMALFÜNF: Die Rahmenbedingungen**

Das Therapieprogramm „VIERMALFÜNF Intensive Intervalltherapie Stottern“ habe ich nach meinem Studium 1980 bis 1982 an der Western Michigan University definiert und 1987 zum ersten Mal mit der Logopädin Angelika Engert in Wuppertal durchgeführt.

Die Idee war, das von Charles Van Riper in „The Treatment of Stuttering“ (1973) beschriebene Phasenmodell in Abschnitte von fünf Tagen zu verteilen, die mit relativ langen Abständen zwischen zwei Abschnitten durchlaufen werden.

Das Van Riper'sche Phasenmodell umfasst die folgenden Phasen:

- Identifikation
- Desensibilisierung
- Modifikation
- Stabilisierung

Die intensive, weil exklusive, Beschäftigung mit unterschiedlichen Teilaspekten des Stotterproblems sollten sich mit Zeiten der Teilnahme am Alltagsleben abwechseln. Die Therapiepausen sollten so lang sein, dass der Unterschied zwischen Therapiesituation und Alltagssituation deutlich erlebt wird, aber nicht so lang, dass das Therapieprojekt ganz vergessen wird. So sollte die üblicherweise überwältigende Transferproblematik vermieden oder zumindest gemildert werden.

Die Durchführung als Gruppentherapie sollte natürlich die zu erwartende und eintretende therapeutische Wirkung der Interaktion der Teilnehmer ausnutzen.

Von Anfang an war klar, dass sich die Therapieinhalte an dem Van Riper'schen Phasenmodell orientieren würden. Die Synchronizität von „Phase“ und „Abschnitt“ konnte in den ersten beiden Abschnitten gewahrt werden, aber schon im ersten Durchlauf stellte sich heraus, dass sich die Phase „Modifikation“ in einem Therapieabschnitt von 5 Tagen nicht durchführen ließ. Wir haben dann den *dritten Abschnitt* (unter dem Titel: „Nachbesserung“, vgl. Punkt 3.3) und den *vierten Abschnitt* (unter dem Titel: „Pullout“, vgl. Punkt 3.4) den beiden wichtigen Aspekte der Modifikation gewidmet und dann festgestellt, dass nach dem vierten Abschnitt nicht mehr viel zu tun war. Wir haben dann den eigentlich geplanten fünften Abschnitt nicht mehr durchgeführt. Dabei ist die Van Riper'sche Phase „Stabilisierung“ möglicherweise zu kurz gekommen.

Das „Abschließende Wochenende“ ca. ein halbes Jahr später, d. h. etwa ein Jahr nach dem Beginn, bildete dann den Abschluss der Therapie, und dabei ist es in den folgenden 75 Gruppen geblieben.

Weitere Daten zu den Rahmenbedingungen sind:

- Durchgeführt seit 1987 in 75 Gruppen mit ca. 750 Patientinnen
- Gruppentherapie (10 bis 12 Pat, Alter 14+)
- 2 Therapeuten (Andreas Starke und seit zwölf Jahren Robert Richter, Leipzig)
- Jetzt im Ostseebad Boltenhagen
- Beginn der nächsten Gruppe: 11. Januar 2019

### 3 Die Abschnitte des Therapieprogramms VIERMALFÜNF

Es folgt eine Beschreibung der Inhalte der vier Abschnitte des VIERMALFÜNF-Programms: 1. Identifikation, 2. Desensibilisierung, 3. Nachbesserung und 4. Pullout sowie 5. das Abschließende Wochenende.

Dabei umfassen die Abschnitte 3 und 4 die Phase „Modifikation“ des Van Riper’schen Phasenmodells. Das Abschließende Wochenende zielt auf die „Stabilisierung“ in diesem Phasenmodell.

#### 3.1 Abschnitt 1: Identifikation

Ziel dieses ersten Abschnittes ist es, mit der Patientin Fakten zu erfassen. Diese sollen das Stottern der Person betreffen wie auch Fakten zum Stottern im Allgemeinen, veranschaulicht am eigenen Stottern und am Stottern anderer Teilnehmer. Insgesamt geht es, anders als das einige Teilnehmerinnen erwarten, um die Beobachtungen von realen Vorgängen und um Überlegungen zum Verständnis dieser Vorgänge und (noch) *nicht um deren Veränderung*. Die „Phonetische Unterweisung“ (siehe Punkt 3.1.5) vermittelt den Teilnehmern zusätzliches Wissen, das sich in der Modifikation als notwendig erweist.



Dieses Wissen haben Personen, die keine spezielle Ausbildung im Bereich Sprache und Sprechen haben, normalerweise nicht.

### *3.1.1 Kennenlernen der Teilnehmerinnen und der Therapeuten*

Am Anreisetag treffen sich die Teilnehmerinnen und Therapeuten, um sich vorzustellen und kennenzulernen. Von Seiten der Teilnehmerinnen ist die Vorstellung eher kurz (Name/Wohnort/Lebenspartner\*in, Kinder/Beruf/besondere Interessen). Es wird erwartet, dass die Teilnehmer auftretendes Stottern hinnehmen. Falls das nicht zumutbar erscheint, geht der Therapeutin, die den Patienten am besten kennt, in eine Art lockeres Interview über, im Extremfall so, dass die Therapeutin Fragen stellt und auch selbst beantwortet, wobei der Patient die Antworten bestätigt.

### *3.1.2 Interview auf Video*

Von jeder Patientin wird ein Interview mit einem der Therapeuten auf Video aufgenommen (Länge 10 bis 15 Minuten, mit ca. 3 bis 5 Minuten Vorlesen). Der Patientin ist bewusst, dass die Situation einem Plaudern zum Kennenlernen ähneln soll und dass auftretendes Stottern erwünscht ist. Der Patient macht also etwas richtig, wenn es zu mehr beobachtbarem Stottern kommt, als es bei Benutzung der für diese Patientin „normalen“ Vermeidungen kommen müsste.

### *3.1.3 Präsentation des eigenen Falles (Stottergeschichte und Ziele der Therapie)*

Diese findet im großen Kreis aller Teilnehmer statt. Jede Person erzählt, wie sie ihr Stottern in ihrem Leben erlebt hat, wie ihre jetzige Situation ist und welche Ziele sie mit der Therapie verfolgt. Dabei soll sie möglichst konkrete Ziele benennen und beobachtbare Kriterien angeben.

### *3.1.4 Erklärung des Stottermodells: Modell des Stotterereignisses*

Das „Stottermodell“ soll illustrieren, dass es einen Unterschied gibt zwischen dem Kernstottern, d.h. den unerwarteten oder antizipierten stottertypischen Unflüssigkeiten, und den Reaktionen auf die Antizipation und/oder die Unflüssigkeit. Dabei werden die Reaktionen benannt und deren Nutzen diskutiert. Dieser Nutzen kann jeweils sehr unterschiedlich sein, variierend von „(grenzwertig) nützlich“ über „irrelevant“ bis zu „kontraproduktiv“). Die konkreten Beispiele ergeben sich anhand der Videoaufnahme.

### *3.1.5 Sprechwissenschaftliche Unterweisung („Phonetik“)*

Hier werden für jeweils eine Halbgruppe die physikalischen Vorgänge beim Sprechen erklärt, des Sprechens als Bewegungsleistung. Die Bewegung erfolgt in drei Systemen, dem Atemsystem (Rumpfmuskeln und Zwerchfell), dem Stimmsystem (Kehle) und dem Artikulationssystem (dem sog. Ansatzrohr). Für Stottern wichtige Aspekte werden hervorgehoben.

### *3.1.6 Auswertung der Videoaufnahme (Trennung von Kernstottern und Stotterreaktionen)*

Es wird versucht, mit dem Patienten die unterschiedlichen Stotterreaktionen im Video wahrzunehmen und den Bewegungsablauf jeder Reaktion genau zu verstehen. Eine Liste von Stotterreaktionen wird erstellt. Meist, aber nicht immer, stellt sich heraus, dass nur wenige Arten von Stotterreaktionen vorkommen, d.h. die Patientin stottert immer wieder auf dieselbe Art.

### *3.1.7 Unangeleitete Gruppenaktivitäten und -erfahrungen*

Die Gruppe verbringt einen Teil der Zeit mit oder ohne Therapeuten in „geselligem Beisammensein“. Dabei kommt es natürlich und gewollt zum Austausch von Beobachtungen und Erfahrungen.

## 3.2 Abschnitt 2: Desensibilisierung

Ziel dieses zweiten Abschnittes ist es, sehr allgemein gesprochen, das Maß und die Schwere der unangenehmen Gefühle, die mit dem Stottern verbunden sind, zu reduzieren. Es ist nicht das Ziel, alle unangenehmen Gefühle ganz zu beseitigen, was in einigen Fällen wohl erreichbar wäre. Dann wäre allerdings die Therapie nach diesem Abschnitt zu Ende. Warum sollte sich ein Patient um eine Verbesserung seines Stotterns bemühen, wenn es ihm vollkommen gleichgültig geworden ist?

Das Ziel ist vielmehr, das Maß und die Schwere der unangenehmen Gefühle (genau genommen das unangenehme Erleben und Bewerten der negativen Gefühle) soweit zu reduzieren, dass eine „technische Sicht“ auf das Stottern und eine sachliche Intervention im weiteren Verlauf der Therapie möglich wird.

### 3.2.1 Aus Abschnitt 1

Bereits einige Aktivitäten aus Abschnitt 1 haben eine desensibilisierende Wirkung auf die Patientinnen. Das trifft z. B. auf die Folgenden zu.

#### *Interview auf Video*

Sich selbst mit dem bewegten Bild (Video) des eigenen Sprechens und des eigenen Stotterns zu konfrontieren, ist für einige Patienten eine erhebliche Herausforderung. Sie stellen fest, dass sie sich auf dem Video ganz anders erleben als sie sich aus der vorgestellten Selbstsicht (wie würde ich mich sehen, wenn ich mir beim Sprechen und Stottern zuschauen könnte) erleben.

#### *Erklärung des Stottermodells: Modell des Stotterereignisses*

Das Stottermodell ist eine ganz technische Darstellung, nämlich die grafische Darstellung eines zeitlichen Ablaufs (von oben nach unten), deren Elemente alles Wichtige zum Verständnis eines Stotterereignisses enthalten (Antizipation/Vermeidung/Verzögerung/antizipatorische Anstrengung/Kernstottern = Block/Abbruch/Anstrengung im Block). In der Grafik wird auch die in der Therapie angestrebte Lösung dargestellt, nämlich die zu erwerbende „optimale Stotterreaktion“ (OSR). Sie soll idealerweise verfügbar werden als Reaktion auf die Antizipation, so dass es möglicherweise zu einer kurzen Pause oder Verlangsamung, aber nicht zu aktuellem Stottern kommt. Wenn das nicht gelingt, d. h. wenn es zum Block kommt, erlaubt die OSR eine leichte und schnelle Lösung des Blocks.

#### *Auswertung des Interviews*

Die desensibilisierende Wirkung tritt vor allem durch die sachliche und nicht wertende Analyse des Videos ein. Stotterereignisse werden kategorisiert, d. h. darin enthaltene Stotterreaktionen werden kategorisiert, bezüglich Gleichartigkeit und Verschiedenheit, die Stotterreaktionen werden „beim Namen genannt“, der oft genug ad-hoc

erfunden werden muss, um darüber sprechen zu können, und in ihren Abläufen genau beschrieben. Dabei mag es mancher Patientin fast absurd erscheinen, für welche minimalen Einzelheiten sich die Therapeuten interessieren. Das heißt, dass die Patientinnen Fragestellungen hören, von deren Möglichkeit sie vor der Therapie keine Ahnung hatten, geschweige denn die Antwort kannten.

### *3.2.2 Diskussion: Stottern als unangenehme Erfahrung*

Diese Aktivität ist der Versuch, ein kognitives Element in die Therapie zu bringen. Die gesamte Therapie ist sehr kognitiv orientiert, aber eben voll allem daran, dass die technischen Aspekte des Stotterns verstanden werden. Hier geht es um den Eingriff in das Wertesystem des Patienten. Die Frage nach den unangenehmen Gefühl bezüglich des Stottern formulieren wir schärfer, indem wir fragen: „Was am Stottern macht die Gefühle beim Stottern oder in Bezug auf das Stottern so schlimm?“

Diese Diskussion, gerade in einer Gruppe, in der es ganz unterschiedliche Erfahrungen und Wertungen gibt, schafft Möglichkeiten, in Bezug auf viele Aspekte der „Schlimmheit“ des Stotterns zu erörtern, dass diese darin besteht, einige gängige irrationale Annahme zu akzeptieren, etwas nicht zu machen, weil es dabei zum Stottern kommen könnte oder schlicht gewisse Handlungsmittel (Fertigkeiten, die man sich antrainieren kann) nicht zu beherrschen. Jedenfalls kommt Ordnung in das Gewirr der negativen Emotionen.

### 3.2.3 Einführung Pseudostottern [PS]: imitiertes Stotterereignis ohne Antizipation und ohne unwillkürliche Fehlbewegung (Kontrollverlust)

Ein sehr wertvolles Element der Desensibilierungsphase ist das sog. Pseudostottern (PS). Darunter ist eine Sprechbewegung zu verstehen, die dem Stottern ähnelt und, je nachdem wie kunstvoll sie ausgeführt wird, auf den ersten Blick für „echtes Stottern“ gehalten werden könnte. Sie enthält aber nichts, was nicht unter der vollkommenen Steuerung des Sprechers geschieht. Die Illusion des echten Stotterns kann der Sprecher dadurch erzielen, dass er Stotterreaktionen verwendet, die so aussehen, als wären sie durch echtes Stottern ausgelöst.

### 3.2.4 „Bodenübung“: PS in Trance

Die Teilnehmer je einer Halbgruppe legen sich auf einer leicht gepolsterten Unterlage (Matte) auf den Boden, in Rückenlage. Eine Therapeutin leitet die Übung. Der Übungsleiter leitet die Teilnehmerinnen an, sich nach und nach zu entspannen und danach, sich an eine besonders angenehme Situation zu erinnern.

In dieser Befindlichkeit spricht ein Teilnehmer nach dem anderen 12 Wörter einer Reihe (2 × Wochentage/Monatsnamen/Zahlen von 1 bis 12/einfache Aufzählung wie Städtenamen, Ländernamen, Kleidungsstücke, Nahrungsmittel usw.) nach Vorgabe der Übungsleiterin mit Pseudostottern. Das PS soll spannungsarm, variantenreich und, soweit wie möglich, ohne Antizipation und ohne Kontrollverlust sein. Das gelingt einigen wenigen Teilnehmerinnen nicht.

### 3.2.5 *In-vivo-Übungen (Telefon/Stadt) des PS mit Vorbereitungen*

Das in der Bodenübung geprobte PS wird für In-vivo-Übungen benutzt. Dazu geht eine Halbgruppe in die nächstgelegene Stadt oder Einkaufszentrum, die andere bleibt in der Einrichtung und telefoniert. Es geht in beiden Fällen darum, mit unbekanntem Menschen zu sprechen. Es ist also eine Art Rollenspiel, bei dem der Gesprächspartner nicht weiß, dass es eines ist. Alle Interaktionen werden vorbereitet, d. h. sind ausgedacht und z. T. schon in der Gruppe ausprobiert worden. Diese In-vivo-Übungen dauern, mit Planung, Erprobung, Durchführung einen ganzen Therapietag, für beides (Telefon und direkte Gespräche) also zwei Therapietage.

Das Übungsziel ist nicht, die Gespräche ohne zu stottern zu führen, sondern im Gegenteil nach Belieben absichtlich zu stottern und dabei eine gelassene Grundhaltung einzunehmen und beizubehalten. Dabei hilft es, sich an die Bodenübung zu erinnern und zu versuchen, in eine ähnliche emotionale Lage zu kommen (und in dieser zu bleiben).

### 3.2.6 *Transfer des PS in die Gruppe und ins wirkliche Leben*

Es liegt natürlich nahe zu versuchen, auch in den informellen Kontakten mit anderen Teilnehmerinnen der Gruppe und bei Kontakten mit anderen Menschen in der Einrichtung (Küchenpersonal/andere Gäste) und im Ort, kurz: im ganzen wirklichen Leben in einer gelassenen Grundhaltung absichtlich zu stottern, nicht um ein bestimmtes Leistungsziel zu erreichen, sondern abhängig davon, wozu man Lust hat. Die Teilnehmer erfahren, dass Pseudostottern eine sehr lustvolle Aktivität sein kann, und erleben überrascht, dass Pseudostottern ebenfalls den Verfremdungseffekt produziert und echtes Stottern nicht oder erheblich seltener auftritt.

### 3.3 Abschnitt 3: Nachbesserung

Ziel dieses dritten Abschnittes ist es, einen bedeutenden Schritt in der Van Riper'schen „Modifikationsphase“ zu gehen, nämlich die sog. Nachbesserung zu lernen und ihre Anwendung zu erproben und zu üben.

#### *3.3.1 Theoretische Erörterung: Willkürlicher Eingriff in den hochautomatischen Ablauf eines Stotterereignisses*

Ausgehend von der Beschreibung des Stotterns als einer Folge von Stotterereignissen (Antizipation/Kontrollverlust/Reaktionen auf beides in einer hochautomatisierten Weise) wird dargelegt, dass es in der Therapie darum geht, in diese zunächst unwillkürlichen Abläufe einzugreifen, das heißt, das an Zugang zu nutzen, was möglich ist.

#### *3.3.2 Neue Stotterreaktion: Klicken eines Handzählers nach Aussprache des ganzen gestotterten Wortes*

Als erstes Beispiel der Benutzung einer zusätzlichen Bewegung während des Sprechens benutzen wir das Klicken (Betätigen) eines Handzählers (Mengen- und Ereigniszählers). Die Aufgabe besteht darin, nach der vollständigen Aussprache eines „Stotterwortes“, d. h. eines Wortes, in dem Stottern, gleich welcher Art, aufgetreten ist, zu klicken (d. h. den Drücker des Handzählers zu betätigen).

Dieses Beispiel ist brauchbar und nützlich, wenn man darauf achtet, dass nicht in ein Stotterereignis „hineingeklickt“ wird, um den Klick als Starthilfe zu verwenden, sondern man soll das Ende der Aussprache des Wortes abwarten, in dem Stottern aufgetreten ist, nach dem Ende eine kleine Pause machen und dann den Drücker betätigen, so dass ganz klar erkennbar ist, dass das Klicken des Zählers



eine *zusätzliche* Bewegung ist, die mit der Aussprache des Stotterwortes nicht verbunden ist, sondern *danach* stattfindet.

### 3.3.3 Übung: Sprechen als überwachte Bewegung

Bevor die zusätzliche Bewegung (Drücken des Handzählers) durch eine vorbereitete Sprechbewegung (siehe unten) ersetzt wird, wird eine Sprechübung durchgeführt, die darin besteht, dass der Üben-  
de einzelne Wörter hochgradig bewusst, leicht verlangsamt, aber mit voller Rückmeldung (Wahrnehmung von Kontakten/Bewegung/Lage) ausspricht. Dabei kann alles benutzt werden, was in der „Phonetischen Unterweisung“ im ersten Abschnitt (vgl. 3.1.5) vermittelt wurde.

### 3.3.4 Theoretische Erörterung: „Die logische Kette“

Obwohl Stottern an sich als ganz unwillkürlich erscheint und vom Stotterer wie von außen auferlegt erlebt wird, gibt es eine Reaktion, die alles Stottern plötzlich und ohne besondere Übung zum Ende bringt, nämlich die Beendigung des Sprechens, das Nicht-Weiter-sprechen.

Eine Stotterin, die ihr Sprechen einstellt und ihre Mitteilungsabsicht aufgibt in dem Moment, in dem sie Stottern voraussieht oder tatsächliches Stottern auftritt, stottert tatsächlich nicht. Die Regel: „Wer nicht spricht, stottert nicht“ erscheint zunächst wie ein Witz, ist aber für andere neurologische Störungen/Erkrankungen (etwa Parkinson) keineswegs selbstverständlich.

Die nächste Aussage in dieser Kette wäre, dass es auch dadurch, dass man nicht aus dem ganzen Bewegungsablauf des Sprechens aussteigt, sondern in der erreichten Stellung anhält, grundsätzlich möglich ist, das Stottern zu beenden.

Wenn das akzeptiert ist, wäre die nächste Aussage, dass es möglich ist, in diesem Stillstand den Bewegungsplan für das Weitersprechen ganz aufzugeben (nicht den inhaltlichen Plan, sondern den Bewegungsplan), einen neuen Plan zu machen (nämlich den, das gestotterte Wort von der gegebenen Stelle aus verlangsamt und hochgradig bewusst auszusprechen) und auszuführen.

Das ist die sehr ausführliche Beschreibung des Pullout, d. h. der Stotterreaktion, die in dieser Therapie als „optimal“, d. h. als die beste aller Möglichkeiten, vermittelt wird.

### *3.3.5 Die Nachbesserung [NB] als Vorstufe zum Pullout [PO]*

Es wird erklärt, dass der Pullout für einen Stotterer, der womöglich lange Zeit häufig angestrengt mit hochautomatisierten und zum Teil bizarren Stotterreaktionen verbunden mit erniedrigenden Gefühlen gesprochen hat, die Erklärung und die Logik des Pullout sehr leicht aussieht, dass der Erwerb und die Anwendung im wirklichen Leben bei echtem Stottern aber Aufgaben sind, die nicht leicht und schon gar nicht in kurzer Zeit gelingen werden.

Deswegen gibt es in dieser Therapie eine weitere Aktivität, die sog. Nachbesserung, die eine Vorstufe zum Pullout darstellt. Die Nachbesserung kann als Erfindung des großen US-amerikanischen Pioniers der Stottertherapie, Charles Van Riper, gelten. Er hat sie „cancellation“ (engl. für Löschung/Streichung/Ungültigmachung) genannt.

### *3.3.6 Zusammenbau der NB*

Die Nachbesserung ist eine aufwendige, aus mehreren Elementen zusammengesetzte Stotterreaktion, die letztlich einen massiven Eingriff in das Sprechen darstellt. Sie ist deswegen für die Teilnehme-

rinnen an dieser Therapie so belastend, weil sie keineswegs effizient ist, sondern für den Übenden eine ziemlich absonderliche Hemmung darstellt.

Sie ist für die Übende ein Opfer, das sie erbringen soll, um einen zukünftigen Nutzen zu erzielen, den Nutzen nämlich, dass der Übergang auf den Pullout leicht fällt.

Der Ablauf einer Nachbesserung setzt sich aus mehreren, aufeinander folgenden Schritten zusammen:

1. Spontan Sprechen bis echtes Stottern eintritt. Versuche, dem Stottern auszuweichen, auch solche, die hochautomatisiert sind, sollen, wenn möglich, unterbleiben.
2. Das Wort, in dem Stottern auftritt, (das „Stotterwort“) vollständig aussprechen unabhängig davon, welche Stotterreaktionen benutzt werden. Wenn Unterbrechungen auftreten, soll der Übende weitermachen. Der Schritt ist noch nicht erledigt, solange nicht das ganze Wort ausgesprochen ist. Diese strenge Vorgabe scheint mir nicht zwingend, aber plausibel. Van Riper sagte dazu, dass er nicht in die Integrität des Wortes eingreifen lassen möchte. Ich teile diese Ansicht.
3. Danach: Das Sprechen anhalten, das heißt, eine Pause von mindestens zwei Sekunden machen (am Anfang sicher länger).
4. In der Pause: Die glatte Aussprache des Stotterwortes mental und in einer verlangsamten glatten Bewegung (in „Pantomime“, d. h. ohne Stimme und ohne oder mit ganz wenig Atem) vorbereiten.
5. Dann: Die verlangsamte glatte Aussprache als überwachte (d. h. ganz absichtsvolle und deutlich wahrgenommene) Sprechleistung durchführen.
6. Dann: Normal weitersprechen. Die Verlangsamung und Überwachung kann bis in das nächste Wort fortgesetzt werden.

### *3.3.7 Anwendung der NB in In-vivo-Übungen (Telefon/Stadt) mit Vorbereitungen*

Die Organisation der In-vivo-Übungen entspricht der im zweiten Therapieabschnitt. Die geforderte Muteleistung, die die Teilnehmerinnen zu erbringen haben, ist deutlich größer. Pseudostottern kann immer noch als schwächere Variante des echten Stotterns durchgehen. Nachbesserungen sind ein großer auffälliger Eingriff, an den sich die Gesprächspartner meist schnell gewöhnen, aber das wissen die Teilnehmerinnen vorher nicht.

### *3.3.8 Transfer der NB in die Gruppe und ins wirkliche Leben*

Auch hier gilt das für den vorigen (zweiten) Abschnitt Gesagte, um einen zukünftigen Nutzen zu erzielen, den Nutzen nämlich, dass der Übergang auf den Pullout leicht fällt. Leider verzichten viele Kollegen darauf, ihren Patientinnen die Nachbesserung beizubringen. Dadurch nehmen sie in Kauf, dass diese den korrekten Pullout nie richtig lernen, sondern eine minderwertige Form von Stotterreaktion benutzen, die in anderen Systemen irreführenderweise als „Prolongation“ bezeichnet wird.

## 3.4 Abschnitt 4: Pullout

Ziel dieses Abschnittes ist es, einen weiteren bedeutenden Schritt in der Van Riper'schen „Modifikationsphase“ zu gehen, nämlich den sog. Pullout („Sich-heraus-Ziehen“) zu lernen und seine Anwendung zu erproben und zu üben.

### 3.4.1 *Theoretische Erörterungen:*

#### *Der PO als die „optimale Stotterreaktion“*

Nach meiner Auffassung ist die Grundlage aller Überlegungen die Unterscheidung zwischen dem *Kernstottern* mit und ohne Antizipation und den *Reaktionen* auf die Antizipation und eingetretenes Kernstottern. Das Kernstottern hat nach meiner Auffassung eine organische Grundlage, ist gänzlich unfreiwillig, sehr schwer zu kontrollieren und bleibt normalerweise ein Leben lang erhalten.

Deswegen geht es grundsätzlich nicht um die Beseitigung des Stotterns, am besten als ob es nie dagewesen wäre, sondern um eine bestmögliche Verbesserung. Das schließt nicht aus, dass geeignete Kompensationen gelernt und so vollkommen automatisiert werden, dass kein Stottern mehr auftritt. Echte Heilungen in diesem Sinne sind also möglich aber, wie alle Erfahrungen zeigen, extrem selten.

Das Kernstottern besteht darin, dass die Ausführung des Bewegungsplans, die Umsetzung der Sprechabsicht nicht gelingt. Der Sprechapparat macht etwas anderes als das, was der Sprecher beabsichtigt hatte, in diesem Sinne ist es ein „Verlust der Kontrolle“, ein Kontrollverlust also, obwohl dieser Begriff in anderen Zusammenhängen auch anders verwendet wird.

Dagegen ist die *Stotterreaktion* etwas, das sich durch jahrlange Verwendung automatisiert hat, ursprünglich instrumentell benutzt wurde, um Kernstottern zu vermeiden oder zu erleichtern oder eingetretenes Kernstottern zu beenden. Es ist wie alles instrumentelle Verhalten operant, d. h. anhand seiner Konsequenzen, gelernt worden. Der „verstärkende Erfolg“, lerntechnisch gesprochen: die „Verstärkung“, ist durch die schließliche (ggf. erleichterte) Aussprache des jeweiligen Stotterwortes eingetreten.

Die Trennung zwischen Kernstottern und Stotterreaktion erlaubt es, die Frage zu stellen, welche von mehreren Möglichkeiten die beste Stotterreaktion ist. Meiner Auffassung nach sollte sie mindestens zwei Eigenschaften haben:

- Die Stotterreaktion, die als optimal gelten kann, sollte ein getreues Abbild der normalen Sprechbewegung sein.

Ausgehend von der Überlegung, dass ja jeder Stotterer jedes Wort der eigenen Sprache unter günstigen Umständen ganz normal aussprechen kann (das könnte auch anders sein, wäre dann aber nicht ein Problem im Bereich des Stotterns, sondern im Bereich der Artikulation), erscheint es mir absurd, für die Bewältigung des Stotterns etwas zu nutzen, was nicht Bestandteil der normalen Sprechbewegung ist.

- Die Stotterreaktion, die als optimal gelten kann, sollte nachfolgendes normales Sprechen begünstigen.

Wir beobachten tatsächlich, dass spätestens im vierten Therapieabschnitt die meisten Teilnehmerinnen so gut wie nicht mehr stottern. Wie wir wissen, ist dafür zumindest teilweise der von mir so genannte „Kuscheleffekt“ (vgl. Punkt 1.3) verantwortlich. Darüber hinaus scheint aber auch eine vom Sprecher wahrnehmbare Verbesserung der motorischen Einstellung für flüssiges Sprechen einzutreten. Das ist der Grund, warum wir sog. Pullout-Bäder, d.h. die Überflutung des laufenden Sprechens mit absichtlichen Pullouts, als Maßnahme zur langfristigen Festigung der Sprechflüssigkeit empfehlen, wie das bereits Van Riper getan hat.

### 3.4.2 Erklärung des PO

Auch der Pullout besteht auch aus mehreren aufeinander folgenden Schritten:

1. Spontan normal sprechen.
2. Bei wahrgenommener Antizipation oder wahrgenommenem Stottern an der ersten erreichbaren Stelle „eingreifen“, d.h. anhalten.

3. Die erreichte Stellung für einen kurzen Moment (bei den ersten Versuchen zwei Sekunden, dann immer kürzer und schließlich gar nicht mehr) nicht weitersprechen. Dabei das Bewegungsprogramm umstellen auf „gefühltes“ (verlangsamtes achtsames) Sprechen.
4. Das Wort gefühlt zu Ende sprechen. Damit ist ausdrücklich (anders als bei der NB) nicht gemeint, dass man das Stotterwort ganz wiederholt. Mit wachsender Übung kann der Übergang zu normalem, d.h. nicht-gefühltem Sprechen immer früher erfolgen.

### *3.4.3 Anwendung des PO an Stelle der NB*

Hier zählen sich schließlich die Bemühungen beim Erwerb und bei der Anwendung der NB aus. Die Umstellung von NBn auf POs fällt leicht. Einige Teilnehmer, die in der Zeit zwischen dem 3. und 4. Therapieabschnitt sehr fleißig waren, nehmen auftretendes Stottern als Signal, halbautomatisch eine NB zu machen und müssen zur Ersetzung der NBn durch POs aufgefordert werden.

Die Verwendung von POs wird von den Teilnehmern durchweg positiv beurteilt. Das ist ein wesentlicher Unterschied zur NB, die als belastend und mühevoll, auch wenn sie, rational betrachtet, als nützlich bewertet wird.

### *3.4.4 Zusätzliche Aufgabe zur Übung und Anwendung des PO: Halten einer Rede oder eines Referats*

Eine zusätzliche Aufgabe im vierten Therapieabschnitt ist das Halten einer Rede (ausformulierter Text mit vollständigem Manuskript, von dem nicht oder nur im Notfall abgelesen werden darf) oder eines Referats (freie Darstellung mit Stichwörtern von Karteikarten) im

Umfang von 10 bis 15 Minuten mit Zuhörern, auch externen. Um den Stress zu erhöhen, werden die Präsentationen in einer etwas formalisierten Umgebung (mit Moderation/Händedrücken/Frage und Antwort). Die Teilnehmer haben die Aufgabe, in den Vortrag POs und NBn einzubauen.

### *3.4.5 In-vivo-Übungen (Telefon/Stadt) nach Wunsch bzw. Bedarf*

In-vivo-Übungen (vgl. Punkt 3.2.5) werden, falls gewünscht, ebenfalls durchgeführt, mit aber auch ohne Begleitung durch eine Therapeutin.

### *3.4.6 Zusammenfassung der individuellen Lage jedes Teilnehmers*

Am Schluss steht eine ausführliche Zusammenfassung zum individuellen Stand jeder Teilnehmerin in Anwesenheit der ganzen Gruppe. Es wird angesprochen, an welchen Stellen der Teilnehmer noch „offene Baustellen“ hat und wie die Empfehlungen der Therapeutinnen zur Weiterarbeit aussehen. Immerhin geht das Therapieprojekt ja in die Phase der langfristigen Erprobung, die mit dem „Abschließenden Wochenende“ ein halbes Jahr später endet.

## 3.5 Abschnitt 5: Abschließendes Wochenende

In diesem „letzten Abschnitt“ des Therapieprogramms werden viele Aktivitäten durchgeführt, die üblicherweise an das Ende einer jeden Stottertherapie gehören.

Das, was Van Riper in seinem Buch „Die Behandlung des Stotterns“ als Stabilisierungsphase beschreibt (Van Riper, 1973), kann



natürlich an einem Wochenende von drei Tagen nicht vollständig abgehandelt werden. Es wird deswegen ergänzt durch informelle Interaktionen der Therapeuten mit einzelnen Patientinnen und von einzelnen Patienten unter einander. Diese finden auch in der „Therapie-freien Zeit“ zwischen dem Abschnitt 4 und dem Abschließenden Wochenende statt.

### *3.5.1 Sammeln der Berichte von der langen Therapie-freien Zeit*

Den Beginn bilden die Berichte der einzelnen Patientinnen im großen Kreis. In dem halben Jahr seit dem vierten Therapieabschnitt kann viel geschehen sein. Was vor allem interessiert, sind die tatsächlich eingetretenen Verbesserungen des Sprechens und ihre Auswirkungen auf das schulische bzw. berufliche Leben und das Privatleben.

### *3.5.2 Erfahrungsaustausch*

Beim Sammeln der Berichte kommt es zusätzlich zur Berichterstattung (jeweils eines Teilnehmers an alle Anwesenden) natürlich zu einem echten Austausch. Andere Patientinnen berichten von eigenen Erfahrungen, um Ähnlichkeiten oder Unterschiede darzustellen oder zu erklären. Oder der Berichterstatter fragt die ganze Runde, wie bestimmte Dinge gelaufen sind oder wie andere mit bestimmten Aufgaben oder Schwierigkeiten umgegangen sind.

Wenn die Diskussion nicht in Gang kommt oder stockt, versuchen die Therapeutinnen ausgehend von dem, was gerade gesagt worden ist, weitere offene Fragen zu stellen oder Themen anzusprechen, zu denen der Patient etwas sagen kann. Die Therapeutinnen nutzen natürlich die Gelegenheit, um wichtige Erkenntnisse und Erfahrungen hervorzuheben, unwichtige Beiträge zu entwerten und falsche und unproduktive Aussagen in Frage zu stellen.

### *3.5.3 Soweit notwendig: Auffrischen des Therapiekonzepts*

Natürlich wird die Gelegenheit ergriffen, noch einmal das ganze Therapiekonzept in Erinnerung zu rufen. Dabei kommt es manchmal (eher selten) dazu, dass Missverständnisse aufgeklärt werden können. Auch wird diskutiert, inwieweit von den Therapeuten angekündigte Effekte und Ereignisse tatsächlich eingetreten sind.

### *3.5.4 Übungen in der Wahrnehmung von glatten/normalen Sprechleistungen*

Als Einstimmung auf die nachfolgende Übung werden Übungen zur Wahrnehmung von normalen, ganz unterbrechungsfreien und damit stotterfreien Sprechleistungen durchgeführt. In der ganzen Therapie hat die Bewusstheit der Wahrnehmung von Stotterereignissen und bei der Modifikation von Stotterreaktionen eine so beherrschende Rolle gespielt, dass es jetzt in der Endphase der Therapie sinnvoll erscheint, den Fokus ganz auf das Gegenteil zu richten, die regelgerechte glatte unterbrechungsfreie Sprechbewegung, die insoweit vielleicht tatsächlich nicht „normal“ ist und schon gar nicht spontan.

### *3.5.5 Hinweise für die nachfolgende Selbsttherapie*

Das Konzept unserer Therapie ist, aber das werden viele Therapeutinnen von ihren Methoden behaupten, dass die Patienten von der Intervention (dem Sich-Einmischen) der Therapeutin unabhängig wird. Dem Patienten sollen auf alle Fragen hilfreiche Antworten einfallen und für alle Defizite nützliche Übungen, um diese zu beheben. Um diese Art von Selbsttherapie zu erreichen, muss die Aufforderung zur und Forderung nach Selbsttherapie deutlich ausgesprochen werden.

Die Intensität der geforderten Selbsttherapie kann ganz unterschiedlich sein. Für den einen mag es ausreichen, ab und zu und Anlassbezogen an Stottern und die absolvierte Therapie zu denken, für eine andere mag es nützlich sein, im Sinne einer festen Routine täglich ein gewisses Pensum an selbsttherapeutischen Aktivitäten durchzuführen. Die Aufforderung zur Selbsttherapie enthält die Warnung davor, sich der erreichten Ergebnisse zu sicher zu fühlen.

Die allmählichen Verschlechterungen werden anfangs gar nicht wahrgenommen, bis man sich in einem Zustand befindet, in dem man das Gefühl hat, man müsste nochmal „ganz von vorn“ anfangen. Das ist dann in Wirklichkeit nicht der Fall, weil der Patient bemerkt, dass der Zug, manchmal nur durch Rückbesinnung auf die drei Modifikationstechniken Pseudostottern, Nachbesserung und Pullout, „wieder ins Rollen kommt“.

Der Satz, der hier ebenso wie an anderen Stellen gilt, ist: Diejenigen Patientinnen haben die stabilsten Ergebnisse, die über längere Zeit (ich denke da an Jahre) das Projekt „Selbsttherapie des Stotterns“ nicht ganz vergessen, sondern es ständig am Köcheln halten, wenn auch auf ganz kleiner Flamme.

### *3.5.6 Hinweise auf zur Verfügung stehende Ressourcen*

Zum „Köcheln auf kleiner Flamme“ gehört auch, dass man vorhandene Ressourcen nutzt. Seit den 1970er Jahren, als ich begann, mich für das Thema Stottern aktiv zu interessieren, hat sich die Welt in Bezug auf Stottern schon erheblich gewandelt. Es geht um folgende Ressourcen:

#### *1. WhatsApp-Gruppe*

In den letzten Therapiegruppen wurden von den Teilnehmerinnen und Therapeuten WhatsApp-Gruppen gebildet. Erfahrungsgemäß

schlafen diese Gruppen nach längerer Zeit (ein oder zwei Jahre nach der Therapie) wieder ein.

### *2. Ehemaligentreffen in Hübigen (Westerwald)*

Seit 1999 gibt es ein jährliches Treffen von Absolventen einer Modifikationstherapie (nicht notwendigerweise dieser) des Stotterns. Dort treffen sich etwa 60 bis 80 solcher Absolventinnen.

### *3. Örtliche Selbsthilfe-Gruppe*

Nicht an allen Orten gibt es sie und die, die es gibt, sind nicht immer wirklich aktiv und attraktiv. Solch eine Selbsthilfe-Gruppe kann aber eine Plattform bilden, um im Kontakt mit Menschen, die Stottern ebenfalls aus eigener Erfahrung kennen, aktiv zu werden.

### *4. Bundeskongress der BVSS*

Seit 45 Jahren findet im Herbst jedes Jahres ein deutschlandweiter Kongress der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe (BVSS) statt, veranstaltet von der örtlichen Selbsthilfe-Gruppe oder vom entsprechenden Landesverband.

### *5. Seminare der BVSS*

Die BVSS und ihre Landesverbände führen laufend Seminare zu den unterschiedlichsten Themen durch, die im weitesten Sinn etwas mit Stottern und/oder mit Selbsthilfe zu tun haben.

### *6. Auffrischungs-Wochenende*

Die Therapeuten dieser Therapie veranstalten in jedem Jahr ein Auffrischungsseminar an einem verlängerten Wochenende (Donnerstag bis Sonntag). Dieses steht jeder offen, die an dieser Therapie teilgenommen hat, auch viele Jahre später.

### *7. Rückgriff auf die Therapeuten*

Wir empfehlen am Ende der Therapie allen Patientinnen, von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, auf die Therapeuten zurückzugreifen, wenn die Patientin merkt, dass sie in einem Engpass steckt, d. h. die Entwicklung nicht mehr weitergeht oder eine spürbare Verschlechterung eingetreten ist, die der Betreffende nicht allein beheben kann.

#### *3.5.7 Etwas Neues am Ende: Flüssigkeits-fördernde Sprechweisen (nicht als lokaler Eingriff, sondern als globaler Zustand)*

Normalerweise werden durch diese Therapie die Teilnehmer sehr flüssig. Mit Flüssig-Werden ist gemeint, dass sie sich die meiste Zeit im Zustand A befinden. Stottern kommt nicht vor. Gelegentlich auftretendes Stottern ist selten und leicht und stellt, wenn überhaupt, eine nur geringe Einschränkung dar.

Dieses Bild ist natürlich ganz ideal gezeichnet und wird natürlich durch die „therapeutische Umgebung“ begünstigt („Kuscheleffekt“). Die Realität sieht dann doch oft anders aus, besonders in stressreichen Situationen. Deswegen und zur Absicherung des ganzen Therapieergebnisses präsentieren wir beim Abschließenden Wochenende zwei Arten zu sprechen, die im Sinne der Sprechrestrukturierung (früher: Fluency Shaping) „Sprechtechniken“ genannt werden könnten. Hier treffen sich also die beiden Therapiekonzepte. Das Überwachte Sprechen macht ausdrücklich nicht von dem Verfremdungseffekt Gebrauch. Das Pullout-Bad letztlich auch nicht. Der Unterschied ist natürlich, dass hier das stotterfreie Sprechen am Ende der Therapie steht, am Ende eines Umweges über eine modifizierte Art zu stottern, während das stotterfreie Sprechen bei der Sprechrestrukturierung das einzige große Therapieziel von Anfang bis zum Ende der Therapie ist.

### 3.5.8 Überwachtes Sprechen

Unter *Überwachtem Sprechen* versteht man eine Art zu sprechen, in der alle Einzelheiten der Sprechbewegung wahrgenommen werden (akustisch, aber auch kinästhetisch – Bewegungsbezogen, taktil – Kontakt-bezogen/propriozeptiv – Lage-bezogen). Eine gute Vorübung ist die Wahrnehmung von einzelnen Lauten und Lautübergängen wie z. B. beim Sprechen von Zungenbrechern. Eine andere Vorübung ist die Fokussierung auf bestimmte Stellen des Sprechapparates (z. B. seitliche Zungenränder, Berührung der Lippen, Berührung der Vorderseite der oberen Schneidezähne mit der Rückseite der Unterlippe, Berührung Zungenblatt mit dem Gaumen an verschiedenen Stellen), die sensorische Unterscheidung von angeschalteter und nicht-angeschalteter Stimme mit der flachen Hand auf dem Brustkorb oder den Fingern an der Kehle.

Eine ganzheitliche Wahrnehmung entsteht durch folgende Übung: Man spricht Wörter abwechselnd beim (normalen) Sprechen mit Stimme und beim Sprechen ohne Stimme (also in einer Art stummer Pantomime), beides in derselben Geschwindigkeit. Die Übung ist gelungen, wenn die taktil-kinästhetisch-propriozeptive Wahrnehmung beim stummen Sprechen, (bei dem es nichts gibt, was man wahrnehmen kann als die Kontakte und die Bewegung selbst), der Wahrnehmung beim Sprechen mit Stimme genau gleicht. Normales stimmhaftes Sprechen mit dem Fokus auf dieser Gesamtwahrnehmung ist das gewünschte überwachte Sprechen.

*Überwachtes Sprechen* erfordert die ganze Aufmerksamkeit und ist insofern anstrengend. Die meisten Menschen, die nicht viel Erfahrung darin haben, können es nicht lange durchhalten. Was man für die mentale Anstrengung bekommt, ist ganz stotterfreies Sprechen, das möglicherweise etwas verlangsamt ist und etwas künstlich klingt. Wenn man jemanden gut kennt, kann man meist hören, ob er überwacht oder spontan spricht.

Die Anwendung von *Überwachtem Sprechen* hat eine Flüssigkeit-stabilisierende Wirkung. Man sollte es aber nicht anwenden/an-

zuwenden versuchen, wenn man beobachtet, dass man schwer stottert oder fürchtet, in einer bestimmten Situation stark zu stottern. In beiden Fällen ist die Anwendung von Pseudostottern, bei schwereren Stotterereignissen von Pullouts einschließlich Nachbesserungen die bessere Wahl. Bei längeren Sprechleistungen (z. B. Halten einer Ansprache/Rede oder eines Vortrages) sollte man *Überwachtes Sprechen* vorzugsweise einsetzen, wenn das Sprechen an dem Tag auch unüberwacht gut läuft.

Eine sehr gute stabilisierende Wirkung tritt ein, wenn man sich zur Gewohnheit macht, täglich einige Male mindestens ein bis zwei Sätze überwacht zu sprechen.

Van Riper prägte und benutzte dafür den Begriff „*High-stimulus speech*“ (etwa: Sprechen mit hohem/überhöhtem Reizwert).

### 3.5.9 „*Pullout-Bad*“/„*Pullout-Dusche*“

Eine weitere Variante des Flüssigkeits-fördernden Sprechens ist das Pullout-Bad bzw. die Pullout-Dusche. Gemeint ist dasselbe, nämlich die Überflutung des eigenen Sprechens mit vielen imitierten Pullouts, „Pseudopullouts“ sozusagen. Man kann sich vorstellen, dass bei dieser Art zu sprechen, echtes Kernstottern extrem unwahrscheinlich wird. Wer massenweise Pseudopullouts verwendet, stottert definitionsgemäß nicht und wenn ein echter Block dazwischen rutscht, ist er rasch erledigt, da man sich die ganze Zeit sowie in einer auf Pullouts gerichteten motorischen Grundeinstellung befindet. Die entsprechenden Bewegungsprogramme sind ständig geladen.

## 4 Die Forderung nach der Evidenzbasierung: Ein Epilog in Fragen und Antworten

### 4.1 Was ist das Problem?

Es ist in den letzten Jahren gängige Praxis geworden, dass nicht nur für den Nachweis der Wirksamkeit von Substanzen (Medikamenten) und einzelnen therapeutischen Maßnahmen/Aktivitäten statistisch gesicherte Prüfungen stattfinden, sondern auch für komplexe Behandlungen von Krankheiten, d. h. Kombinationen von Medikamenten und Maßnahmen/Aktivitäten, die je nach der Entwicklung des Patienten ganz unterschiedlich sein können und wegen der Unterschiedlichkeit (Diversität) der Patientinnen gar keine Vergleichbarkeit zulassen, die die Grundlage jeder statistischen Auswertung bildet. Dabei wird die statistische Qualität derartiger Untersuchungen als Maßstab für die Bevorzugung des Therapieverfahrens (die Empfehlenswertigkeit) im Vergleich mit anderen Therapieverfahren genommen. Das ist meiner Meinung nach eine schlimme Fehlentwicklung.

### 4.2 Das klingt ja wie die Ablehnung der Wissenschaftlichkeit. Wie sollen denn Wirksamkeiten festgestellt werden außer durch die quantitative und Ergebnisoffene Vermessung der klinischen Realität oder besser: durch kontrollierte Experimente?

Es ist interessant, auf welchem Wege und mit welchem Ziel die Forderung nach der Evidenzbasiertheit in die klinische Forschung gekommen ist, nämlich durch die pharmakologische Forschung und das Ziel, die Wirkungen von Substanzen objektiv zu messen. Für die Prüfung der Wirksamkeit von einzelnen Medikamenten (Wirkstoffen) und einzelnen Therapieaktivitäten ist das auch in Ordnung, weil die Diversität der Testpersonen durch die Eigenschaften der Stichpro-



be berücksichtigt wird. Diese muss repräsentativ sein. Dann erhält man verzerrungsfreie Mittelwerte, d.h. Schätzungen für die mittlere Wirkung und für die Streuung der Wirkung, mit denen man weiterrechnen kann. Wirkungen, die durch die Person des Behandlers entstehen, werden beabsichtigt dadurch nicht gemessen, dass dieser nicht als Behandler und nicht als Versuchsleiter in Erscheinung tritt.

#### 4.3 Wenn also Wirkungsnachweise wünschenswert sind, was sollte denn beforscht werden, wenn nicht die Ergebnisse von Therapien?

Insoweit, als die behandelten Patientinnen divers, d.h. im ganzen Störungsbild und was Komorbiditäten betrifft unterschiedlich, sind, macht der Wirksamkeitsnachweis durch Untersuchung der Therapieergebnisse wenig Sinn. Diese müsste nämlich unterstellen, dass alle beobachteten Probanden dieselbe Therapie erhalten haben. Das ist trivial, wenn es nur um die Gabe eines Medikaments geht oder um eine einzelne therapeutische Aktivität. Das ist aber bei einer komplexen Therapie einer komplexen Störung nicht der Fall. Die kompetente Therapeutin wird bei einem realen Patienten alles tun, was ihr nach ihrer Einschätzung und nach den ihr bekannten Studienergebnissen (formell-wissenschaftlich oder informell-episodisch) von anderen als für den Patienten nützlich erscheint. Das kann einer begabten und erfahrenen Therapeutin auch gut gelingen. Man muss nur aufpassen, dass man nicht die Wirksamkeit des Therapieverfahrens mit der Wirksamkeit des Therapeuten vermischt. Der Einwand dieses Absatzes trifft in gleicher Weise auf die Psychotherapie, wo die Patientinnen ebenfalls sehr divers sind, es sei denn, dass der Therapeut so hochgradig spezialisiert ist, dass er nur Patientinnen behandelt, die sich sehr ähnlich sind.

#### 4.4 Ist es nicht richtig, dass man Therapieverfahren, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, verwirft?

Nein, ist es nicht. Es ist sehr leicht, Beispiele zu finden, in denen man Problemlösungen gefunden und gleich in der Praxis erprobt hat, und im Erfolgsfall dabei geblieben ist, ohne vorher in einer kontrollierten, randomisierten prospektiven Studie die Wirksamkeit der Maßnahme zu beweisen, am besten mit einer sehr geringen Irrtumswahrscheinlichkeit. Ein zugegebenermaßen sehr absurdes Beispiel betrifft die Verwendung von Fallschirmen für Pilotinnen von Kampfflugzeugen. Welches Signifikanzniveau eines Experiments hätte man gebraucht, damit sich die Armee für die Anschaffung und Verwendung von Fallschirmen entschließt? In diesem Fall, wie in vielen anderen, hätte der gesunde Menschenverstand ausgereicht. Fallschirme retten Leben, im Vergleich zu Sprüngen ohne Fallschirme.

#### 4.5 Sollte eine sinnvolle Wirksamkeitsforschung im Bereich der Stottertherapie sich mit den einzelnen Aktivitäten beschäftigen?

Diese Therapie, wie hier dargestellt, gibt es schon seit 30 Jahren, wenn man die Zeiten von Van Ripers Tätigkeit dazuzählt, seit etwa 85 bis 90 Jahren. Dennoch wissen wir, genau genommen, immer noch nicht, ob gewisse Elemente der Therapie, die Aktivitäten, überhaupt notwendig sind (wären die Ergebnisse schlechter, wenn man sie aus dem Pflichtprogramm streichen würde?) und wenn ja, ob und wie sie verbessert werden sollten (würden die Ergebnisse besser, wenn man sie anders machen würde?). Dafür könnte man das gesamte Arsenal der quantitativen empirischen Forschung zum Einsatz bringen.

Eine mentale Hemmung der Therapeuten müsste man natürlich überwinden. Diese besteht darin, dass jede Therapeutin natürlich im-

mer versucht, das zu machen, d.h. die Aktivitäten in der Weise so durchzuführen bzw. durchführen zu lassen, wie es ihr am besten erscheint. In einem Experiment ist das nicht immer gegeben. Da wird man Varianten so verwenden, wie es der Versuchsplan vorschreibt, und muss das tun, obwohl die eigene Überzeugung sagt, dass diese Variante die schlechtere ist und das auch in der Auswertung herauskommt.

#### 4.6 Welche Aktivitäten könnten/sollten in dieser Weise beforscht werden?

Da fallen mir mehrere ein:

1. Die sprechwissenschaftliche Unterweisung („Phonetik“). Wird die Therapie wirklich besser, wenn der Patient mehr über normales Sprechen weiß? Ist unsere Art der Vermittlung wirklich die beste?
2. Die Videoaufnahme und -analyse. Auch hier: Ginge es auch ohne? Müsste man sie anders machen?
3. Die Bodenübung. Ja, der Zugang zum Pseudostottern wird für die Patientinnen deutlich erleichtert, das wissen wir, weil wir die Bodenübung erst vor einiger Zeit „erfunden“ haben und erst seitdem verwenden. Aber es ist natürlich eine große Zahl von Varianten möglich.
4. Varianten der Modifikationstechniken (Pseudostottern/Nachbesserung/Pullout). Die Modifikationstechniken haben sich über die Jahre natürlich entwickelt. Da wird die Wirksamkeit am ehesten augenfällig. Aber natürlich kann man Varianten erfinden und diese einem kontrollierten Experiment unterziehen.
5. Die In-vivo-Übungen in allen drei „Künsten“ (PS, NB und PO) Auch hier: Ginge es ohne? Machen wir genug? Oder zu viel?
6. Halten eines Vortrages. Das ist bestimmt eine nützliche und interessante Erfahrung für jeden. Öffentliches Sprechen macht Spaß und die Fähigkeit, das zu tun, erhöht die soziale Kompetenz und

diese öffnet Türen. Aber ist diese Aktivität vielleicht entbehrlich? Schließlich bezahlt ja die Krankenkasse, d.h. die Gemeinschaft der Versicherten, diese Aktivität.

#### 4.7 Was ist das Fazit dieser ganzen Überlegungen?

Ich wehre mich nicht gegen die Beforschung der Stottertherapie. Die Bewertung von Therapieverfahren anhand von Stotterraten (Prozentwerte von Stotterereignissen je 1000 gesprochene Wörter) halte ich für vergeblich, auch wenn sie ergänzt werden um Messwerte von Fragebögen zur Lebensqualität. Den Grad der Empfehlung abhängig zu machen von der methodischen Qualität der entsprechenden Studien, wie das in den Leitlinien des Bundesausschusses nach § 91 SGB V gängig ist, halte ich geradezu für abwegig. Dadurch werden kleine Anbieterinnen mit wenigen Fällen und geringen Forschungsmitteln, aber vielleicht sehr hohen Kompetenzen, was den anstehenden Einzelfall betrifft, aus dem Wettbewerb ausgeschlossen und landen, zusammen mit inkompetenten Kollegen, im Topf „Unspezifische Verfahren“. Die Forschung von Stottertherapie sollte die Feststellung der Wirksamkeit von einzelnen Aktivitäten zum Ziel haben, die Wirksamkeit der Aktivität an sich und die Wirksamkeit in einem Therapieprogramm.

## **5 Literatur**

Van Riper, C. (1973). *The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Van Riper, C. (2016). *Die Behandlung des Stotterns. 7. Auflage*. Köln: Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e. V.

## **Kontakt**

Andreas Starke

*info@andreasstarke.de*