

Konstruktive Komplextherapie des Stotterns nach O. Braun

Ein intra- und interkultureller Ansatz zur Behandlung des Stotterns

Karin Iqbal Bhatti

ZUSAMMENFASSUNG. Der vorliegende Artikel stellt einen umfassenden und neuartigen Ansatz zur Behandlung des Stotterns vor, der sowohl intra- als auch interkulturell einsetzbar ist: Die Konstruktive Komplextherapie des Stotterns nach O. Braun. Zunächst werden die theoretischen Grundlagen beschrieben – der konzeptuelle Teil mit dem Modell der Therapeutischen Wirkfaktoren und der methodische Teil mit dem Problemorientierten Therapeutischen Stufenmodell. Abschließend veranschaulicht ein Fallbeispiel die Umsetzung dieses Behandlungsansatzes, der geleitet wird von kooperativem Handeln und den Schlüsselkompetenzen der Selbstorganisation und Eigenregulation.

Schlüsselwörter: intra-/interkulturelle und subjektorientierte/individuumszentrierte Stottertherapie – Konstruktive Komplextherapie – Therapeutisches Wirkfaktorenmodell – Therapeutisches Stufenmodell – Kooperatives Handeln – Selbstorganisation – Eigenregulation

Einleitung

Das Miteinander der Menschen im 21. Jahrhundert wird durch den Prozess der Globalisierung bestimmt. Dies führt dazu, dass sich die Menschen leichter begegnen und häufiger austauschen. Damit verbunden ist ein ständiger Neuerwerb von Kenntnissen, Flexibilität im Umgang mit Unbekanntem und Reflexion in Bezug auf das eigene Handeln. Dies führt gleichzeitig zu deutlichen Veränderungen in vielen Bereichen der Menschen mit ihren unterschiedlichen Lebenswelten und komplexen Regelmechanismen.

Mit der globalen Entwicklung beschäftigen sich daher in den letzten Jahrzehnten verstärkt die verschiedensten Forschungsdisziplinen. Gesundheitseinrichtungen in Deutschland wie logopädische und sprachtherapeutische Praxen, Beratungsstellen, Sprachheilschulen, Kliniken und Pflegeeinrichtungen arbeiten seit vielen Jahren mit immer mehr Menschen aus unterschiedlichen Kulturen/Nationen¹. Dies stellt viele TherapeutInnen vor neue Herausforderungen.

1 Der Anteil der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrations-/Ausländerstatus liegt bei etwa 19,2% (Statistisches Bundesamt 2009). In Berlin sind es 863.000 Menschen aus 189 Nationen. Das entspricht 25,7% der Berliner Gesamtbevölkerung. Die Gruppe derjenigen unter 18 Jahren liegt bei 42,5%, diejenigen unter 6 Jahren bei 43% (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2009).

Zu den bekanntesten und nahezu global auftretenden, komplexen und variablen Störungsbildern gehört das Stottern [F 98,5]. Stottern als Kommunikationsstörung ist besonders intensiv von intra- und interpersonellen Faktoren sowie situativen Kontextbedingungen abhängig, was an der Variabilität der Symptomatik sichtbar wird (vgl. auch *Wendlandt* 2010). Es wird angenommen, dass etwa 1 Prozent der erwachsenen Weltbevölkerung stottert. Damit sind weltweit etwa 69 Millionen erwachsene Menschen betroffen, in Deutschland 820 000.

Konstruktive Komplextherapie des Stotterns

In Abhängigkeit von den verschiedenen ätiologischen Hypothesen und den sich wechselseitig bedingenden und aufrechterhaltenden intra- und interpersonellen Faktoren haben sich im Laufe der Zeit verschiedene Konzeptionen zur Behandlung des Stotterns mit primär medizinischer, pädagogischer und psychologischer Provenienz entwickelt. Allein in Deutschland existieren etwa 300 bekannte Hilfen, Techniken, Methoden und Verfahren (Braun 1997; 2006, 320ff). Am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt Universität zu Berlin hat Braun 1996 das „Modell der Therapeutischen Wirkfaktoren“ und das „Problemorientierte

Dr. Karin Iqbal Bhatti studierte von 1991 bis 1998 an der Humboldt Universität zu Berlin Sprechwissenschaft mit der Spezialisierung Stimm- und Sprachtherapie. Von 1996 bis 2007 nahm sie an verschiedenen u. a. interkulturellen Forschungsprojekten teil. 2007 promovierte sie bei Prof. Dr. Braun zum Thema „Interkulturelle Kommunikation und Stottern“. Seit 1998 ist sie als Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeutin tätig, seit 2008 in eigener Praxis in Berlin. Sie ist Mitbegründerin der Communication Academy Berlin.



Therapeutische Stufenmodell“ zur Behandlung des Stotterns entwickelt (Braun 1997, 364ff). Beide Modelle sind heute unter dem Begriff „Konstruktive Komplextherapie des Stotterns“ bekannt.

Ausgangspunkt der „Konstruktiven Komplextherapie des Stotterns“ ist zum einen die historische Analyse einer Vielzahl von therapeutischen Ansätzen und der Versuch, pädagogisches und therapeutisches Handeln zu einem therapeutisch-pädagogisch orientierten Behandlungsansatz zu verbinden. Zum anderen basiert das Konzept auf der Grundannahme, dass beim Stottern nicht nur das Sprechen gestört ist, sondern ebenso die kognitive, die affektiv-emotionale und interaktive Ebene. Diese vier kommunikativen Ebenen, die weltweit beobachtbar sind und den relevanten Ebenen der Kommunikation entsprechen, bilden als sogenannte Wirkfaktoren die Grundlage des „Modells der Therapeutischen Wirkfaktoren“ (Braun 1997, 2002; Iqbal Bhatti 2007).

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie wurde die „Konstruktive Komplextherapie des Stotterns“ in einem weiteren Schritt in einen globalen Kontext gestellt. Zentrale Frage war, ob diese auch einen geeigneten interkulturellen² und somit globalen Behandlungsansatz darstellt. Das Ergebnis war positiv. Dazu wurde ein einheitlicher und teilstandardisierter Fragebogen³ erstellt, der

alle relevanten Aspekte abdeckt und eine Vergleichbarkeit der Daten im interkulturellen Kontext gestattet sowie kulturspezifische Aspekte berücksichtigt (Iqbal Bhatti 2007, 271ff).

Modell der Therapeutischen Wirkfaktoren

Das „Modell der Wirkfaktoren“ als konzeptueller Teil der „Konstruktiven Komplextherapie“ ist individuell ausgerichtet und integriert die therapeutischen Zielsetzungen und die bisher bekannten Behandlungsansätze des Stotterns (intra- und interkulturell), die den jeweiligen Wirkfaktoren (Sprechen, Kognition, Affekte-Emotionen und Gestaltung der kommunikativen Beziehung) zugeordnet sind (Abb. 1, n.S.).

Alle Behandlungsansätze zum Stottern (Hilfen, Techniken, Methoden, Verfahren) sind therapeutische Module. Module, die eine methodische, systematische oder komplexe Struktur besitzen, können in Untermodule zerlegt und entsprechend ihrer Wirkweise den jeweiligen Wirkfaktoren zugeordnet werden. Die einzelnen Wirkfaktoren unterliegen keiner hierarchischen Anordnung, sondern stehen in einer gleichrangigen und gleichwertigen Beziehung zueinander.

- 2 Aus dem Blickwinkel z.B. der Systemtheorien nach Casmir, Hall, Luhmann, Starosta & Chen, Maturana oder Parsons stellen Kulturen systemische und dynamisch aktive Gebilde dar, die in eine Vielzahl von Systemen und Subsystemen unterteilt werden. Alle Kulturen als Subsysteme weisen eigene, kulturspezifische Merkmale auf, die mit den über- oder untergeordneten Systemen (z.B. Staaten, Nationen) Übereinstimmungen in den grundlegenden Merkmalen zeigen. Das kleinste Subsystem und die damit kleinste Subkultur ist demnach der einzelne Mensch (Iqbal Bhatti 2007, 23-56, 226).
- 3 Der Fragebogen wurde ins Englische, Französische und Spanische übersetzt. Er integriert drei Fragenkomplexe, a) zur Soziodemographie, b) zum Stottern u.a. mit Fragen zu Geschlecht, Klassifikation, Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Symptomatik, Zielstellungen, intra- und interkulturelle Behandlungsansätze, Behandlungsdauer, gesellschaftlicher Umgang und c) zur interkulturellen Kommunikation. Insgesamt wurden 35 Fragen gestellt. Die Versendung erfolgte weltweit an 431 Experten in verschiedenen Institutionen und Organisationen in 130 Nationen. Die Expertengruppe setzte sich aus professionellen Experten und Selbsthilfe-Experten zusammen. Von 60 Experten aus 39 Nationen bei ausgewogener globaler Verteilung liegen die Ergebnisse vor.

► **Die Entfaltung der Sprechkompetenz** als eine der vier Komponenten umfasst die Grundlagen und die Pathologie des Sprechens im Kontext von Stottern. Zielstellungen sind hier u.a. die Aneignung von Wissen über Wahrnehmung, Reflexion, Körperhaltung/-spannung, Atmung, Stimme und Artikulation, Aneignung eines flüssigen Sprechens, einer neuen Sprechweise, Selbstkontrolle und -korrektur des Sprechens, Modifikation des Stotterns oder strukturierte Kodierung des Sprechvorgangs.

Entsprechend den Zielstellungen können hier alle Techniken, Hilfen, Methoden und Verfahren als therapeutische Module integriert und angewendet werden, die mit dem Sprechakt in Verbindung stehen. Dazu zählen u.a. Übungen zur Entspannung nach Wendlandt oder die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson; allgemeine Übungen zur Reflexion und Wahrnehmung, Atmung, Stimme und Artikulation z.B. nach Aderhold, Bergauer und Coblenzer & Muhar unter Einbindung der jeweiligen Standardaussprache einer Nation/Kultur, die Akzentmethode nach Smith; Sprechtechniken nach Ham (wie Selbstanalyse, Pseudostottern, verzögerte auditive Rückmeldung, Masking), Hausdörfer oder Richter; die Stotterkontrollierungstechniken nach Prüß oder Perkins; Fluency Shaping nach Pape/Tisch; die koordinierte Stotterkontrolle nach Jacobsen; Speecheasy (SprechManager) nach Stuart et al.; die Intensiv-Modifikation Stottern (IMS) nach Zückner & Kuckenber für Erwachsene und Kinder (wie Zeitlupensprechen, Prolongation, Pullout, Nachbesserung, Pseudostottern); SSMP-Programm nach Breidenfeldt & Lorenz; das (Mini)-KIDS-Programm nach Sandrieser & Schneider; das Sprechtrainingsprogramm nach Wendlandt; die Problemlösungsansätze nach van Riper, Dell oder Larsson; das Camperdown-Programm nach Onslow et al.; das Lidcombe Programm nach Lattermann oder die D.E.L.P.H.I.N.-Methode nach Schütz; die Sprechmodule der Sprechleistungsstufen nach Mannhard oder Stoll, die Kassler Stottertherapie nach Gudenberg oder die mehrdimensionalen und methodenkombinierten Therapien nach Motsch, Katz-Bernstein, Hansen & Iven, Baumgartner, Wendlandt oder Ochsenknecht & Thiel.

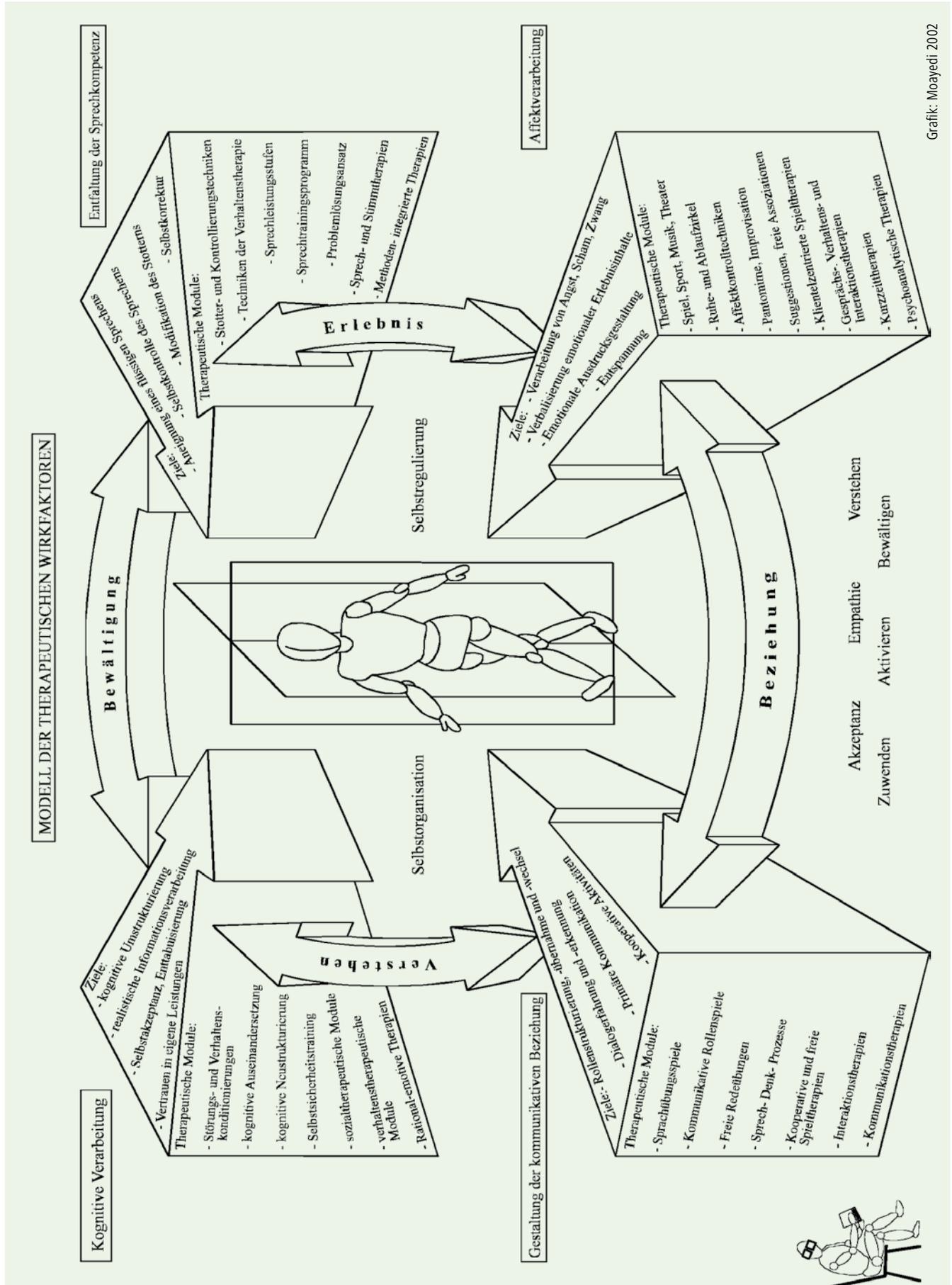
► **Die kognitive Verarbeitung** als weiterer Wirkfaktor integriert alle mentalen Fähigkeiten wie Denken, Wahrnehmen, Erkennen, Verstehen und Problemlösen. Zielstellungen sind hier u.a. das Zustandekommen von Einsichten in Bedeutung und Zusammenhänge des Stotterns, eine realistische Informationsverarbeitung, Veränderung der Störungsvorstellung und des Störungsbewusstseins, Umdenken und Neubewertung, Ablenkung

vom Stottern, die Enttabuisierung des Stotterns, Akzeptanz des Stotterns oder die Entwicklung von Selbstwahrnehmung, -einschätzung, -vertrauen oder -sicherheit. Im Rahmen dieses Wirkfaktors kommen alle Ansätze in Betracht, die bei der kognitiven Verarbeitung von Stottern hilfreich sind, wie die Desensibilisierungstechniken nach van Riper, Zückner et al., das Selbstsicherheitstraining nach Wendlandt; das Verhaltens- und Sozialmodul der Doetinchemer Methode nach Schoenaker; Module der integrativen Therapie nach Prüß, der mehrdimensionalen Therapie nach Fiedler & Standop, des Selbstverbalisationsansatzes nach Meichenbaum, der Akzeptanz- und Commitmenttherapie nach Ciarrochi & Bailey, der rational-emotiven Therapien nach Ellis (vgl. auch Intervalltherapie nach Rainel-Straka & Wolf 2010) oder der kognitiven Therapie nach Beck.

► **Der Wirkfaktor der affektiven Verarbeitung** integriert alle emotionalen Faktoren wie Gefühle oder Stimmungen, die hinsichtlich des Stotterns auftreten können. Ziele sind hier u.a. die Be- und Verarbeitung von Angst, Furcht oder Scham durch emotionale Selbsterfahrung, die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Ausdrucksgestaltung oder Körpererleben durch Entspannung und Bewegung. Unter diese Komponente subsumiert sind alle Hilfen, Techniken, Methoden und Verfahren, die bei der emotionalen Auseinandersetzung und bei der Be- und Verarbeitung des Stotterns hilfreich sind. In Betracht kommen u.a. allgemeine Module wie Tanz, Musik, Gesang, Schauspiel oder Zeichnen/Malen, der Ruhe- und Ablaufzirkel nach Fernau-Horn, Sprechtechniken zur Normalisierung des Ausdrucksverhaltens wie Pantomime, Improvisation oder Gebärdensprache, Suggestionen und freie Assoziationen, die szenische Improvisation nach Wendlandt, die Interaktions- und Sensibilisierungstechniken nach Krause, Techniken der Gesprächs- und Verhaltenstherapie nach Westrich, Module der psychologisch orientierten Therapien nach Moreno oder Perls, der Präventionstherapie nach Irwin oder der Dynamischen Stottertherapie (DST) nach Kollbrunner.

► **Die Gestaltung der kommunikativen Beziehung** als weiterer Wirkfaktor bezieht alle Faktoren ein, die mit Kommunikations- und Handlungskompetenzen im Zusammenhang stehen. Menschen, die stottern, ziehen sich oft aufgrund von lang andauernden, negativen kommunikativen Erfahrungen mehr oder weniger aus dem Kommunikationsgeschehen zurück. Ihre kommunikativen Kompetenzen können dadurch zum Teil erheblich eingeschränkt sein. Primäre Ziele sind hier

■ Abb. 1: Modell der Therapeutischen Wirkfaktoren – Grundmodell (Braun 1997, 397; 2006, 218)



Grafik: Moayedj 2002

die Wiederherstellung der Rede-, Gesprächs- und Dialogfähigkeit durch die Förderung der primären Kommunikation durch z.B. Dialogerfahrung, Rollenübernahme und -wechsel, kooperative Aktivitäten, aktives Zuhören sowie eine ungezwungene und freie Kommunikation. Diesem Wirkfaktor zugeordnet sind alle Ansätze, die zur Entwicklung von kommunikativen Fähigkeiten in alltäglichen und besonderen kommunikativen Situationen beitragen. Module, die hier in Betracht kommen, sind beispielsweise freie Sprechübungen wie Diskussionen, Gespräche, Vorträge, Referate, Übungen zur Förderung von Sprech-Denkprozessen, inhaltsbezogenes Sprechen, kommunikative Rollenspiele wie Interaktionsspiele oder die Vergrößerung der Zuhörerschaft; das Kommunikationstraining in Alltagssituationen nach *van Riper* oder *Wendlandt*; die Kommunikationsmodule der Sprechleistungsstufen nach *Mannhard* oder *Stoll*, der methodenkombinierten (mehrdimensionalen) Therapien nach *Baumgartner*, *Deuse*, *Katz-Bernstein* oder *Fiedler & Standop*; die kooperative Spieltherapie nach *Benecken*, die fokussierende Elternberatung nach *Kollbrunner* oder *Krause* oder die Präventionstherapie nach *Irwin* (*Braun* 1997; *Iqbal Bhatti* 2007, 69ff).⁴

Auch wenn die Zerlegung und Zuordnung der komplexeren Module zu den jeweiligen Wirkfaktoren nicht immer eindeutig ist, stellt dies kein unmittelbares Problem für eine Behandlung dar. Jede Behandlung wird neu konzipiert, strukturiert und systematisiert, um den individuellen Bedürfnissen der Menschen, die stottern, gerecht zu werden.

Den einzelnen Wirkfaktoren zugeordnet sind vier Handlungsperspektiven (Verstehen, Bewältigung, Erleben, Beziehung). Diese stellen die therapeutischen Veränderungsprozesse dar. Sie sind mit allen Wirkfaktoren verknüpft und können gleichzeitig arbeiten. Beispielsweise muss bei der Entfaltung von Sprechkompetenz das Stottern nicht nur bewältigt, sondern auch verstanden, erlebt und mit in Beziehung gesetzt werden.

4 Im interkulturellen Kontext werden in der Therapie des Stotterns u.a. das Camperdown- und Lidcombe-Programm nach *Onslow*, die Therapieansätze nach *Dell*, *Starkweather* und *Rustin*, die Sprechhilfe *SpeechEasy* und in einigen Nationen auch das Rezitieren des Korans als therapeutisches Modul zur Veränderung des Sprechens (Reduzierung der Sprechgeschwindigkeit, Veränderung des Sprechrhythmus, deutliche Artikulation) angewendet.

Im Mittelpunkt des Modells stehen die Menschen, die stottern, und die Bezugspersonen (z.B. die Eltern der Kinder, die stottern). Die primäre Aufgabe der Beteiligten besteht darin, aktiv am Behandlungsprozess teilzunehmen und diesen gemeinsam mit den TherapeutInnen zu gestalten. Die Beteiligten stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander. Dieses Vorgehen wird auch als kooperatives Handeln bezeichnet. Hauptziel ist die Selbstorganisation und -regulation des Stotterns durch die Menschen, die stottern, und ihre Bezugspersonen. Selbstorganisation und Selbstregulation sind Schlüsselkompetenzen, denn die Menschen, die stottern, sollen lernen, den Behandlungsprozess selbst zu gestalten und zu bestimmen. Demgemäß besteht die Aufgabe der Therapeuten vorrangig darin, bei der Selbstorganisation und Selbstregulation des Stotterns behilflich zu sein, indem sie unter anderem ihr Wissen und ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen, wobei ihr Auftreten von Respekt, Akzeptanz, Empathie und Verständnis geprägt ist (*Braun* 1997, 367f.; 2006, 328f.; *Iqbal Bhatti* 2007, 92f.). Die Therapie selbst wird nach einer ausführlichen Diagnostik auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt.

darstellt. Die Kommunikationsmethode basiert auf den Grundlagen interkultureller Kommunikation und integriert fundamentale kommunikative und soziale Kompetenzen (Matoba 2004, 10ff; Iqbal Bhatti 2007, 89ff). Zu diesen zählen die Fähigkeit zur Akzeptanz und zum Respekt gegenüber Ambiguitäten, zur Offenheit, zur Empathie, zur Flexibilität, zur Selbst- und Fremdwahrnehmung und zur Reflexion des eigenen und des anderen Denkens, Handelns und Verhaltens sowie die Fähigkeit, Angst und Unsicherheit auszuhalten. Dadurch können die Potenziale und Ressourcen der Beteiligten in einem therapeutischen Setting bestmöglich aktiviert und genutzt werden. Das Konzept integriert ferner die Anforderungen der ICF (WHO 2005; Hansen et al. 2009).

Fallbeispiel

Die Falldarstellung erfolgt anhand des problemorientierten Stufenmodells in Verbindung mit den Modellen des konzeptuellen Teils. Die Fallbeschreibung beginnt mit den lebensgeschichtlichen Daten und nicht sofort mit der Problemanalyse. Ein Gespräch in diesem Kontext hat sich in der Praxis bisher als sehr wertvoll erwiesen. Im Umgang mit Menschen, unabhängig davon, woher sie kommen und welche Sprache sie sprechen, benötigen TherapeutInnen nicht zwingend die Sprachkompetenz der jeweiligen Nation/Kultur. Dafür gibt es z.B. DolmetscherInnen. Viel bedeutender für TherapeutInnen ist jedoch neben fachlicher Kompetenz und kulturellem Wissen die Bereitschaft, sich auf Neues und Unbekanntes einzulassen, sowie Kreativität, Lernbereitschaft, kognitives und emotionales Verstehen und kooperatives Handeln.

Allgemeine Informationen – lebensgeschichtliche Daten

X ist männlich, zu Beginn der Therapie 23 Jahre alt und in einem afrikanischen Staat geboren. Eingeschult wurde er in Deutschland. Er besuchte die Realschule und erlernte einen kaufmännischen Beruf. Das Fachabitur erwarb er auf dem 2. Bildungsweg. Derzeit studiert er Wirtschaftswissenschaften. X spricht außer seiner Muttersprache Deutsch, Englisch und Französisch. Er ist vielseitig interessiert, seine besonderen Interessen gelten der Musik (Klassik, Soul) und dem Sport (Leichtathletik, Fußball). Er schreibt eigene Texte und komponiert.

Die Eltern sind Flüchtlinge, die auf Grund des andauernden Bürgerkrieges ihr Land verlassen mussten. X hat noch vier weitere Geschwister, die jünger und älter sind. Er war

etwa sechs Jahre alt, als er nach Deutschland kam. In Deutschland lebte die Familie über einen längeren Zeitraum in mehreren Flüchtlingsheimen unter schwierigen psychosozialen Bedingungen. Während dieser Zeit begann X, schnell ärgerlich und wütend zu reagieren, u.a. aufgrund von Demütigungen, Beschimpfungen („du schwarzer Affe“) oder körperlichen Angriffen durch seine Umwelt. Im Alter von 7 bis 8 Jahren begann er, seinen daraus resultierenden Ärger und seine Wut über die Musik und den Sport zu kontrollieren. Die Musik als auch der Sport gaben ihm Kraft und Sicherheit und dienten ihm als Mittel zum Stress- und Aggressionsabbau. Seine sozialen Kompetenzen sind sehr ausgeprägt. X hat einen hohen Leistungsanspruch, sein Leistungsdurchschnitt ist gut bis sehr gut. Der klinische Befund ist unauffällig.

Problemdefinition und subjektive Störungstheorie

Stottern tritt nach Aussagen von X erstmals im Alter von fünf Jahren auf. Es verstärkt sich in den nachfolgenden zwei bis drei Jahren und bleibt danach mehr oder weniger konstant. Eine erste logopädische Behandlung durch Anregung eines Lehrers erfolgte im Alter von 15 Jahren. Die Eltern wünschten keine Therapie. X musste sie nach 15 Sitzungen aus soziokulturell bedingten Gründen abbrechen. Für ihn stellte der damalige Therapieabbruch kein Problem dar, da er einiges über sein Stottern gelernt hatte. Die Therapie setzte X einige Jahre später ohne Wissen der Eltern fort. Gründe für eine erneute Vorstellung waren eine Zunahme der sprecherischen Symptome (Kern-/Primärsymptome)⁶, eine aufkommende Sprechangst sowie ein erhöhtes Vermeidungsverhalten und Störungsbewusstsein, besonders im beruflichen Kontext.

Welche Ursachen sein Stottern hat, kann X nicht genau sagen. Er vermutet jedoch eine gestörte Synchronisation von Atmung, Stimme und Artikulation. Aber sein Stottern könnte auch im Kopf entstehen, auch könnte es mit dem seit Kindheit bestehenden Stress zu tun haben, aber auch genetische Faktoren könnten in Betracht kommen, da andere Familienmitglieder (zwei Brüder, mehrere Onkel und Cousins) stottern.

Stottern ist für ihn einfach Stottern, ein Sprachfehler, eine Krankheit, vergleichbar mit einer nicht lebensbedrohlichen Virusinfektion, die ihn in seinem Leben behindert.

⁶ Welche Symptomeinteilung präferiert wird, ist für den interkulturellen Kontext nicht zwingend relevant. Jedoch sollten TherapeutInnen über Wissen um unterschiedliche Einteilungen und heutige wissenschaftliche Standards verfügen.

Problemanalyse anhand der Wirkfaktoren – Erscheinungsform und Symptomwahrnehmung

► Beobachtbare *sprecherische Symptome* (Kern-/Primärsymptome) sind willkürliche und unkontrollierte Unterbrechungen des Redeflusses in Form von Blockaden, Repetitionen, Prolongationen vorrangig bei Plosiven, Vokalen und Frikativen meist am Wortanfang. Manche Sprechblockaden dauern etwa 3 bis 4 Sekunden an, manche noch länger, und dann entstehe eine Dunkelheit im Kopf. Die Stärke des Stotterns liegt in solchen Situationen bei 10, sonst bei 4 bis 7 auf einer Skala von 0 bis 10. Zur Vermeidung des Stotterns ersetzt X bekannte Wörter durch sprechbare, verwendet das Wort „Dingsda“, tut so, als ob er Wörter nicht kennt („Wie hieß doch gleich der Begriff? Der Name fällt mir nicht ein.“), benutzt Füllwörter wie „äh“ und „mhm“ oder umschreibt Wörter. Stehen keine adäquaten Wörter zur Verfügung, wird ein Satz komplett umgestellt und mit veränderter – zum Teil dysgrammatischer – Satzstruktur erneut präsentiert. Es ist teilweise schwierig zu unterscheiden, ob er diese Wörter als Gedankenstütze oder zur Kaschierung des Stotterns verwendet.

Begleit-/Sekundärsymptome in diesem Kontext sind eine angespannte Körperhaltung, die Koordination von Atmung, Stimme und Artikulation ist gestört. X neigt zur Hochatmung. Während des Stotterns presst er die Zunge gegen die Zahnreihen und den harten Gaumen. Der Unterkiefer vibriert. Die Verkrampfungen und Verspannungen im Kiefer-, Hals- und Nackenbereich sowie Mitbewegungen (Augenschließen, Kopfnicken) sind deutlich zu sehen. Die Vokaleinsätze sind zu hart. Die Sprechmelodie ist partiell zu monoton, die Sprechstimmlage erhöht und die Artikulation in den hinteren Sprechtrakt verlagert. Vor stark gefürchteten Lauten beginnt X teilweise undeutlich zu sprechen oder erhöht seine Sprechgeschwindigkeit. Ähnliche Symptome sind in der Muttersprache sowie der englischen und französischen Sprache zu beobachten.

► *Kognitive und affektiv-emotionale Verarbeitung (Begleit-/Sekundärsymptome)*: In der letzten Zeit konzentriert sich X sehr auf sein Stottern. Besonders unangenehm ist ihm das in Gesprächen mit Studienkollegen und Dozenten an der Universität, bei Referaten vor Gruppen (Seminare), während des Vorlesens, bei Bewerbungen um einen Praktikumsplatz und in Unterhaltungen mit weniger vertrauten Personen. Dann ist die Sprechangst auch stärker ausgeprägt. Er schämt sich wegen des Stotterns, fühlt sich partiell minderwertig, da die Leute denken könnten, er sei dumm. Auch

fühlt er sich körperlich eingeengt. Stottern tritt kaum oder nicht auf, wenn er entspannt ist oder mit sehr vertrauten Menschen spricht. Seine Umwelt reagiert unterschiedlich auf das Stottern. Der Vater negiert es, die Mutter macht sich manchmal darüber lustig, sie findet es komisch und ahmt ihn nach. Einige gute Freunde machen sich auch lustig darüber. Andere Gesprächspartner sind z.B. bei Einkäufen zum Teil ungeduldig und lassen ihn nicht ausreden. Das macht ihn manchmal sehr wütend.

► *Gestaltung der kommunikativen Beziehungen* (Begleit-/Sekundärsymptome): Trotz Scham und Sprechangst kommuniziert X. Er ist eigentlich ein Mensch, der sehr gerne kommuniziert. Das Stottern schränkt jedoch in wichtigen Situationen seine Kommunikation ein, was ihn ärgert. In den ersten Therapiesitzungen ist der Blick oftmals nach unten gerichtet oder verloren im Raum. Durch die Vermeidung von Blickkontakt kann er sich besser konzentrieren. Wenn er jemanden ansieht, fallen ihm die Wörter nicht ein, das verunsichert ihn und er stottert dann häufiger und stärker.

Objektive Erklärungshypothesen – Theorien der Therapeuten⁷

Anhand der Informationen über X liegt eine basale Störung unklarer Pathogenese vor. Die Ursache des Stotterns ist nicht eindeutig. Als Ursachen könnte eine neuropsychologische (neuro-muskuläre Koordinationstörung), eine kognitionstheoretische (Überbewertung des Sprechens und Denkens, unrealistische Selbsteinschätzungen, Störung des Selbstkonzeptes), eine psychodynamische (psychosoziale Umweltbedingungen, Kontrolle von Aggressionen) oder eine entwicklungsbedingte (Symptom einer familiären Sprachschwäche, da mehrere Familienangehörige stottern) Störung in Betracht kommen. Genetisch bedingte Faktoren können nicht ausgeschlossen werden.

Therapeutisches Vorgehen

Gemeinsam wird auf Basis der Erklärungsansätze überlegt, welche Zielstellungen X hat, welche therapeutische Strategie (direkt, indirekt oder direkt-indirekt) zunächst sinnvoll erscheint und mit welchem Wirkfaktor begonnen werden soll.

► Mit dem Wirkfaktor *Gestaltung der Sprechkompetenz* möchte X beginnen und zunächst seine Verspannungen lösen und die Atmung regulieren. In einem weiteren Schritt möchte er seine Stimmensätze und die Artikulation verändern. Auch möchte er die al-

ten Sprechmuster abbauen und sich „neue“ aneignen unter Verwendung der deutschen und englischen Standardaussprache sowie seiner Muttersprache. Parallel dazu möchte er mit der Untersuchung seines Stotterns beginnen, sich mit ihm auseinandersetzen und Wissen um Faktoren erwerben, die das Stottern aufrechterhalten und Angst auslösen. Es sei kein Problem für ihn, wenn das Stottern nicht verschwinde, wichtig jedoch sei für ihn, dass das Stottern nicht mehr im Vordergrund stehe und er sein Leben so leben könne wie er wolle. Hinsichtlich der therapeutischen Strategie entscheidet sich X für die dritte Variante, da er nicht ständig bewusst „in seiner Wunde bohren“ möchte.

Mit Blick auf die Schlüsselkompetenzen *Selbstregulation* und *Selbstorganisation* wird die Therapie mit Übungen zur Wahrnehmung, Reflexion, zur physiologischen Haltung und Atmung, zur Stimme (weiche Stimmensätze, Aktivierung der Resonanzräume) und zur Artikulation (Mundmotorik, Sprechgeschwindigkeit, Melodieverlauf) begonnen. Dazu werden ihm einige therapeutische Module des Wirkfaktors *Gestaltung der Sprechkompetenz* vorgestellt. X entscheidet sich für die Progressive Muskelentspannung nach *Jacobson*, Übungen der Sprecherziehung und Stimmbildung nach *Aderhold*, *Fiukowski*, *Coblener & Muhar* und *McFerrin* in Verbindung mit den modifizierten Sprechtechniken (weiche und gedehnte Stimmensätze) nach *Prüß* (DVD verhilft zu einem besseres Verständnis), dem gebundenen Sprechen nach *Wendlandt* (ähnlich dem Sprechen in Schritten) unter Verwendung der Standardaussprache zunächst in seiner Muttersprache (Tonträger mit professionell ausgebildetem Sprecher und ein Sprachbuch).

Aufgrund seiner sehr guten Wahrnehmung, Reflexion, kognitiv-emotionalen Einstellung, Veränderungen anzugehen, und des täglichen Übens hat X bereits nach wenigen Sitzungen Zugriff auf die Regulation seiner Atmung, Stimme und Artikulation. Die Stimmensätze werden physiologisch gebildet, die Resonanzräume optimal genutzt und die Artikulation ist „normgerecht“. In einigen nachfolgenden Sitzungen wird das bisher Erlernte auf die deutsche Sprache übertragen. Das ist anfänglich etwas schwierig, da diese andere Merkmale aufweist als seine Muttersprache. Erschwerend kommt hinzu, dass die deutsche Sprache für ihn mit Stress verbunden ist. X stellt sich jedoch auch diesen Herausforderungen. Übungen in der englischen Sprache führt er zu Hause allein durch oder übt mit Freunden. Zeitweise schickt er mir per E-Mail eine Audioaufnahme für ein Feedback. Die Erfahrung, flüssiger

bzw. flüssig sprechen zu können, motiviert ihn derart, dass er nunmehr bereit ist, sich bewusst mit seinem Stottern auseinanderzusetzen. X entscheidet sich hier für Module der Problemlösungsansätze nach *van Riper* und *Wendlandt*. Er lernt, sein Stottern zu beobachten, zu verstehen, zu beschreiben und zu verändern. Durch die vorangegangene Arbeit an der Wahrnehmung, Reflexion, Atmung, Stimme und Artikulation hat er einen schnelleren Zugriff auf die eigentlichen Stottersymptome. Für sehr starke Blockaden benutzt er eine Zeitlang Pseudostottern.

► *Kognitive Verarbeitung*: Ziele, die X sich hier stellt, sind: der Abbau der hohen Erwartungshaltung, Enttabuisierung des Stotterns, Abbau von Vermeidungsstrategien, Beobachtung des eigenen Verhaltens, realistische Informationsverarbeitung, Selbsteinschätzung und Vertrauen in eigene Fähigkeiten, Abbau von sozialen Ängsten und Selbstunsicherheiten, Selbstakzeptanz und selbstbewusster Umgang mit dem Stottern. X entscheidet sich für Module des Selbstsicherheitstrainings nach *Wendlandt* und des Problemlösungsansatzes nach *van Riper* sowie Module des Selbstverbalisierungsansatzes nach *Meichenbaum*. Nach einigen Sitzungen fühlt sich X seinem Stottern weniger hilflos ausgeliefert. So ist er in der Lage, erfolgreich an diversen Bewerbungstrainings der Universität teilzunehmen (wozu er zunächst wegen des Stotterns keine Lust hatte, da er sich nicht blamieren wollte). Das erfolgreiche Sprechen vor Fremden auch ohne sprachtherapeutische Vorbereitung motiviert X, sich immer mehr mit seinem Stottern auseinanderzusetzen. Die Sprechangst reduziert sich weiter, er wird selbstsicherer und selbstbewusster. Immer häufiger kann er sein Stottern auch zulassen, ohne dass es zu einer Krise kommt. Aufgrund dieser Erfahrungen stellt er sich stetig neuen Aufgaben im privaten sowie beruflichen Leben.

► *Affektive Verarbeitung*: Zielstellungen der affektiven Verarbeitung seines Stotterns sind das Verbalisieren und Ausleben von negativ Erfahrungen hinsichtlich des Stotterns wie Ärger und Scham. Hier nutzt X die szenische und freie Improvisation nach *Wendlandt* in Verbindung mit Gesangsübungen nach *Brück & McFerrin*, freie Assoziationen und sportliche Aktivitäten. Diese Form der Kartharsis gibt ihm den nötigen inneren emotionalen Freiraum – einen Raum, in dem er geschützt seine Gedanken, Vorstellungen und Gefühle formulieren und ausdrücken kann, ohne dafür eine Bewertung zu erfahren. Aufgrund der teilweise aktivierten Emotionen bezüglich seiner Flüchtlingserfahrungen und der seiner Eltern wird zusätzlich eine psychologische

7 Ätiologisches Modell nach *Braun* (2006, 218)

Supervisorin in das therapeutische Setting integriert und überlegt, ob eine begleitende Psychotherapie zur Aufarbeitung dieser Problematik sinnvoll ist.

► *Gestaltung der kommunikativen Beziehung:* Mit diesem Wirkfaktor musste sich X nicht explizit auseinandersetzen, da er trotz seines Stotterns während der Therapiestunden und außerhalb des Therapieraumes viel kommunizierte. Jedoch nutzt er das therapeutische Setting für freie Sprechübungen wie Diskussionen, Gespräche, übt inhaltsbezogenes Sprechen, Vorträge und Referate und das Kommunikationstraining in Alltagssituationen nach *Wendlandt*.

Nach 15 Monaten (ca. 80 Sitzungen à 60 Minuten anfangs zweimal wöchentlich, nach ca. 5 Monaten einmal wöchentlich, in den letzten drei Monaten alle zwei bzw. drei Wochen) beendet X die Therapie, da er meine Hilfe nicht mehr benötigt. Mit seinem Reststottern kommt er allein zurecht. Seine Sprechangst hat er abgebaut. Vermeidungsstrategien gebraucht er nicht mehr. Die Restsymptome hindern ihn nicht daran, sein Leben (öffentlich und privat) so zu gestalten, wie er das auch ohne Stottern tun würde. Rückfälle sind bisher nicht aufgetreten. In größeren Zeitabständen telefonieren wir miteinander. Das Selbstwertgefühl von X wächst weiter und er beginnt, seine eigenen Potenziale zu entdecken und zu nutzen (Selbstverwirklichung).

Inzwischen hat er sein Studium mit Auszeichnung abgeschlossen und arbeitet in einem weltweit agierenden Unternehmen. Rückblickend erwies sich aus therapeutischer Sicht die kognitive und affektive Verarbeitung seines Stotterns als die größte Herausforderung.

Fazit

Die „Konstruktive Komplextherapie des Stotterns“ basiert auf der Idee und dem Versuch, Therapie und Pädagogik miteinander zu verbinden, und auf der Grundannahme, dass beim Stottern nicht nur das Sprechen gestört

ist, sondern auch die kognitive, die affektiv-emotionale und interaktive Ebene – entweder als Folge- oder Begleiterscheinung oder als Ursache. Beide Teile – das konzeptionelle und das methodische Modell – behandeln in umfassender Weise die Komplexität des Stotterns und zeigen einen neuen systematischen Weg zur Behandlung des Stotterns für den intra- und interkulturellen Kontext auf.

Nach diesem Behandlungsansatz gibt es *nicht die eine richtige Therapie*. In das Konzept sind u.a. Ätiologie, Diagnostik, psychosoziale, familiäre und kulturspezifische Aspekte integriert. Die Behandlung ist individuell und orientiert sich an der persönlichen Problematik und den Bedürfnissen der Menschen, die stottern. Ausgangspunkt der Diagnostik und Therapieplanung ist, zwischen den jeweiligen subjektiven Annahmen zum eigenen Stottern und den objektiven Annahmen der TherapeutInnen eine Übereinstimmung zu finden, damit ein gemeinsames Behandlungskonzept entsteht und ein gemeinsam ausgehandeltes, stufenweises Vorgehen praktiziert werden kann. Des Weiteren werden Diagnostik und Behandlungsansätze hinterfragt und analysiert, Veränderungen stets wahrgenommen und berücksichtigt, gleichzeitig geht man flexibel auf Beziehungsstrukturen ein. Entsprechend stehen nicht die Behandlungsansätze und/oder die TherapeutInnen im Mittelpunkt.

Um die Behandlungen, Beratungen, Konsultationen oder Gespräche als Maßnahmen mit Menschen, die stottern, wirksamer zu gestalten, sollte der jeweilige kulturelle/nationale Kontext der Behandelten und die eigene Fremdheit des Behandelnden in die jeweiligen Settings einbezogen werden und Berücksichtigung finden.

Die „Konstruktive Komplextherapie“ des Stotterns stellt einen für alle Altersgruppen geeigneten intra- und interkulturellen Ansatz zur Behandlung des Stotterns dar (selbst dann, wenn bisher noch nicht alle Modelle empirisch gestützt werden konnten) und kann in allen Organisationsformen angewendet werden.

LITERATUR

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2009). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Berlin*. <http://www.statistik-berlin-brandenburg.de> (23.01.2011)
- Atanassov, N. (2004). *Poltern – eine Studie zur diagnostischen Erfassung und Therapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Humboldt Universität zu Berlin
- Braun, O. (2006). *Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Braun, O. (1997). *Der pädagogisch-therapeutische Umgang mit stotternden Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Edition Marhold
- Hansen, B., Iven, C. & Rapp, M. (2009). Redefluss-Störungen als bio-psycho-soziales Geschehen. In: Grötzbach, H. & Iven, C. (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (119-130). Idstein: Schulz-Kirchner
- Iqbal Bhatti, K. (2002). Konstruktive Komplextherapie des Stotterns nach O. Braun mit Fallbeispielen. *mitSprache* 4, 5-30
- Iqbal Bhatti, K. (2007). *Interkulturelle Kommunikation und Stottern. Die „Konstruktive Komplextherapie des Stotterns“ nach O. Braun. Ein interkultureller Ansatz zur Behandlung des Stotterns*. Frankfurt: Peter Lang
- Matoba, K. (2004). „Transcultural Dialogue Project“ in Namibia. Forschungsgruppe „Transcultural Dialogue“ der Universität Witten/Herdecke. *Sietar Journal* 2, 10-13
- Rainel-Straka, S. & Wolf, I. (2010). Angst und Scham in der Stottertherapie. *Forum Logopädie* 2 (24), 26-31
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009). *Bevölkerung nach Migrationshintergrund und ausländische Bevölkerung, Migration und Integration*. <http://www.destatis.de> (23.01.2011)
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter. Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme
- Wendlandt, W. (2010). *Abenteuer Stottern. Ganzheitliche Wege und integrative Konzepte für die Therapie und Selbsttherapie*. Köln: Demosthenes
- World Health Organization – WHO (2010). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). <http://www.who.int/classifications/icf/en> (23.01.2011)

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2011-53020110202

Autorin

Dr. Karin Iqbal Bhatti
Praxis für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Kalckreuthstr. 10
10777 Berlin
iqbal-bhatti@web.de
www.sprachtherapie-berlin.com
www.communication-academy.org

SUMMARY. Constructive Complex Therapy of Stuttering According to O. Braun

This article introduces a new and holistic approach to stuttering treatment which can be applied intra- as well as interculturally: The constructive complex therapy of stuttering according to O. Braun. It starts with the description of the theoretical basis – the model of therapeutically effecting factors as the conceptual part and the problem-orientated therapeutic phase model as the methodical part. Finally the detailed description of an example case illustrates the application of this therapy approach that is guided by cooperation and the key competences of self-organisation and self-regulation.

KEYWORDS: intra-/intercultural and subject-orientated/individual-centered therapy of stuttering – constructive complex therapy – model of therapeutically effecting factors – therapeutic phase model – cooperation – self-organisation – self-regulation