

Fluency Shaping nach Pape / Tisch

Ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung jugendlicher und erwachsener Stotterer

Wolfgang Tisch

ZUSAMMENFASSUNG. In diesem Beitrag wird ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von jugendlichen und erwachsenen Stotterpatienten vorgestellt. Mittels einer Sprechtechnik wird mit Patienten im Sinne des „Fluency Shapings“ flüssiges Sprechen eingeübt und in den Alltag transferiert. Seit mehr als 20 Jahren werden Patienten ambulant nach diesem Ansatz behandelt. Die Vorgehensweise zeichnet sich durch modularen Aufbau und Transparenz aus. Die unauffällig in die Spontansprache integrierbare Sprechtechnik unterstützt die Compliance der Patienten.

Schlüsselwörter: Pape – Fluency Shaping – Stottertherapie – Verhaltenstherapie – symptomorientierte Stimmtherapie

Einführung

„Sprechen kann man lernen wie Lesen und Schreiben, und wer richtig spricht, der stottert nicht.“ So äußerte sich Uwe Pape vorlässlich der jährlich stattfindenden Tagung zum Thema „Stottertherapie“ vom 20. bis 23.8.2008 in Havighorst bei Hamburg. Diese Aussage war eine Provokation für die meisten Logopäden. Sogar heute noch, nach einem Vierteljahrhundert erfolgreicher Stottertherapie auf der Grundlage seines Konzeptes. Die Idee, dass jeder Betroffene lernen kann, dauerhaft flüssig zu sprechen, klingt überheblich – oder revolutionär und innovativ. Vor 24 Jahren habe ich die Therapieform für den ambulanten Einsatz in der logopädischen Praxis modifiziert. In zahlreichen Seminaren habe ich seither Logopäden fortgebildet und versucht, sie für diese effiziente und nachvollziehbare Methode zu begeistern. Ziel dieses Artikels ist die Darstellung des methodischen Vorgehens sowie die Diskussion ihrer Möglichkeiten und Grenzen.

Die Geschichte

Ende der 70er Jahre hat Uwe Pape in Zusammenarbeit mit Svend Smith seine Therapiemethode entwickelt und später publiziert (Pape 1995a, 1995b, Kortenbruch 1995). Der Begriff „Fluency Shaping“ wurde damals noch nicht gebraucht. Gleichwohl entsprach die Verwendung einer Sprechtechnik, eingebettet in ein verhaltenstherapeutisches Setting, dem Prinzip des „Fluency Shapings“. In Abgrenzung zu den Non-Avo-

idance-Methoden, zurückgehend auf van Riper und psychotherapeutische Verfahren wie z.B. durch Schoenacker vertreten, war es das Ziel eine flüssige, sinngebende Spontansprache zu erreichen. Die jugendlichen Stotterpatienten wurden 6 Monate intensiv in einem Sprachheilinternat in Wentorf nahe Hamburg betreut. Gleichzeitig gab es einen 12-monatigen Kurs für Grundschulkin- der, der von seiner Kollegin Marlies Siefken durchgeführt wurde. Ziel der Behandlung war nicht nur symptomfreies Sprechen, sondern aus sprecherzieherischer Sicht eine qualitativ hochwertige „Sprechform“ zu erreichen. Am Ende eines jeden Kurses wurde ein Theaterstück vor den geladenen Gästen und Familienangehörigen aufgeführt. Eine Reifeprüfung – natürlich, flüssig sprechend und ausdrucksstark.

Die Idee

Da die Ursachen des Stotterns komplex und bis heute nicht sicher erklärbar sind, geht es beim „Fluency-Shaping“ im Gegensatz zur Symptom-Modifikation in der „Non-Avoidance“-Behandlung darum, eine neue, flüssige Sprechweise zu erlernen. Ziel ist es, symptomfreies Sprechen zu erreichen. Keine der beiden Vorgehensweisen garantiert Heilung. Dieses ist leicht verständlich, wenn wir Nichtbetroffenen daran denken, dass es unmöglich ist, einmal automatisierte Bewegungsabläufe wie z.B. das Fahrradfahren, vollständig zu verlernen. Vielmehr ist es

Wolfgang Tisch schloss 1984 seine Ausbildung an der Logopä- denlehranstalt des Werner-Otto Instituts in Hamburg ab. Anschlie- ßend arbeitete er in einem Sondertagesheim für sprachbehin- derte Kinder, in der geriatrischen Rehabilitation des Reme-Hauses



in Hamburg sowie in der neurologischen Abteilung des Ev. Krankenhauses Lippstadt. Seit 1987 ist Wolfgang Tisch in eigener Praxis in Warstein tätig und führt in den Bereichen Stimmtherapie und Stotterbehandlung Fortbildungen durch.

das Ziel, mit dem Patienten unter Einbeziehung der Atmung, in Kombination mit einer zeitlich begrenzt zu verwendenden Sprechtechnik, eine neue Sprechweise einzuüben. Durch diese Therapie erlernt der Betroffene eine Alternative, um seinem quälenden Stottern aktiv begegnen zu können. Durch beharrliches Üben und Einsetzen des symptomfreien Sprechens wird die neue Sprechweise automatisiert, kann unangestrengt abgerufen werden und wird zur neuen Gewohnheit – mehr noch zum neuen „Selbst“: „Anfangs übt man (...) immer wieder die *waza*, die Techniken, und die *kata*, die Formen. Ohne Unterlass übt man zwei oder drei Jahre lang. So werden *kata* und *waza*, Form und Technik, zur Gewohnheit. Anfangs muss man sich bei der Übung des Ich-Bewusstseins bedienen – das ist wie beim Klavier-, Schlagzeug- oder Gitarrespiel etwa. Am Ende ist man dann soweit, dass man ohne persönliches Bewusstsein spielen kann, man haftet nicht mehr und bedient sich nicht mehr der Prinzipien. Man kann ganz natürlich und automatisch spielen. Aus dieser Weisheit heraus kann man schließlich auch etwas Neues schaffen. Das gleiche gilt im täglichen Leben.“ (Deshimaru-Roshi 1978, 103)

Die Methodik

Als ich 1984 in einem zweimonatigen Praktikum Uwe Pape und seinen Therapieansatz kennen lernen durfte, war mir bald klar, welches Potenzial in seinem Verfahren steckt. Ich habe ihn als hingebungsvollen, seiner Idee verschriebenen Therapeuten erlebt. Aber er konnte auch streng und unnachgiebig sein. Nach außen hat er seine Arbeit manchmal sehr konfrontativ und wenig moderat dargestellt.

Nachdem ich 1987 meine Praxis in Warstein eröffnet und sich die ersten Stotterpatienten angemeldet hatten, erinnerte ich mich an die Zeit bei Uwe Pape und modifizierte seine Methode für den Praxisalltag.

So wurden von mir in den vergangenen 24 Jahren meist männliche Patienten im Alter von 7 bis 70 Jahren, u.a. lernschwache und hochbegabte Menschen sowie Straftäter in der forensischen Klinik Eickelborn erfolgreich ambulant behandelt. Die notwendigen Modifikationen gegenüber der ursprünglich stationär durchgeführten Behandlung beschränken sich bis heute auf die Vernachlässigung des künstlerischen Aspekts als Schwerpunkt der Arbeit von Uwe Pape, der Verlängerung der Therapiedauer auf 12 bis 18 Monate bei wöchentlichen Behandlungsterminen sowie der überwiegend bevorzugten Einzelbetreuung.

Die erste Therapieeinheit dient der Diagnostik und dem gegenseitigen Kennenlernen. Da das Ziel der Behandlung symptomfreies Sprechen ist, erübrigt sich das Quantifizieren und Qualifizieren von Stotterereignissen. Zur Darstellung des Ist-Zustandes wird eine Videoaufnahme erstellt. Des Weiteren wird der Therapieaufbau vorgestellt, das Ziel wird gemeinsam mit dem Patienten formuliert und der zu erbringende Arbeitsaufwand von täglich 15-20 Minuten festgelegt. Grundlegend lässt sich sagen: Je ausgeprägter die Stotter-symptomatik und je höher der Leidensdruck des Patienten, desto günstiger ist die Prognose für eine erfolgreiche Behandlung. Symptomstärke und Leidensdruck korrelieren allerdings nicht zwangsläufig. So sind es nicht in erster Linie die Schwere der Symptomatik, das Lebensalter oder die Lebensumstände, vielmehr ist es der Leidensdruck, der die Kraft zur Veränderung freisetzt. Oft wird die tatsächliche Motivation erst im Verlauf der Behandlung, typischerweise zwischen der 8. und 15. Therapieeinheit, deutlich. Dies ist die Phase des eigenverantwortlichen Transfers der erlernten Atem- und Sprechtechnik in die Spontansprache.

Behandlungsaufbau

Der Behandlungsaufbau gliedert sich in vier Abschnitte:

Phase 1: Atemkorrektur – Stimmübungen – Sprechtechnik

Der erste Abschnitt dient der Atemkorrektur, dem Erlernen der Stimmübungen nach Svend Smith und der Sprechtechnik. Ein wesentliches Merkmal des Stotterns ist eine meist dyskoordinierte, costale Sprechatmung. Zunächst bedarf es also einer Veränderung der Sprechatmung. In Anlehnung an *Coblenser* (1976) wird wie in der „Symptomorientierten Stimmtherapie“ (*Tisch* 1996) direktiv vorgegangen. Dem Patienten wird gezeigt, wie sich die Bauchdecke im Sitzen und Stehen aktiv kontrahiert und in der Einatemphase passiv wieder entspannt. Die korrigierte Atmung wird bis auf Textebene geübt.

Sollten auf den einzelnen Ebenen Blockaden den Sprechfluss beeinträchtigen, wird an dieser Stelle die Behandlung mit Stimmübungen nach Smith fortgesetzt (*Böhme* 1980, *Thyme-Frøkjær & Frøkjær-Jensen* 2003, *Wirth* 1979). Wiederholt konnte ich bei einigen Patienten beobachten, dass sie alleine durch die korrigierte Sprechatmung zu flüssigem Sprechen gelangt sind. Die Regel allerdings ist, dass spätestens nach Erarbeitung der Satzebene die Sprechtechnik zur Tonusregulierung der Glottis unabdingbar wird.

Die Stimmübungen nach Smith helfen dem Patienten, die Spannung der Stimmlippen auf der Phonationsebene zu regulieren. Durch die Erzeugung einer Enge im Ansatzrohr (Lippen/Gaumen) wird bei Phonation ein Luftstau oberhalb der Glottis erzeugt. So vermindert sich die Kraft, mit der sich die Stimmlippen nach der Öffnungsphase wieder schließen. Die Stimmübungen soll der Patient als häusliche Übung fortführen.

Der zentrale Teil der Behandlung ist die Erarbeitung einer Sprechtechnik. Ziel ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, die Spannung im Kehlkopf anzupassen und zu kontrollieren. Damit werden Blockaden verhindert. Gleichzeitig wird das Sprechtempo vermindert und die neu zu erlernende Sprechweise wiederholt einen Teil der Sprachentwicklung.

Zunächst wird ein ungeformter weicher, wie ein „Seufzer“ *fallen gelassener* kurzer Vokal ähnlich dem schwachtonigen [e] gebildet. Dieser sollte weich, aber nicht verhaucht klingen. In Folge werden mit diesem „geseufzten“ Stimmeinsatz Wörter mit Vokalanfängen geübt. Dabei ist ein im Deutschen üblicher Glottisschlag zwingend zu vermei-

den. Es ist auf eine präzise Ausführung der Stimmeinsätze zu achten, da andernfalls das Risiko besteht, eine neue Stottersymptomatik zu generieren. Hördifferenzierungsübungen zur Unterscheidung harter, „geseufzter“ (im Folgenden auch „weich“ genannt) und verhauchter Stimmeinsätze sollten die Arbeit begleiten. An dieser Stelle sind nun auch erste Satzmuster, bei denen jedes Wort mit einem Vokal beginnt, vom Patienten zu realisieren. Die im Befund beobachteten Sekundärsymptome sind als inadäquate Lösungsstrategien des Patienten zu verstehen und treten bei Verwendung des weichen Stimmeinsatzes nicht mehr auf. Es erscheint vielen Patienten in diesem Behandlungsabschnitt wie ein Wunder, dass sie erstmals ihre Sprechorgane kontrollieren können.

Im weiteren Therapieverlauf werden mit einem Konsonanten beginnende Wörter erarbeitet. Alle Konsonanten vor dem ersten Vokal eines Wortes werden dabei vom Wort gelöst und nach einer kaum hörbaren Pause wird das Wort mit dem ersten Vokal „angeseufzt“. Dieser kleine Kunstgriff macht es dem Patienten möglich, jedes gewünschte Wort ohne Stotterersymptom sprechen zu können. Anschließend wird die Sprechtechnik auf die Satzebene transferiert. Das bedeutet, alle sinntragenden Wörter eines Satzes werden „gelöst und geseufzt“, alle mit einem Vokal beginnenden Wörter werden weich eingesetzt und immer dann, wenn Stotterersymptome auftreten bzw. zu erwarten sind, kommt die Sprechtechnik zum Einsatz. Als unterstützende Hilfe wird die Stoptechnik eingeführt. Sobald der Ansatz eines Stotterersymptoms auftritt, soll innegehalten, „gestoppt“ werden, um das Zielwort mit der Sprechtechnik flüssig zu sprechen.

Ist die Satzebene sicher erarbeitet, kann mit Lesetexten begonnen werden, um dann die Sprechtechnik über Bildergeschichten in die Spontansprache zu übertragen.

Bis hierhin liegt die Verantwortung für das Gelingen der Therapie zum größten Teil beim Therapeuten. Sein Know-how, sein Geschick im Umgang mit dem Patienten macht es nach meiner Erfahrung möglich, alle Betroffenen in der Übungssprache bis auf Textebene in die Lage zu versetzen, symptomfrei sprechen zu können.

Phase 2: Transfer in die Spontansprache

Phase zwei beginnt nach ca. 10 Therapieeinheiten mit dem Transfer des stotterfreien Sprechens in die Spontansprache. Der Patient wird aufgefordert, eigenverantwortlich die korrigierte Atmung und die Sprechtechnik in

seiner Spontansprache zu verwenden. Stottern sollte konsequent unterbunden werden. Hier beginnt eine anstrengende Zeit für den Patienten, denn Wunder gibt es leider doch nur im Märchen.

Der Einsatz der Sprechtechnik bedeutet objektiv durch Verhinderung von Stotter- und Sekundärsymptomen eine Verbesserung der Sprechqualität in der Spontansprache. Subjektiv erscheint dem Patienten das neue Sprechen durch die Fremdheit oftmals als eine Verschlechterung.

Feldenkrais schreibt dazu: „Um gewohnheitsmäßig falsche Haltung oder Bewegung berichtigen zu können, gilt es zunächst, den Fehler zu erkennen und wie er sich in Tätigkeiten äußert; danach die Erkenntnis so anwenden zu können, dass die Bewegung ihr und nicht der Gewohnheit gemäß ausgeführt werden kann.“ Und weiter: „Wenn man Gewohnheiten ändern möchte, so kann man sich aufs Gefühl allein nicht verlassen. Bewusste Arbeit ist nötig, bis die richtige Haltung sich als die normale anfühlt und selber zu einer neuen Gewohnheit wird. Wer es einmal versucht hat, weiß, dass eine Gewohnheit viel schwerer zu ändern ist, als man meint.“ (Feldenkrais 1982, 90)

Die Therapeuten müssen in dieser Phase Überzeugungsarbeit leisten. Der Patient braucht eine individuelle Mischung aus Zuspruch,

Konsequenz und – vielleicht ungewohnt für uns Logopäden– auch ein gewisses Maß an „Strenge“. Praktisch lässt sich die Arbeit durch In-vivo-Übungen, Gespräche, Rollenspiele und andere zur Verfügung stehende Möglichkeiten gestalten. An dieser Stelle ist auch die Arbeit in Gruppen sehr nützlich. Unter der Leitung des Therapeuten unterstützen sich die Patienten gegenseitig in ihrem Bemühen, spüren aber auch eine förderliche Konkurrenz untereinander. Der dabei möglicherweise aufkommende Stress ist zur Desensibilisierung therapieimmanent erwünscht.

3. Phase: „Ausschleichen“ der Sprechtechnik

Die dritte Phase beginnt nach etwa 20 Therapieeinheiten, sobald der Patient unter Zuhilfenahme der Sprechtechnik in seiner Spontansprache symptomfrei spricht. Nun wird die Sprechtechnik kontrolliert „ausgeschlichen“. Erhalten bleiben lediglich weiche Vokaleinsätze bei Vokalanlauten und eine physiologische Sprechatmung. Dieser Therapieschritt stellt in der Regel kein Problem dar. Meistens vermindern die Patienten ohne Zutun des Therapeuten die Sprechtechnik von sich aus. Therapeutische Begleitung ist allerdings notwendig, um das erneute Aufkommen von Stottersymptomen frühzeitig durch zeitlich

begrenztes Einsetzen der Sprechtechnik zu unterbinden. Auch diese Phase erstreckt sich über etwa 10 Therapieeinheiten.

4. Phase: Nachsorge

Im vierten und letzten Abschnitt wird die Nachhaltigkeit der Behandlung beobachtet. Die Patienten kommen in zeitlich großen Abständen und haben bei nie auszuschließen den Rezidiven die Sicherheit, mit ihrem Therapeuten wieder aus der Stottersymptomatik herauszufinden. So dauert die Behandlung nach dem beschriebenen Konzept insgesamt ca. ein bis eineinhalb Jahre. Jeder Patient verlangt in dieser Zeit nach einer individuellen Behandlung und angepassten Lösungen auf dem Weg zum flüssigen Sprechen. Aus meiner Sicht ist dies keineswegs gleichbedeutend mit der Annahme, verschiedene Patienten bedürften in der Behandlung unterschiedlicher Methoden.

Grenzen und Vorteile

Diese Methode ist bei Kindern im Vorschulalter sowie bei Schulkindern im frühen Schulalter mit wenig ausgeprägter Symptomatik ungeeignet. Diese Patientengruppe ist gut zugänglich für Behandlungskonzepte wie „Mini-Kids“ oder das Lidcombe-Programm.

Fallbeispiele

In den vergangenen 27 Jahren habe ich viele Stotterpatienten behandelt. Einige sind mir unvergessen geblieben. So z.B. der Krankenpflegeschüler mit einer tonischen Stottersymptomatik und lang anhaltenden Blockaden, dem das Examen nur unter der Bedingung anerkannt werden sollte, dass er seine Sprechblockaden behandeln ließe. Gemeinsam haben wir es geschafft, einen Weg aus der Stottersymptomatik zu finden. Zusammen mit zwei Mitpatienten hat er in Köln auf dem Landesgruppentreffen flüssig sprechend vor 100 Teilnehmern Fragen zu seiner Sprechproblematik beantwortet. Nach dem Examen war er im Krankenhaus tätig. Im Rahmen meiner konsiliarischen Tätigkeit habe ich ihn dort in Abständen getroffen. Die Sprechflüssigkeit hat sich erhalten. Nur selten waren unangepasste Sprechpausen bemerkbar.

Oder der zehnjährige Junge, der von seiner Mutter mit der Vorgabe „man“ müsse die (tatsächlich) starke Sprechunflüssigkeit ihres Sohnes „beheben“ in meiner Praxis vorgestellt wurde. Schon in dem Erstgespräch war erkennbar, dass die Behandlung ein Wunsch der Mutter und nicht des Sohnes war. Es kam wie erwartet: Nach

einem Jahr konnte Kevin in der Praxissituation und beim In-vivo-Training flüssig sprechen. Einen Transfer in die Spontansprache hat es trotz aller therapeutischer Bemühungen nicht gegeben.

Gut im Gedächtnis ist mir die siebzehnjährige Elena. Sie wurde zur Intensivtherapie (Freitag bis Sonntag) von ihren Eltern aus dem Kölner Raum gebracht. Es waren anstrengende drei Tage Arbeit. Als die Eltern Elena am Sonntag abholten und das Mädchen flüssig sprechen konnte, waren alle zu Tränen gerührt. Die Eltern vor Glück und ich aufgrund der Erschöpfung. Auch nach drei und sechs Monaten sprach Elena in den Nachkontrollen stabil flüssig.

Besonders berührt hat mich die Behandlung eines 68-jährigen Mannes. Ein Alter, in dem eine nachhaltige Verbesserung einer seit Kindheit bestehenden tonisch-klonischen Stottersymptomatik kaum möglich schien. Wie erwartet zeigten sich Probleme bei der Anbildung physiologischer Sprechatmung. Eine reflektorische Atemergänzung war durch die auftretenden Blockaden unmöglich. Durch die Stimmübungen nach Svend Smith bekam der Patient ein Gefühl für atemrhythmisch angepasste Phonation, sodass die Anbildung eines „Seufzers“ möglich wurde. Die

weiteren Therapieschritte verliefen unproblematisch, allerdings mit verlängerten Übungsintervallen. Bis dahin waren wir beide skeptisch, ob wir die Zielsetzung „stotterfreies Sprechen“ erreichen könnten.

Mit den ersten Erfolgen beim Transfer der Sprechtechnik auf Satzebene vertiefte sich die Motivation des Patienten in dem Maße, wie seine Zuversicht zunahm. Nach etwa 15 Therapieeinheiten konnte Herr M. Texte unter Beachtung der Sprechtechnik flüssig lesen. Für ihn kam es einem kleinen Wunder gleich. Mir war allerdings bewusst, dass die schwierigste Therapiephase noch bevorstand. Bei dem Versuch die Sprechtechnik in die Spontansprache zu transferieren, zeigte sich, dass Herr M. eine geringe Wahrnehmung bezüglich seiner Stotterereignisse hatte. Die lang anhaltenden Blockaden bemerkte er sicher und konnte sie durch die Sprechtechnik schon bald vermeiden. Aber die vielen kleinen Längen, Sprechpausen, Wiederholungen von Silben, Wörtern und Satzteilen entzogen sich seiner Aufmerksamkeit. Doch zur Rezidivprophylaxe war deren Korrektur unbedingt notwendig. Die folgenden Monate stellten eine hohe Anforderung an unsere Geduld. Immer wieder wurden Videos aufgenommen und nachbesprochen. Immer wieder musste ich ihn mit der Korrektur

Eine weitere Kontraindikation sehe ich u.U. bei psychisch geschwächten Menschen, wenn sie die Kraft und bedingungslose Beharrlichkeit zum erfolgreichen Abschluss der Behandlung nicht aufbringen können. Selten kommt es vor, dass sich Betroffene mit einem an der sprachlichen Oberfläche wenig manifesten Stottern zur Therapie anmelden. Auch für diese Patienten ist die Methode eher ungeeignet, weil der Einsatz der Sprechtechnik eine objektive Verschlechterung der Spontansprache darstellt. Hier sind jedoch einzelne Module mit anders gewählten Schwerpunkten verwendbar. Die Vielzahl der Vorteile überwiegt nach meiner Einschätzung die Nachteile durch die Grenzen der Methode. Die Therapie ist klar gegliedert und in jeder Phase lassen sich Therapieziele und Fortschritte nachvollziehbar dokumentieren. Bei Begutachtung des Patienten zur Ausstellung einer Folgeverordnung kann der Arzt den Stand der Therapie überprüfen und mit dem Patienten diskutieren. Die Elemente der ersten Phase sind modular einsetzbar. Atemkorrektur, Stimmübungen und Sprechtechnik lassen sich auch separat verwenden und sind bei der Behandlung angrenzender Störungsbilder (z.B. Stimmstörungen) und bei atypischer Stottersymptomatik im Rahmen von neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern anwendbar.

seiner positiven Eigeneinschätzung „nerven“. Dabei wurde therapeutisch darauf gedrungen, „Sinnsprechen“ konsequent anzuwenden, die Stopptechnik einzusetzen und langsam zu sprechen. Ähnlich wie andere Stotterpatienten war auch Herr M. sehr mitteilungsfreudig und extrovertiert. Die verbesserte sprachliche Kompetenz wirkte wie ein Ausbruch aus der krankheitsbedingten Sprachlosigkeit, mit dem Risiko, noch vor dem Erreichen einer sicheren Flüssigkeit wieder in die Stottersymptomatik abzugleiten. Als therapeutisch induzierte Hürde habe ich Herrn M. während eines Seminars der Landesgruppe NRW vorgestellt. Für ihn war es ein großartiger Erfolg, erstmals nach 63 Lebensjahren den Mut zu haben, vor fremden Menschen zu sprechen. Meine Zufriedenheit war begrenzt, weil Herr M. zwar flüssiger gesprochen hatte als beim Erstbefund, aber von Symptombefreiheit keine Rede sein konnte. So musste ich im Rahmen der Therapie wieder und wieder auf die Einhaltung der flüssigkeitserhaltenden Parameter drängen. Nach einem Jahr wurde es möglich, die Spontansprache auch ohne den Einsatz der Sprechtechnik fließend zu halten. So konnten wir die Abstände zwischen den Therapieeinheiten verlängern. Inhalt der folgenden Therapiestunden war die Fremd- und Eigenkontrolle der Spontansprache.

Bei geschicktem Einsatz klingt die Sprechtechnik in der Spontansprache kaum wahrnehmbar im Vergleich zu anderen Methoden des „Fluency-shapings“. Das erhöht die Compliance der Patienten (Von Tilling 2010). Weil die Methode sehr transparent vermittelt wird, ist der Patient in der Lage, bei erneutem Auftreten von Stottersymptomen sich selbst zu helfen. Und zu guter Letzt ist die Methode auch im Rahmen einer Intensivtherapie einsetzbar. Prominenteste Vertreterin dieser Variante ist gegenwärtig *Sabine Schütz* (2008), wissenschaftlich begleitet von Professor Dr. Eberhard Kruse.

Ausblick

Jeder stotternde Patient wendet sich mit dem Wunsch an uns, endlich flüssig sprechen zu lernen. Sollten wir Logopäden diesen Wunsch nicht ernst nehmen und unser Handwerkszeug dementsprechend erlernen und einsetzen? Anderenfalls werden, wie in der Vergangenheit und Gegenwart geschehen, berufs fremde, selbsternannte Therapeuten die Gelegenheit ergreifen und ihr „Wissen“ für viel Geld an die hilfeschenden Betroffenen verkaufen.

Vor allem aber wurden Gespräche geführt, um die Anstrengung des Patienten, seine Sprechflüssigkeit zu stabilisieren, therapeutisch zu unterstützen. Nach zwei Jahren Therapiedauer konnte die Therapie erfolgreich abgeschlossen werden. In dem folgenden Jahr wurden vierteljährlich Kontrolltermine vereinbart. Als stabilisierende Maßnahme sollte der Patient täglich Stimmübungen durchführen und täglich 5 Minuten mit Sinnsprechen, sowie 5 Minuten ohne Sprechtechnik laut lesen. Besonders berührt hat mich, wie Herr M. darüber sprach, dass sein Leben beruflich und privat sicher anders verlaufen wäre, wenn er früher eine realistische Chance bekommen hätte, seine „Sprachlosigkeit“ zu überwinden. Er war so begeistert von seinen neuen Möglichkeiten, dass er seinen ebenfalls stotternden jüngeren Bruder zur Therapie motivieren wollte. Nach einem Beratungsgespräch wurde schnell klar, dass sich der Bruder mit der Stottersymptomatik arrangiert hatte und die Kraftanstrengung einer Behandlung nicht auf sich nehmen wollte. Die möglichen Erfolge in der Stottertherapie mit der beschriebenen Methode ermutigen mich immer wieder, gemeinsam mit den Patienten das Ringen um stotterfreies Sprechen aufzunehmen.

LITERATUR

Böhme, G. (1980). *Therapie der Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen* (109-111). Stuttgart: Fischer

Coblenzer, H. & Muhar, F. (1976). *Atem und Stimme*. Wien: ÖBV

Feldenkrais, M. (1978). *Bewußtheit durch Bewegung*. Frankfurt: Suhrkamp

Deshimaru-Roshi, T. (1978). *Zen in den Kampfkünsten Japans*. München: Knauer

Kortenbruch, R. (1995). Stottertherapie mit Jugendlichen nach der Methode von Uwe Pape. *Die Sprachheilarbeit* 40, 192-195

Pape, U. (1995a). Stottertherapie mit Jugendlichen. *Die Sprachheilarbeit* 40, 192-195

Pape, U. (1995b). Erlernen neuer Sprechformen als Stottertherapie. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5* (261-271). Berlin: Spieß

Schütz, S. (2008). D.E.L.P.H.I.N. – ein anderer Ansatz in der Stottertherapie: flüssig sprechen von Anfang an. *Forum Logopädie* 2 (22), 18-20

Tisch, W. (1996). Symptomorientierte Stimmtherapie. *Forum Logopädie* 4 (10), 14-15

Thyme-Frøkjær, K. & Frøkjær-Jensen, B. (2003). *Die Akzentmethode*. Idstein: Schulz-Kirchner

Von Tilling, J. (2010). Angst vor dem Stottern und ihre Ursachen. *Die Sprachheilarbeit* 6 (55), 291-300

Wirth, G. (1979). *Stimmstörungen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Eine CD mit Stimmübungen nach Svend Smith inklusive Anleitung ist beim Autor erhältlich.

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2011-53020110203

Autor

Wolfgang Tisch
Wilkestr.12
59581 Warstein
logopaedie-tisch@t-online.de
www.logopaedie-tisch.de

SUMMARY. Fluency Shaping by Pape/Tisch – a behavior therapy concept for stuttering youth and adults

This article focuses on a behavior therapy concept to care for adolescent and adult patients suffering from lingual titubation. For more than 20 years patients have been treated ambulatory according to this method. The approach is characterized by modular structure and transparency.

KEY WORDS: Stuttering – Fluency Shaping – modular structure – phase model – elocution – medical indication