

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	FH Münster
Förderkennzeichen:	01VSF17045
Akronym:	PMS KIDS
Projekttitel:	Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS
Autoren:	Anke Kohmäscher, Stefan Heim
Förderzeitraum:	1. Oktober 2018 bis 31. März 2022

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	5
3.1	Hintergrund.....	5
3.2	Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projekts.....	6
3.3	Projektstruktur.....	7
3.4	Zusammenarbeit mit dem Konsortialpartner und Kooperationspartnern.....	7
4.	Projektdurchführung.....	8
5.	Methodik.....	8
5.1	Darstellung des Studiendesigns.....	8
5.2	TeilnehmerInnen.....	9
5.3	Randomisierung und Verblindung.....	12
5.4	Intervention.....	13
5.5	Endpunkte und Datenerhebung.....	14
5.6	Auswertungsmethoden.....	16
6.	Projektergebnisse.....	16
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	19
7.1	Zusammenfassung und Bezug zu den Hypothesen.....	19
7.2	Einordnung in die Wirksamkeitsforschung zu Stottertherapien.....	20
7.3	Stärken und Limitationen der Studie.....	21
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	22
8.1	Verwertungspotenzial für die Versorgung.....	22

Akronym: PMS KIDS

Förderkennzeichen: 01VSF17045

8.2	Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Projekts (Forschungsbedarf).....	23
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	24
10.	Literaturverzeichnis.....	25
11.	Anhang	28
12.	Anlagen.....	28

I. Abkürzungsverzeichnis

SSI-4	Stuttering Severity Instrument – 4
OASES-S	Overall Assessment of the Speaker’s Experience with Stuttering - Scholars
PMS KIDS	Prospektive, multizentrische Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit des Stottermodifikationsverfahrens KIDS
KIDS	Kinder Dürfen Stottern
CONSORT	Consolidated Statement of Reporting Trials
ANOVA	Analysis of Variance (dt. Varianzanalyse)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektstruktur in PMS KIDS	7
Abbildung 2: Studiendesign von PMS KIDS	9
Abbildung 3: Flussdiagramm der Teilnehmenden	12
Abbildung 4: Veränderungen im OASES-S über 3 Monate in der sofortigen Therapiegruppe vs. Warte-Kontrollgruppe. Fehlerbalken stellen die Standardabweichung dar.	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 5: Box-plots über die Veränderungen innerhalb von 12 Monaten (n= 52, on- treatment) in Bezug auf den OASES-S, Elterneinschätzungen zur Zufriedenheit mit der Kommunikation sowie zum subjektiven Schweregrad und SSI-4- Gesamtwert	Fehler! Textmarke nicht definiert.

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der zentralen Ergebnisse im kontrollierten Vergleich nach 3 Monaten	17
Tabelle 2: Übersicht der zentralen Ergebnisse pro Zeitpunkt im Vergleich zur Prä-Messung.	18
Tabelle 3: Sensitivitätsanalyse (Last-Observation-Carried-Forward [LOCF] Methode) für den primären Endpunkt und den sekundären Endpunkt SSI-4.....	19
Tabelle 4: Demographische und klinische Baseline-Charakteristika.	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 5: Vergleich der durchschnittlichen Veränderungen in allen Outcomes nach 3 Monaten in der sofortigen Therapiegruppe vs. der Warte-Kontrollgruppe.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 6: Veränderungen nach 12 Monaten für alle Outcomes als Ergebnis der ANOVA mit Messwiederholung	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 7: Geplante paarweise Vergleiche der Baselinewerte (prä) mit den Werten nach 3, 6 und 12 Monaten für alle Endpunkte	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1. Zusammenfassung

Einleitung: Die 2016 erschienene Leitlinie Redeflussstörungen deckte eine Evidenzlücke in Bezug auf die Wirksamkeit von Stottertherapien bei Kindern im Grundschulkindern auf (Neumann et al., 2016). Dies ist problematisch, da Stottern mit zunehmendem Fortbestehen und Alter chronifiziert und das Risiko schulischer Probleme (u.a. Beteiligung am Unterricht, Mobbing) steigt. Einbußen der Lebensqualität sowie soziale Ängste, die bei stotternden Erwachsenen überdurchschnittlich häufig vorliegen, nehmen häufig ihren Anfang in der Schulzeit. Hier setzte das Projekt PMS KIDS an und setzte sich zum Ziel, die Wirksamkeit der best-practice Stottertherapie KIDS (Kinder Dürfen Stottern, Sandrieser & Schneider, 2015) bei Grundschulkindern zu evaluieren. Es wurde erwartet, dass sich nach 3 Monaten Verbesserungen bezüglich der psychosozialen Auswirkungen von Stottern zeigen, während Veränderungen der Stottersymptomatik innerhalb eines Jahres nach Therapiebeginn auftreten.

Methode: Als Studiendesign wurde eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie mit zwei Therapiearmen konzipiert, bei der die Hälfte der eingeschlossenen Kinder sofort eine ambulante Stottertherapie nach KIDS beginnt, während die andere Hälfte 3 Monate auf den Therapiebeginn wartete. Stotternde Kinder zwischen 7-11 Jahren wurden in 34 sprachtherapeutischen Einrichtungen rekrutiert und über 12 Monate nach Therapiebeginn beobachtet. Die Stottermodifikationstherapie KIDS wurde von 26 SprachtherapeutInnen unter Alltagsbedingungen nach einem vorab entwickelten Therapiemanual durchgeführt. Als primärer Endpunkt für den Therapieerfolg wurde der Fragebogen OASES-S zur Erfassung der Erfahrungen von stotternden Kindern abgenommen. Als sekundäre Endpunkte wurden diverse Sprechproben im Hinblick auf Stotterhäufigkeit, Dauer, motorisches Begleitverhalten sowie Gesamtschwerergrad ausgewertet und Elternratings zur subjektiven Bewertung der Stotterschwere sowie der Kommunikation in Alltagssituationen erhoben.

Ergebnisse: Drei Monate nach der Randomisierung unterschieden sich die durchschnittlichen Veränderungen der OASES-S-Werte in der sofortigen Therapiegruppe (n= 31) signifikant von der Warte-Kontrollgruppe (n= 29). Für die aggregierten Daten aus beiden Therapiearmen zeigten sich nach 6 und 12 Monaten signifikante Verbesserungen im OASES-S (große Effekte), der Stotterhäufigkeit, motorischem Begleitverhalten, dem Gesamtschweregrad sowie den Elternratings (mäßig-große Effekte).

Diskussion: Es konnten bedeutsame kurzfristige Therapieeffekte nach 3 Monaten Stottertherapie gemäß KIDS nachgewiesen werden. Weitere Verbesserungen entstehen 6-12 Monate nach Therapiebeginn, sind jedoch aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe vorsichtig zu interpretieren. Aufgrund der Konzeption als Versorgungsstudie unter Alltagsbedingungen ist eine hohe externe Validität gegeben. Insgesamt wird daher eine ambulante Stottermodifikationstherapie nach KIDS für Kinder im Grundschulalter als gleichwertige Alternative zu intensiven Gruppentherapien empfohlen.

2. Beteiligte Projektpartner

Übersicht der Projektbeteiligten		
Einrichtung, Institut	Name	Verantwortlichkeit
FH Münster, Fachbereich Gesundheit	Prof. Dr. Anke Kohmäscher	Konsortialführung / Projektleitung
Uniklinik RWTH Aachen	Prof. Dr. Stefan Heim	Konsortialpartner

Als fachliche Ansprechpartnerin steht Frau Prof. Dr. Kohmäscher zur Verfügung (anke.kohmaescher@fh-muenster.de).

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

In Deutschland ist etwa 1% der Bevölkerung von Stottern betroffen, also ungefähr 832.000 Menschen (Neumann et al., 2016). Diese Störung des Redeflusses äußert sich dadurch, dass die betreffende Person genau weiß, was sie sagen möchte, dies aber nicht flüssig umsetzen kann (Natke & Kohmäscher, 2020). Stottert eine Person über einen längeren Zeitraum entwickeln sich in vielen Fällen sekundäre Reaktionen wie zum Beispiel Vermeidung von Sprechsituationen oder muskuläre Anstrengungsreaktionen, die mit emotionaler Belastung wie Scham, Angst und einem verminderten Selbstwertgefühl sowie einer negativen Einstellung sich selbst und seinem Sprechen gegenüber einhergehen (Guitar, 2019). Als Folge steigt im Schulalter das Risiko für Mobbing (Blood et al., 2011) und schlechtere Schulleistungen (O'Brian et al., 2011) sowie später Einschränkungen bei der beruflichen Karriere (Bricker-Katz et al., 2013). Studien belegen eine geringere Lebensqualität stotternder Erwachsener (Koedoot et al., 2011) sowie ein erhöhtes Risiko für sekundäre psychische Erkrankungen wie soziale Angststörungen (Iverach & Rapee, 2014).

Während die Wahrscheinlichkeit einer Remission (Überwindung) des Stotterns bei jungen Kindern kurz nach dem Beginn noch sehr hoch ist (ca. 70-80%), fällt diese bei Schulkindern mit ca. 50% deutlich niedriger aus und ist im Erwachsenenalter so gut wie ausgeschlossen (Neumann et al., 2016). Wirksame therapeutische Interventionen im Kindesalter sind also essentiell, um die Remissionswahrscheinlichkeit zu erhöhen oder zumindest die sekundären Folgen des Stotterns abzumindern.

Aktuelle systematische Übersichtsarbeiten belegen die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutisch ausgerichteter Stottertherapie bei Vorschulkindern als auch Erwachsenen die stottern (Brignell et al., 2021; Neumann et al., 2016; Sjøstrand et al., 2021). Im Gegensatz dazu identifizierte die S3-Leitlinie zu Redeflussstörungen 2016 eine Evidenzlücke bei der sprachtherapeutischen Versorgung der etwa 45.000 stotternden Grundschulkindern und konstatierte: „Für 6- bis 12-Jährige liegt bislang keine solide Evidenz für irgendeine Behandlung vor.“ (Neumann et al., 2016), S. 12).

Eine dem Projekt vorausgegangene Befragung von SprachtherapeutInnen zur Versorgung stotternder PatientInnen (Kohmäscher, 2019) ergab, dass stotternde Grundschulkindern im ambulanten Bereich überwiegend in Einzelsitzungen behandelt werden. Gemäß der während der Projektlaufzeit gültigen Heilmittelrichtlinie vom 19.05.2016 können 1-2 Sitzungen wöchentlich durchgeführt werden und sind im Regelfall max. 50 Therapieeinheiten á 45 Minuten vorgesehen. Dieses Therapieformat wird als extensive Therapie bezeichnet und ist von intensiven Therapien abzugrenzen, bei denen Therapiemaßnahmen in komprimierter Form durchgeführt werden, in der Regel in Form von mehreren Therapiestunden pro Tag über einen Zeitraum von mehreren Tagen oder Wochen (Wendlandt, 2009). Inhaltlich ergab die

Umfrage, dass SprachtherapeutInnen mehrheitlich nach dem Ansatz der Stottermodifikation arbeiten und bei diesem therapeutischen Ansatz die höchste Expertise aufweisen (Kohmäscher, 2019). Therapieverfahren der Stottermodifikation zielen primär auf einen Abbau der Sekundärsymptomatik von Stottern sowie der Bearbeitung negativer Gefühle, um in einem zweiten Schritt Techniken zur Bearbeitung der primären Stottereignisse (Blockaden) zu vermitteln (Natke & Kohmäscher, 2020). Ein komplett flüssiges Sprechen ist dabei nicht das erwartete Therapieziel. In der Altersgruppe der Grundschul Kinder dominiert in Deutschland mit 89% (Kohmäscher, 2019) der Einsatz des Stottermodifikationsverfahrens KIDS (Kinder Dürfen Stottern) (Sandrieser & Schneider, 2015).

Zusammengefasst ist eine effektive Stottertherapie von Grundschulkindern wesentlich, um die Wahrscheinlichkeit einer Remission zu erhöhen und sekundäre, negative Folgen abzuwenden bzw. mindern. Das in der ambulanten Versorgung bekannte Stottermodifikationsverfahren KIDS wird zwar vielfach verwendet, jedoch steht ein Wirksamkeitsnachweis aus.

3.2 Ziele und Fragestellungen/Hypothesen des Projekts

Das Ziel von PMS KIDS war es, die kurz- und mittelfristige Effektivität ambulanter Stottertherapien, die der typischen Regelversorgung laut Heilmittelkatalog entsprechen, zu evaluieren. Damit sollte die Evidenzlücke bezüglich der Wirksamkeit von Stottertherapie bei Grundschulkindern geschlossen werden und Aussagen über die Versorgungswirksamkeit getroffen werden. Aufgrund der Heterogenität der ambulanten Versorgungssituation sollten dabei sowohl die Alltagsbedingungen explizit berücksichtigt werden als auch ein methodisch hochwertiger Evidenznachweis erbracht werden, der in die zukünftigen Empfehlungen der S3-Leitlinie aufgenommen werden kann.

Fragestellung:

Wie wirkt sich eine ambulante, extensive Stottertherapie gemäß dem Modifikationsansatz KIDS nach 3, 6 und 12 Monaten auf die primären und sekundären Symptome von 7-11jährigen stotternden Kindern aus?

Primäre Arbeitshypothese:

- a. Nach 3 Monaten Therapie sind die Beeinträchtigungen durch Stottern, gemessen anhand des OASES-S, in der Therapiegruppe signifikant niedriger als in der Wartekontroll-Gruppe.

Sekundäre Arbeitshypothesen:

- b. Nach 6 Monaten Therapie zeigen sich bei allen Probanden im OASES-S signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Therapiebeginn.
- c. Nach 12 Monaten Therapie zeigen sich bei allen Probanden im OASES-S signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Therapiebeginn.
- d. Nach 6 Monaten Therapie weisen alle Probanden signifikant niedrigere Punktwerte im SSI-4 auf im Vergleich zum Therapiebeginn.
- e. Nach 12 Monaten Therapie weisen alle Probanden signifikant niedrigere Punktwerte im SSI-4 auf im Vergleich zum Therapiebeginn.
- f. Nach 3, 6 und 12 Monaten Therapie zeigt sich bei den subjektiven Einschätzungen des Schweregrads durch die Eltern ein numerisch monoton-abnehmender Trend über die Zeitpunkte hinweg.

3.3 Projektstruktur

Das Projekt PMS KIDS erfolgte über den gesamten Verlauf im Rahmen einer gleichberechtigten, engen Zusammenarbeit zwischen der Konsortialführung (FH Münster) und dem Konsortialpartner (Uniklinik RWTH Aachen). Dabei ergänzte sich die fachspezifische Expertise und der Zugang zum Versorgungsfeld seitens der Konsortialführung mit der forschungsmethodischen Expertise und Projekterfahrung des Konsortialpartners.

Wie in Abbildung 1 dargestellt übernahmen Konsortialführung und -partner sowohl gemeinsame (Ethikvoten, Sicherung Meilensteine, Publikation) als auch getrennte Aufgabenpakete, wobei die Konsortialführung federführend agierte. Die in Münster angestellte Projektkoordinatorin sicherte in enger Absprache mit der Konsortialführung die Umsetzung der Datenerhebung und -auswertung durch zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen.



Abbildung 1: Projektstruktur in PMS KIDS

3.4 Zusammenarbeit mit dem Konsortialpartner und Kooperationspartnern

Zur Projektabwicklung fanden kontinuierlich wöchentliche Treffen der Konsortialführung, der Projektkoordinatorin sowie der beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen (Konsortialführung und -partner) statt. Ergänzt wurden diese durch 7 Projekttreffen aller Beteiligten, in denen der Projektverlauf analysiert, ggfs. Schwierigkeiten sowie das weitere Vorgehen besprochen wurden. Besprechungen zwischen der Konsortialführung und dem -partner erfolgten telefonisch bzw. über Zoom je nach Projektzeitpunkt im wöchentlichen bis monatlichen Rhythmus.

Zusätzlich promovieren beide wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in projektnahen Themen an der RWTH Aachen, wodurch zusätzlich alle 1-2 Monate digitale Besprechungen der Mitarbeiterinnen mit Konsortialführung und -partner stattfanden.

Die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern erfolgte über die Konsortialführung. Die *Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten* (ivs e.V.) rekrutierte maßgeblich TherapeutInnen und ermöglichte die Manuals Schulung, Supervisionssitzungen sowie Vorträge während der jährlichen Werkstattgespräche. Die *Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe* (bvss e.V.) sowie der *Deutsche Bundesverband für Logopädie* (dbl e.V.) förderten den Bekanntheitsgrad des Projektes und unterstützten die Rekrutierung.

4. Projektdurchführung

Im Rahmen des Projekts PMS KIDS wurde eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie unter Alltagsbedingungen durchgeführt. Hierfür wurden zu Projektbeginn Ethikvoten des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (18-10032-LA-KSp) sowie der Uniklinik der RWTH Aachen (EK 299/18) eingeholt. Außerdem wurde die Studie mit ihrem geplanten methodischen Vorgehen beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) registriert (Registrierung am 07.11.2018 unter DRKS00015851).

Die Rekrutierung umfasste in PMS KIDS sowohl SprachtherapeutInnen als auch stotternde Kinder. In den ersten 4 Monaten wurden 32 SprachtherapeutInnen rekrutiert (Anlage 3: Therapeutenwerbungsschreiben), die sich bereit erklärten, alle, die Einschlusskriterien erfüllenden, stotternden Neuanmeldungen sprachtherapeutisch nach KIDS zu behandeln und diese Therapien durch das Projektteam evaluieren zu lassen. Alle SprachtherapeutInnen erhielten ein, im Rahmen des Projekts entwickeltes, Therapiemanual sowie Materialien zu KIDS und nahmen an einer Schulung zu diesem Therapiemanual teil. Aufgrund einer verzögerten Erreichung der angestrebten Fallzahl stotternder Kinder sowie dem Wegfall von 2 Therapeutinnen wurden ein Jahr später weitere 5 SprachtherapeutInnen eingeschlossen und geschult.

Die Rekrutierung stotternder Kinder konnte nur indirekt erfolgen, indem Sprachtherapie verordnende ÄrztInnen und weitere relevante Personen im Einzugsgebiet der beteiligten sprachtherapeutischen Einrichtungen über PMS KIDS informiert wurden (Anlage 4: Beispiel Anschreiben Ärzte, Anlage 5: Flyer PMS KIDS). Trotz dieser Maßnahme konnte der Zeitplan der Fallzahlplanung nicht eingehalten werden und der Rekrutierungs- sowie Projektzeitraum mussten um 6 Monate verlängert werden. Anstelle der 75 geplanten ProbandInnen wurden 73 stotternde Kinder in die Studie eingeschlossen.

Alle sukzessiv eingeschlossenen Kinder wurden zu Therapiebeginn sowie nach 3, 6 und 12 Monaten einer standardisierten Testung in den jeweiligen sprachtherapeutischen Einrichtungen unterzogen; die Kinder der Warte-Therapiegruppe wurden zusätzlich zu Beginn einer 3monatigen Wartezeit auf den Therapiebeginn getestet (vgl. Kapitel 5). Zur Qualitätssicherung wurden 5 Supervisionssitzungen (Anlage 6: Supervisionskonzept) mit den behandelnden SprachtherapeutInnen durchgeführt. Parallel zur 35-monatigen Datenerhebung wurden über 22 Monate die erhobenen Daten zur Stottersymptomatik ausgewertet und die Reliabilität der Daten sichergestellt. Im Anschluss wurden alle erhobenen Daten in Bezug auf die Fragestellung statistisch ausgewertet und eine Publikation verfasst. Das Projekt wurde im März 2022 mit einem eintägigen, digitalen Symposium für Projektbeteiligte, Interessierte und FachkollegInnen abgeschlossen.

5. Methodik

Die Darstellung des methodischen Vorgehens orientiert sich am wissenschaftlichen Berichtstandard nach CONSORT mit der Erweiterung für Versorgungsstudien (Extension for pragmatic trials).

5.1 Darstellung des Studiendesigns

PMS KIDS wurde als prospektive, multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie im Parallelgruppendesign mit einer Warte-Kontrollgruppe angelegt (Deutsches Register Klinischer Studien [DRKS], 2018). Wie in Abbildung 2 dargestellt begannen nach der Randomisierung die Kinder in der „Therapiegruppe“ sofort ihre Therapie, während die Kinder der „Warte-Kontrollgruppe“ 3 Monate warteten, bevor sie ihre Therapie aufnahmen. Eine Wartezeit von 3 Monaten wurde, bestätigt durch die Ethikvoten, als ethisch gerechtfertigt

angesehen, da Stottern in dieser Altersgruppe in der Regel schon länger besteht und damit eine gewisse Chronifizierung eingesetzt hat. Studien bei Vorschulkindern ergaben zudem, dass sich eine kurze Wartezeit nicht negativ auf die anschließende Therapiedauer auswirkt (Jones et al., 2000). Das Design ermöglichte damit vor (T0) und nach 3 Monaten (T1) einen Vergleich zwischen den Therapiearmen (Therapie vs. keine Therapie). Die in der Leitlinie formulierte Forderung, dass eine Behandlung innerhalb von 3 Monaten einen Nutzen zeigen sollte (Neumann et al., 2016) ließ sich somit überprüfen.

Die mittelfristigen Effekte von KIDS wurden über weitere Testungen nach 6 Monaten (T2 bzw. T3) und 12 Monaten (T3 bzw. T4) erfasst. Damit lag für jedes Kind Daten zum Verlauf der Stottersymptomatik über 12 Monate vor, wobei das Ende der jeweiligen Stottertherapie nicht festgelegt war und sowohl innerhalb als auch außerhalb (nach) des Beobachtungszeitraums von einem Jahr liegen konnte.

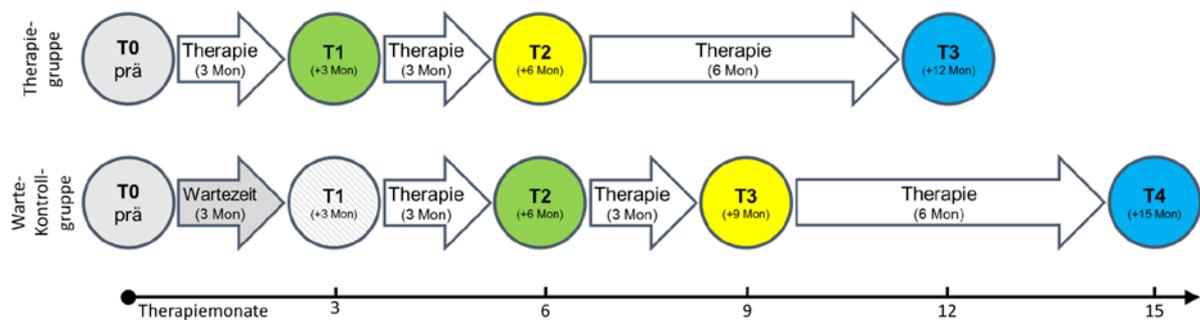


Abbildung 2: Studiendesign von PMS KIDS

5.2 TeilnehmerInnen

TeilnehmerInnen der Studie PMS KIDS waren sowohl die behandelnden SprachtherapeutInnen als auch die von ihnen behandelten, stotternden Kinder (mit ihren Familien). In Bezug auf die Zielpopulation wurde für beide Gruppen versucht, eine möglichst große Heterogenität an Teilnehmenden zu erreichen, die die Versorgungspraxis möglichst gut widerspiegelt.

Die Rekrutierung der SprachtherapeutInnen erfolgte zum Teil schon im Zuge der Antragstellung, indem im Rahmen einer Fachkonferenz (ivs Stotterkonferenz, 2017) Interessensbekundungen an einer Studienteilnahme eingeholt wurden. Die Kontaktaufnahme mit diesen interessierten TherapeutInnen wurde nach der Bewilligung des Projekts durch Therapeutenwerbungsschreiben (Anlage 3: Therapeutenwerbungsschreiben) ergänzt, die über die Kooperationspartner (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e.V.) an ihre Mitglieder verbreitet wurden. Mit allen an der Studie interessierten TherapeutInnen wurden Telefongespräche geführt, in denen geklärt wurde, wie vertraut sie tatsächlich mit dem Therapieansatz KIDS sind und wie viele stotternde Kinder der Altersgruppe sie im Durchschnitt behandeln. Entscheidend für eine Beteiligung an der Studie war aus Projektsicht weniger eine umfangreiche Erfahrung, sondern eher die Frage, ob überhaupt bereits nach KIDS therapiert wurde und inwieweit der Einschluss von 2 stotternden Kindern innerhalb des Rekrutierungszeitraums aussichtsreich ist. Daneben wurde die Compliance für die Studie eingeschätzt, indem die Anforderungen bei einer Studienteilnahme klar verdeutlicht wurden (z.B. Teilnahme an einer Manuals Schulung sowie Supervisionen, Dokumentation von Therapiesitzungen, Koordination von Testungen in der Praxis). Dabei wurden auch die inhaltlich-qualitätsbezogenen Vorteile einer Studienteilnahme betont und die Aufwandsentschädigung von bis zu 200,- EUR pro ProbandIn sowie 300,- EUR

für die Manualschulung und 100,- EUR pro Supervisionsteilnahme erläutert. Insgesamt konnten auf diese Weise zwischen Oktober und Dezember 2018 33 SprachtherapeutInnen gewonnen werden. Von diesen SprachtherapeutInnen schieden zwei TherapeutInnen aufgrund von Krankheit bzw. Schwangerschaft aus. Aufgrund dieser Ausfälle sowie einer schleppenden Rekrutierung von stotternden Kindern wurden im Frühjahr 2020 weitere 4 SprachtherapeutInnen über persönliche Kontakte rekrutiert, so dass insgesamt 37 SprachtherapeutInnen am Projekt teilnahmen. Diese kamen aus dem gesamten Bundesgebiet: Leipzig, Berlin (n= 3), Kiel (n= 2), Lüneburg, Hamburg (n= 3), Hannover (n= 2), Paderborn, Bochum, Bergisch Gladbach (n= 2), St. Augustin, Leubsdorf, Mainz, Ennigerloh (NRW), Recklinghausen, Anikum, Münster, Niederelbert, Bonn (n= 2), Frankfurt (n= 2), Moerfelden-Waldorf, Stuttgart (n= 2), Tübingen, Rosbach von der Höhe, München (n= 3), Augsburg. Die in die Studie eingeschlossenen Kinder wurden von 26 dieser SprachtherapeutInnen behandelt, so dass nicht alle teilnehmenden SprachtherapeutInnen aktiv an der Studie mitwirkten. 25 der aktiven TherapeutInnen arbeiteten selbstständig oder angestellt in sprachtherapeutischen Praxen im Bundesgebiet, während eine Sprachtherapeutin als Lehrlogopädin in der sprachtherapeutischen Ambulanz eines Universitätsklinikums therapierte. Die TherapeutInnen unterschieden sich weiterhin in Hinblick auf Geschlecht, Alter, Berufserfahrung sowie Grad der Spezialisierung auf die Behandlung stotternder Menschen. Alle mussten als Voraussetzung mit dem Therapieverfahren KIDS vertraut sein und hatten im vorausgehenden Jahr mindestens 1-2 stotternde Grundschul Kinder behandelt. Um trotz der subjektiv berichteten Expertise in *KIDS* die Konformität mit dem Behandlungsansatz zu sichern, wurde von den Autoren von *KIDS* zu Projektbeginn ein Therapiemanual entwickelt (Schneider & Sandrieser, 2018). Dieses wurde um eine Sammlung dazugehöriger Therapiematerialien ergänzt, die allen TherapeutInnen zur Verfügung gestellt wurden. Alle teilnehmenden TherapeutInnen absolvierten außerdem eine eintägige Manualschulung bei der Projektleiterin und einem Autor des Therapiemanuals. In dieser wurden sie mit den Manualinhalten vertraut gemacht und in Bezug auf die Aufnahme neuer ProbandInnen (Anlage 7: Telefonisches Screening PMS KIDS, Anlage 8: PMS KIDS auf einen Blick, Anlage 9: Informationen über PMS KIDS im ersten Kontakt) sowie die Dokumentation der eigenen Therapie (Anlage 10: Instruktion Hausaufgabendokumentation & Hausaufgabendokumentation, Anlage 11: Therapiedokumentation) geschult. Zur Klärung von Fragen im Therapieverlauf verpflichteten sich alle SprachtherapeutInnen, die ProbandInnen einbrachten, an zwei von 5 angebotenen, halbtägigen Supervisionssitzungen mit der Projektleiterin und Projektkoordinatorin teilzunehmen.

Die Rekrutierung stotternder Kinder konnte nicht aktiv erfolgen, sondern beinhaltete als Zielpopulation alle stotternden Kinder, die sich für eine Stottertherapie in einer teilnehmenden sprachtherapeutischen Einrichtung anmeldeten, die Einschlusskriterien erfüllten und bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Voraussetzung hierfür war das Vorliegen einer Heilmittelverordnung. Die Einschlusskriterien wurden bewusst weit gefasst, um die typische Versorgungssituation zu erfassen: 1) Alter beim Eintritt in die Studie zwischen 7;0 und 11;0 Jahren (Grundschulklasse 1-4), 2) mindestens milde bis mäßige Beeinträchtigung (Werte $\geq 1,50$) im *OASES-S* in der Erstdiagnostik, 3) ausreichende deutsche Sprachkenntnisse des Kindes und der Eltern, um eine Therapie nach *KIDS* durchführen zu können (überprüft durch die Einschätzung der Therapeutin). Ausgeschlossen wurden stotternde Kinder mit erheblichen neurologischen, sprachlichen, emotionalen oder verhaltensbezogenen Auffälligkeiten, die die Durchführung der Stottertherapie nach dem im Manual beschriebenen Vorgehen verhindern.

Zur Festlegung der Stichprobengröße wurde vorab eine a priori Poweranalyse (ANOVA: repeated measures, within-between interaction) anhand des Programms G*Power (Faul et al., 2009) durchgeführt. Das alpha-Niveau wurde dabei auf $\alpha = 0.05$ und die Power ($1 - \beta$) auf 0.8 festgelegt. Der erwartete Effekt bezog sich auf die primäre Hypothese und die Veränderung des primären Outcomes, des *OASES-S*, nach 3 Monaten. Bei der Festlegung der Effektgröße wurden die einzigen Studien berücksichtigt, in denen der *OASES-S* im Therapieverlauf eingesetzt wurde: nach einer 2-wöchigen Intensivtherapie für stotternde Jugendliche und Erwachsene wiesen die Veränderungen im *OASES-A* (Erwachsenenversion) nach 12 Monaten sehr große Effektstärken auf ($d = 1.37$) (Euler, Anders & Merkel, 2016). In einer unveröffentlichten Diplomarbeit von Zang an der RWTH Aachen (2008) zeigten 10 Kinder zwischen 9 und 16 Jahren nach 10 Therapieeinheiten ambulanter, extensiver Stottertherapie eine 17%ige Abnahme der Punktwerte (Vorläuferversion des *OASES-S*: AKES), was einem mittleren Effekt entsprach ($d = 0.45$). Ein mittlerer Effekt nach 3 Monaten mit einer durchschnittlichen Reduktion des Gesamtscores im *OASES-S* um 0,5 Punkte (Maximalwert: 5,00) wurde dementsprechend als plausibel eingestuft. Bei einer Festlegung der Effektgröße auf $f = 0.2$ ergab die Poweranalyse mit oben angegebenen α - und β -Werten eine notwendige Stichprobengröße von insgesamt 52 Probanden. In Anbetracht hoher Drop-out-Quoten in vergleichbaren Studien (Andrews et al., 2016; Franken et al., 2005; Onslow et al., 1994) sowie dem Design einer Versorgungsstudie mit einer längerfristigen Beobachtungsphase (1 Jahr) wurde eine Drop-out-Rate von bis zum 30% einkalkuliert und darauf gezielt, 75 stotternde Kinder insgesamt in die Studie einzuschließen.

Die Aufnahme der stotternden Kinder in die Studie erfolgte zwischen Dezember 2018 und Juni 2021 (6 Monate länger als geplant). Von 121 Kindern, die in diesem Zeitraum eine Verordnung für Stottertherapie erhielten und sich bei den teilnehmenden SprachtherapeutInnen anmeldeten, konnten 73 Kinder randomisiert und einem Studienarm (sofortige vs. verzögerte Therapie) zugeordnet werden (Abbildung 3). Im Flussdiagramm werden weiterhin die Anzahl der Drop-outs sowie Gründe für den Ausschluss aus der Studie genannt sowie die Fallzahlen aufgeführt, die in die statistischen Berechnungen (1) Kurzfristige Effekte nach 3 Monaten; 2) Mittelfristige Effekte nach 12 Monaten) eingeflossen sind.

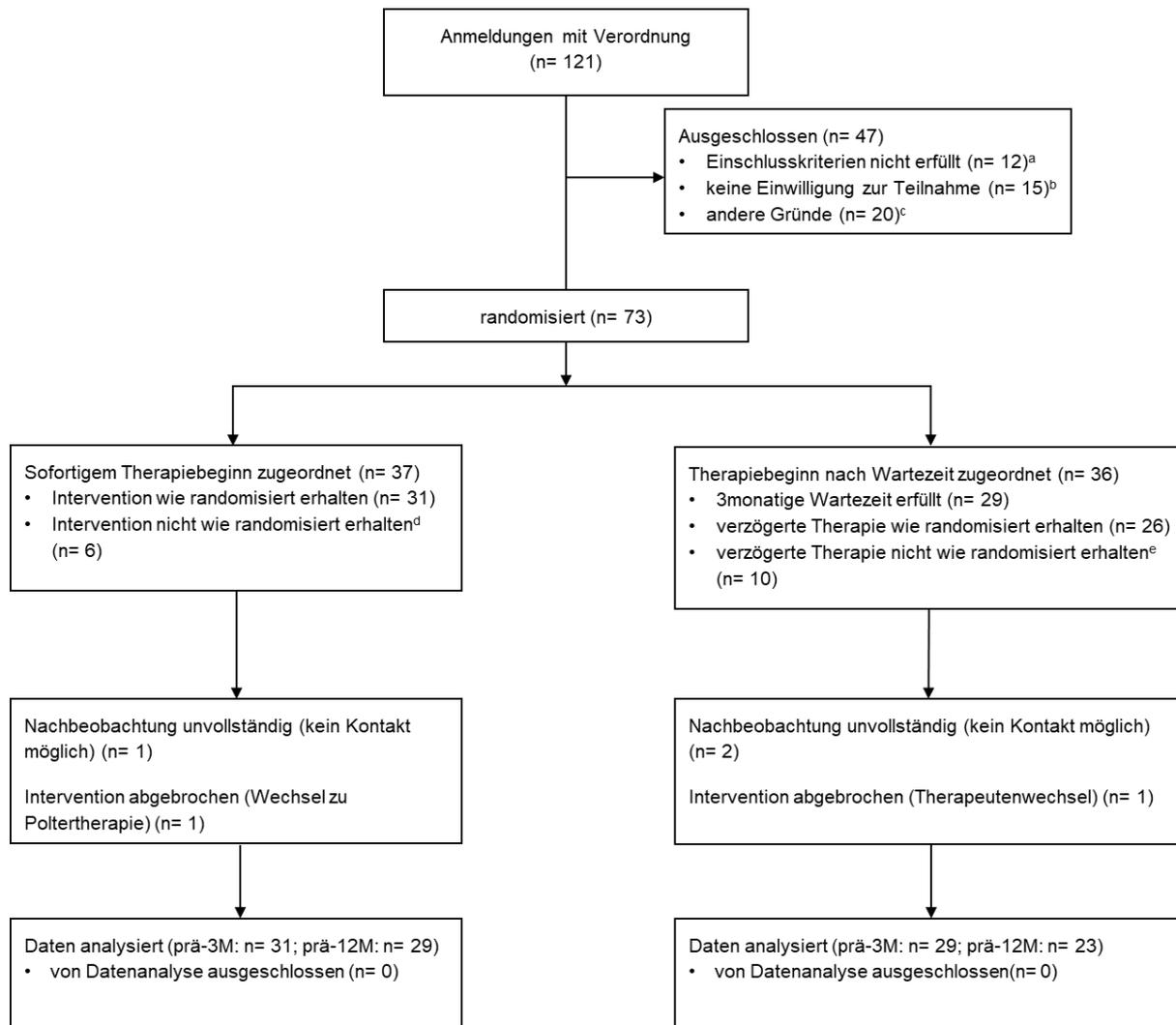


Abbildung 3: Flussdiagramm der Teilnehmenden

^a unzureichende Deutschkenntnisse für eine Therapie nach *KIDS* (n= 8), (Verdacht auf neurologische, sprachliche, emotionale oder verhaltensbezogene Einschränkungen (n= 4)

^b Wahl eines anderen Sprachtherapeuten bzw. anderer sprachtherapeutischer Einrichtung (n= 5), Sorge vor negativen Auswirkungen einer Studienteilnahme auf das Stottern (n= 2), sofortiger Therapiebeginn gewünscht (n= 2), Ablehnung der Randomisierung (n= 5), keine Angabe von Gründen (n= 1)

^c kein Therapieplatz vorhanden (n= 2), ausschließlich Bedarf an Auffrischungssitzungen (n= 4), kein Behandlungsbedarf (n= 2), potenzielle Wartezeit ethisch nicht vertretbar (n= 6), organisatorische und weitere Gründe (n= 6)

^d keine mindestens mild-mäßige Beeinträchtigung im *OASES-S* (Einschlusskriterium) (n= 3), Wechsel in eine andere sprachtherapeutische Praxis (n= 1), Therapieabbruch nach wenigen Sitzungen aufgrund neuer Therapieindikation bzw. Wunsch der Eltern (n= 2)

^e Ausstieg aus der Studie nach Bekanntgabe des Randomisierungsergebnisses (n= 2), Beschäftigungsverbot der Therapeutin aufgrund von Schwangerschaft (n= 2), keine Therapieindikation nach der Wartezeit (n= 4), Ausstieg ohne Angabe von Gründen (n= 2)

5.3 Randomisierung und Verblindung

Die Randomisierung erfolgte über eine nach Alter (< 9;0 Jahre, ≥ 9;0 Jahre) und Geschlecht (Junge/Mädchen, basierend auf den Prävalenzraten im Verhältnis 4:1) stratifizierte Block-

Randomisierung zur Therapiegruppe mit sofortigem Therapiebeginn oder zur Warte-Kontrollgruppe mit einer Wartezeit von 3 Monaten bis zum Therapiebeginn. Diese stellte sicher, dass Alter und Geschlecht in beiden Therapiearmen annähernd gleich verteilt waren. Der Konsortialpartner erstellte hierzu zu Projektbeginn aufeinanderfolgende Randomisierungscodes für die 4 Blöcke, die wie folgt gefüllt wurden: 7 junge Mädchen, 2 alte Mädchen, 35 junge Jungen und 29 alte Jungen. Ein Code wurde jeweils nach der schriftlichen Einwilligung von Kind und Eltern dem Kind zugeordnet, in das Excel-Programm eingegeben und so das Randomisierungsergebnis erhalten. Direkt im Anschluss wurden der/die behandelnde SprachtherapeutIn, die Eltern und das Kind über das Randomisierungsergebnis informiert und der Termin zur ersten Testung (T0) vereinbart.

Eine Verblindung der Kinder, ihrer Eltern sowie der TherapeutInnen in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit war nicht möglich, da die Warte-Therapiegruppe zum einen auf ihren Behandlungsbeginn warten musste und eine zusätzliche Untersuchung (T0) stattfand. Da die Untersucherinnen für die Datenerhebungen Termine mit den TherapeutInnen vereinbarten und die Abstände der Testungen sich in den beiden Studienarmen unterschieden, waren diese ebenfalls nicht verblindet. Eine Verblindung der Untersucherinnen für die Datenauswertung wurde hingegen realisiert: Dafür wurden nach Abschluss der Datenerhebung pro ProbandIn alle vorhandenen Sprechproben umcodiert. Dann werteten die UntersucherInnen jeweils die Sprechproben von ProbandInnen aus, deren Daten sie nicht selbst erhoben hatten und waren damit in Bezug auf die Gruppenzugehörigkeit als auch den Testzeitpunkt der Aufnahme verblindet.

5.4 Intervention

KIDS (Sandrieser & Schneider, 2015) steht als Akronym für "Kinder Dürfen Stottern" und ist ein best-practice Therapieverfahren für stotternde Kinder in Deutschland. Die Therapie basiert auf dem ursprünglich in den USA entwickelten Ansatz der Stottermodifikation für Erwachsene (van Riper, 1973) und Kinder (Dell, 2000) und teilt sich in eine Variante für stotternde Vorschulkinder (Mini-KIDS) und eine Variante für stotternde Schulkinder (Schul-KIDS) auf.

Aufgrund der Tatsache, dass die Remissionswahrscheinlichkeit für Stottern mit zunehmendem Alter abnimmt, zielt Schul-KIDS darauf ab 1) das sozial auffällige Sekundärverhalten sowie negative psychische Reaktionen auf Stottern zu reduzieren, 2) die Lebensqualität und Resilienz durch kommunikative Kompetenz zu verbessern, 3) die Fähigkeit, Informationen zum Stottern geben zu können und 4) ein unterstützendes Umfeld zu gestalten. Die Autoren gehen davon aus, dass bei Erreichen dieser Ziele zum einen die Sprechflüssigkeit erhöht wird und zum anderen die Wahrscheinlichkeit einer Remission steigt (Anlage 1: Therapiemanual KIDS).

In der Regel wird Schul-KIDS als ambulante Einzeltherapie mit 1-2 Therapiesitzungen á 45 Minuten pro Woche durchgeführt. Die Dauer der Therapie hängt davon ab, wie schnell die oben genannten Ziele erreicht werden und ist nicht grundsätzlich festgelegt. Für stotternde Schulkinder erachten die Autoren von KIDS die Enttabuisierung von Stottern sowie die Desensibilisierung gegen die eigene Symptomatik als wesentlich. Im Therapieprozess werden 5 aufeinanderfolgende Phasen beschrieben, die jedoch gemäß den Bedürfnissen des Kindes angepasst werden können: Information und Vertrag, Desensibilisierung, Identifikation, Modifikation und Generalisierung. Bei der Ausgestaltung der Therapie sind die vier Prinzipien variable Therapieplanung, Stärkung der Resilienz, Kind-Bezug und Alltagsbezug leitend, ICF-orientierte (International Classification of Functioning) (World Health Organization, 2001) Ziele zu erreichen. Aus diesem Grund wird das methodische Vorgehen für jedes Kind individualisiert und kontinuierlich nach Clinical Reasoning Überlegungen angepasst. Im

Rahmen von PMS KIDS wurden hierfür zusätzlich manualbegleitende Therapiematerialien zur Verfügung gestellt (Anlage 2: Manualergänzende Therapiematerialien KIDS).

Obwohl KIDS als Präsenztherapie entwickelt wurde, mussten aufgrund der Corona-Pandemie einige SprachtherapeutInnen einen Teil der Therapiesitzungen als Videotherapie durchführen.

5.5 Endpunkte und Datenerhebung

Die gewählten Messverfahren basieren auf den Empfehlungen der Leitlinie Redeflussstörungen (Neumann et al., 2016) und sollten die erwarteten Veränderungen nach einer Stottermodifikationstherapie möglichst umfassend abbilden. Gleichzeitig sollten sie die Anforderungen an eine ökonomische, kindgerechte Datenerhebung erfüllen. Als primärer Endpunkt wurden, entsprechend der Erwartung der primären Hypothese und den Zielen bzw. Annahmen von KIDS, die Auswirkungen des Stotterns auf das alltägliche Leben gewählt. Diese wurden über den Fragebogen *OASES-S (Overall Assessment of the Speaker's Experience with Stuttering – Scholars)* (2016; Yaruss et al., 2016) operationalisiert. Dieser validierte und normierte Fragebogen wird international in Studien eingesetzt und liegt in deutscher, validierter Übersetzung vor (Euler, Kohmäscher et al., 2016; Kohmäscher, 2017). Anhand von 60 Items wird von 7-12jährigen Kindern eine subjektive Bewertung des eigenen Wissens über Stottern, der Reaktionen auf Stottern, der Alltagskommunikation sowie der eigenen Lebensqualität auf einer 5-stufigen Skala (1-5) erfragt. Für die Auswertung werden die Punktwerte der angekreuzten Antworten addiert und durch die Anzahl beantworteter Fragen geteilt (Kohmäscher, 2017). Der so erhaltene Punktwert zwischen 1,0 und 5,0 entspricht dem Maß der Beeinträchtigung durch das Stottern und kann pro Abschnitt als auch für den Gesamtwert mit Normwerten verglichen werden. Dabei sind die Normwerte in 5 Abstufungen unterteilt, die das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Stottern wiedergeben: mild (1,00-1,49), mild-mäßig (1,50-2,24), mäßig (2,25-2,99), mäßig-schwer (3,00-3,74) und schwer (3,75-5,00). Als sekundäre Outcomes wurden objektive Daten zur Sprechflüssigkeit und Stottern in verschiedenen Situationen erhoben. Jedes Kind führte in der behandelnden Einrichtung ein 10-15minütiges Gespräch mit einem Projektmitarbeiter und las (bei ausreichenden Lesefertigkeiten) einen altersgemäßen Text vor (Anlage 13: Lesetexte Klasse 1-4). Diese auf Video aufgezeichneten Sprechproben wurden in Hinblick auf drei Parameter (=sekundäre Outcomes) ausgewertet:

1. Häufigkeit des Stotterns, gemessen mit einem Online-Silbenzähler (Natke, 2019) als Prozentsatz gestotterter Silben (%SS)
2. Dauer des Stotterns, gemessen anhand des Computerprogramms *Praat* (Version 6.1.25) (Boersma & Weenink, 2021) als Mittelwert der Dauer der drei längsten Kernsymptome
3. Motorisches Begleitverhalten, gemessen als Gesamtscore von vier 6-stufigen Ratingskalen (Werte von 0-5) aus dem *Stuttering Severity Instrument (SSI-4)* (Riley, 2009): auffällige Geräusche, Grimassieren, Kopfbewegungen, Extremitätenbewegungen

Die Auswertung der 3 Parameter im Sinne des *Stuttering Severity Instruments – 4* (Riley, 2009) erfolgt zunächst getrennt. Für die Stotterhäufigkeit werden den Prozentsätzen bzw. -spannen gemäß dem Manual Punktwerte zwischen 2 und 18 zugeordnet. Bei der durchschnittlichen Dauer der 3 längsten Stotterereignisse werden ebenfalls den Zeitspannen von flüchtiger Dauer bis zu einer Minute Punktwerte zwischen 2 und 18 zugewiesen. Beim motorischen Begleitverhalten entsprechen die Werte der Ratingskalen den Punktwerten und werden lediglich zu einem Gesamtwert addiert. Abschließend werden die Punktwerte der drei Outcomes (für die Spontansprechprobe und wenn möglich das Lesen) zu einem Gesamtwert

addiert. Dieser Wert zwischen 6 und 36 oder mehr Punkten bildet anhand des Abgleichs mit den Normwerten den *Schweregrad des Stotterns* ab und kann entsprechenden Perzentilen sowie Schweregradbezeichnungen von sehr leicht bis sehr schwer zugeordnet werden. Dabei entsprechen höhere Punktwerte ausgeprägteren Schweregraden des Stotterns. Der SSI-4 ist ein international bekannter, standardisierter Test, der sprachunabhängig durchgeführt werden kann.

Da Stottern eine hohe Variabilität bei unterschiedlichen Sprechanforderungen und Settings aufweist (Brundage et al., 2021), wurden zusätzlich von jedem Kind Audio-Sprechproben erhoben, bei denen es 1) mit einem Elternteil und 2) mit einem nicht-verwandten Erwachsenen außerhalb der sprachtherapeutischen Einrichtung sprach. Hierzu wurde von der Firma Georg Design eine studienspezifische App entwickelt, die die Aufnahme der Gespräche mit einem Smartphone ermöglichte und im Anschluss direkt die Sprechproben verschlüsselt und datengeschützt auf eine dem Projektteam zugängliche Website versandte (Anlage 14: Anleitungsblatt Installation PMS KIDS App). Zusätzlich wurden die Eltern über die App über eine Erinnerungsfunktion an die Aufnahme in einem bestimmten Zeitraum erinnert. Eltern, die die App nicht installieren wollten oder konnten oder bei denen technische Probleme während der Anwendung auftraten, erhielten vom Projektteam ein Diktiergerät zur Aufzeichnung. Alle Audio-Sprechproben wurden bezüglich der Stotterhäufigkeit und Dauer der drei längsten Stottereignisse ausgewertet. Eine Bewertung des motorischen Begleitverhaltens war aufgrund des Fehlens von Videodaten nicht möglich, so dass diese Sprechproben auch nicht für den Gesamtschweregrad berücksichtigt wurden.

Um reliable Daten sicherzustellen, erhielten die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen ein Training in der Auswertung der Sprechproben anhand der verschiedenen Parameter. Dies wurde von der Projektleitung durchgeführt, die umfangreiche Erfahrung in der Analyse von Daten stotternder Personen aufweist (Alpermann et al., 2010, 2012).

Als weitere sekundäre Outcomes wurden *Elterneinschätzungen* aufgenommen, die den subjektiven Therapieerfolg im Alltag erfassen. Dazu bewerteten die Eltern auf einer visuellen Analogskala von jeweils 0-10 den Schweregrad des Stotterns ihres Kindes (0= kein Stottern; 10 extrem schweres Stottern) (Anlage 16: Einschätzung der Eltern – Stotterschweregrad) sowie ihre Zufriedenheit mit der alltäglichen Kommunikation ihres Kindes (0= extrem unzufrieden; 10 extrem zufrieden) (Anlage 17: Einschätzung der Eltern – Alltagskommunikation).

Die Datenerhebung vor Ort bestand zu jedem Messzeitpunkt (vgl. Abbildung 2) aus einer ca. einstündigen Erhebung, während der zunächst ein Gespräch geführt wurde, dann der Lesetext vorgelesen wurde und abschließend der *OASES-S* ausgefüllt wurde. Die Einschätzungen der Eltern zu Schweregrad und Zufriedenheit mit der Alltagskommunikation erfolgten im Anschluss. Zum Ende des Termins erhielten die Eltern eine Instruktion bzw. Erinnerung an die Audioaufnahmen im häuslichen Umfeld, die innerhalb von 2 Wochen nach der Testung durchgeführt werden sollten (Anlage 14: Anleitungsblatt Installation PMS KIDS App, Anlage 15: Instruktion Sprachaufnahmen App / Diktiergerät). Die für die Baseline-Charakteristika erforderlichen anamnestischen Informationen (Anlage 12: Anamnesebogen PMS KIDS) wurden bei der zweiten Messung zusätzlich erhoben. Nach dem ersten Corona-Lockdown im März 2021 und nachfolgenden Reisebeschränkungen mussten die Präsenztestungen in den teilnehmenden Einrichtungen zum großen Teil durch digitale Testungen über Sprechstunde Online (Zava Sprechstunde Online GmbH, 2021) ersetzt werden. Die Lesetexte sowie Visuellen Analogskalen wurden den ProbandInnen vorab zugesandt; ansonsten konnten die Testungen gleich durchgeführt werden. Um den Datenschutz zu gewährleisten, filmten die Projektmitarbeiterinnen ihren Bildschirm ab anstatt die Sitzung online aufzuzeichnen. Damit

standen gleichartige Videoaufnahmen wie bei Präsenztestungen zur Verfügung und konnten die gleichen Auswertungen vorgenommen werden.

5.6 Auswertungsmethoden

Alle statistischen Auswertungen erfolgten anhand der Software *IBM SPSS Statistics* (Version 27). Zunächst wurden deskriptive Berechnungen zu demographischen und klinischen Merkmalen derjenigen Kinder durchgeführt, die in den Vergleich nach 3 Monaten einfließen. Die Vergleichbarkeit der beiden Studienarme bei der Baseline wurde anhand des Chi-Quadrat-Tests für nominale Daten und des t-Tests für unabhängige Stichproben für intervallskalierte Daten analysiert. Deskriptive Daten der Gesamtgruppe in Form von Mittelwerten und Standardabweichungen wurden für jeden Outcome und jeden Messzeitpunkt berechnet (Anhang 1).

Zur Überprüfung der primären Hypothese wurden die Veränderungen im *OASES-S* nach 3 Monaten analysiert, indem die durchschnittlichen Veränderungen (T0-T1 Unterschied pro Gruppe) in der Interventionsgruppe (Sofortige Therapie) mit denen der Warte-Kontrollgruppe anhand eines einseitigen t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen wurden. Das gleiche statistische Verfahren wurde auf alle weiteren Outcomes angewendet und aufgrund des multiplen Testens die *p*-Werte anhand der Bonferroni-Holm-Methode korrigiert. Die korrespondierenden Effektgrößen (Cohen's *d*) wurden von $.2 \leq d \leq .49$ als klein, von $0.5 \leq d \leq .79$ als mäßig, und bei $d \geq .8$ als groß bewertet.

Die sekundären Hypothesen bezogen sich auf die mittelfristigen Veränderungen nach 6 und 12 Monaten. Hierzu wurden die Datensätze aller Kinder aus beiden Therapiearmen angeglichen (prä, + 3 Mon, +6 Mon, +12 Mon) und zusammengeführt. In der statistischen Auswertung wurde ein konservativer Ansatz gewählt, indem nur die Daten derjenigen Kinder mit vollständigen Datensätzen über alle vier Messzeitpunkte (pro Outcome) berücksichtigt wurden (= on-treatment Analyse). Dies erlaubte die Durchführung einer Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung. Vorab wurden jeweils die Voraussetzungen Sphärizität über den Mauchly's Test für jeden Outcome geprüft und bei signifikanten Unterschieden der Varianzen die Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser korrigiert. Effektstärken wurden als partielles Eta-Quadrat (η^2) berechnet und interpretiert mit $\eta^2 < .06$ als klein, $.06 \leq \eta^2 \leq .14$ als mäßig und $\eta^2 > .14$ als groß. Die geplanten Einzelvergleiche der Messzeitpunkte wurden mittels abhängiger t-Tests durchgeführt, wobei sowohl die Veränderungen zur Baseline (T0) als auch zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten analysiert wurden.

Als Reliabilitätsmaße wurden die in der Fachliteratur übliche Interrater-Übereinstimmung sowie Intrarater-Übereinstimmung gewählt. Dazu wurde eine zufällig ausgewählte Sprechprobe von jedem Kind von allen drei Auswertern analysiert, wodurch 65 (9%) aller Sprechproben für die Analyse zur Verfügung standen. Zusätzlich wertete jeder der drei Auswerter nach einem Monat eine Sprechprobe pro Kind erneut aus, um die Intrarater-Übereinstimmung berechnen zu können. Krippendorff's Alpha sowie das Makro von Hayes für ordinale und intervallskalierte Daten ermöglichte dann die Berechnung der Inter- und Intrarater-Übereinstimmung für die Häufigkeit gestotterter Silben, die Dauer und das motorische Begleitverhalten.

6. Projektergebnisse

Die Projektergebnisse werden im Detail in Anhang 2 berichtet.

Die statistische Auswertung ergab in den ersten drei Monaten eine signifikant stärkere Abnahme der *OASES*-Werte in der sofortigen Therapiegruppe im Vergleich zur Wartegruppe. Veränderungen in den sekundären Outcomes (*SSI-4*, Einschätzung des subjektiven Schweregrads durch die Eltern und Zufriedenheit mit der Kommunikation) unterschieden sich in dieser Zeitspanne nicht zwischen der sofortigen Therapiegruppe und der Wartegruppe (Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht der zentralen Ergebnisse im kontrollierten Vergleich nach 3 Monaten

Endpunkt	<i>t</i> (df)	<i>p</i> _{unkorr} (<i>p</i> _{korrr}) ^a	Effektgröße Cohen's <i>d</i>	<i>U</i> ^b	<i>p</i> _{unkorr} (<i>p</i> _{korrr}) ^c
<i>OASES-S</i>					
Gesamtwert	-2.638 (58)	.005 (.015)	-.682	669.00	< .001 (.003)
<i>SSI-4</i>					
Gesamtwert	-.593 (56)	.278 (1.0)	-.156	n.a.	n.a.
Elterneinschätzungen					
Subjektiver Schweregrad	-.383 (58)	.352 (.703)	.099	443.5	.464 (.928)
Zufriedenheit mit der Kommunikation	.028 (58)	.487 (.487)	.007	435.0	.827 (.827)

^a *p*-Werte sind einseitig unkorrigiert und nach Bonferroni-Holm-Korrektur für die Anzahl der Vergleiche (=Skalen) pro Testverfahren angegeben.

^b Für den Fall, dass in einer oder beiden Gruppen die Werte nicht normalverteilt waren, wurde die Gültigkeit der Ergebnisse mit dem entsprechenden verteilungsfreien Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test) abgesichert.

^c *p*-Werte sind einseitig unkorrigiert und nach Bonferroni-Holm-Korrektur für die dieselbe Anzahl der Vergleiche pro Testverfahren wie beim korrespondierenden *t*-Test angegeben.

n.a.: nicht zutreffend

Der weitere Verlauf des primären Endpunktes *OASES-S* zeigt, dass die in den ersten 3 Monaten erzielte Minderung der Beeinträchtigung durch Stottern über 12 Monate mindestens aufrechterhalten wurde. Die *ANOVA* mit Messwiederholung ergab signifikante Verbesserungen mit großen Effektgrößen für den Gesamtwert ($p < .001$, partielles $\eta^2 = .335$). Auch der Stotterschweregrad nahm im Verlauf eines Jahres signifikant ($p < .05$) ab. Tabelle 2 zeigt ergänzend die Einzelvergleiche bis zu 12 Monate nach Therapie-Onset. Die Analysen wurden im Fall, dass bei einzelnen Zellen die Werte nicht normalverteilt waren, über entsprechende nicht-parametrische Verfahren überprüft, die alle zu denselben Ergebnismustern führten.

Tabelle 2: Übersicht der zentralen Ergebnisse pro Zeitpunkt im Vergleich zur Prä-Messung

	Veränderungen im Vergleich zum Beginn der Therapie					
	3 Monate vs. prä		6 Monate vs. prä		12 Monate vs. prä	
OASES- S	t (48)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (48)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (48)	p_{unkorr} (p_{korr})^a
Gesamtwert	5.412	< .001 (<.001)	5.932	< .001 (<.001)	7.371	< .001 (<.001)
	119 ^w	< .001 (<.001)	-	-	-	-
SSI-4	t (df)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (df)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (df)	p_{unkorr} (p_{korr})^a
Gesamtwert	2.337 (41)	.012 (.036)	2.644 (41)	.006 (.012)	3.212 (41)	.001 (.001)
	248.5 ^w	.002 (.002)	308.5 ^w	.023 (.070)	343 ^w	.004 (.007)
Elterneinschätzungen	t (49)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (49)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (49)	p_{unkorr} (p_{korr})^a
Subjektiver Schweregrad	2.531	.007 (.022)	4.384	<.001 (<.001)	3.841	<.001 (<.001)
	243 ^w	.004 (.012)	159 ^w	<.001 (<.001)	213.5 ^w	<.001 (.001)
Zufriedenheit mit der Kommunikation	-1.461	.075 (.226)	-2.526	.007 (.015)	-4.478	<.001 (.001)
	376 ^w	.087 (.262)	557 ^w	.009 (.017)	684.5 ^w	<.001 (.001)

^wIn Fällen, in denen die Messwerte die Voraussetzung der Normalverteilung nicht vollständig erfüllten, wurde die Gültigkeit der Ergebnisse mittels des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests als entsprechendem verteilungsfreien Verfahren überprüft. Die Ergebnisse sind in dem Fall in der darunterliegenden Zeile berichtet und die Teststatistik (*w*) statt des *t*-Wertes angegeben.

^ap-Werte sind einseitig unkorrigiert und nach Bonferroni-Holm-Korrektur für die Anzahl der Vergleiche (3 Vergleiche: 0-3, 0-6, 0-12 Monate) pro Skala eines Testverfahrens angegeben.

Zur Bestätigung der Ergebnisse wurde eine Sensitivitätsanalyse nach der Last-Observation-Carried-Forward [LOCF] Methode sowohl für den primären Endpunkt als auch für den SSI-4 Gesamtwert durchgeführt (zur Diskussion der Stärken und Schwächen der Methode vgl. Lachin, 2016). Es wurden solche Datensätze zusätzlich eingeschlossen, für die zum Zeitpunkt „Prä“ ein Wert vorlag. Die ANOVA ergab einen signifikanten Haupteffekt für Zeitpunkt für den OASES-S ($F(3;102,75) = 7,509$; $p = .001$ (Greenhouse-Geiser korrigiert) ; partielles $\eta^2 = .115$) und auch für den SSI-4 ($F(3;136,918) = 6.418$; $p = .001$ (Greenhouse-Geiser korrigiert); partielles $\eta^2 = .097$). Die Einzelvergleiche werden in Tabelle 3 berichtet.

Tabelle 3: Sensitivitätsanalyse (Last-Observation-Carried-Forward [LOCF] Methode) für den primären Endpunkt OASES-S und den sekundären Endpunkt SSI-4

Endpunkt	Veränderungen im Vergleich zum Beginn der Therapie								
	3 Monate vs. prä			6 Monate vs. prä			12 Monate vs. prä		
	t (df)	p _{unkorr} (p _{korr}) ^a	Cohen's d	t (df)	p _{unkorr} (p _{korr}) ^a	Cohen's d	t (df)	p _{unkorr} (p _{korr}) ^a	Cohen's d
OASES-S Gesamt- wert	5.065 (58)	<.001 (<.001)	.659	2.490 (58)	.008 (.023)	.324	3.906 (58)	<.001 (<.001)	.508
SSI-4	3.149 (60)	.001 (.003)	.403	2.949 (60)	.002 (.007)	.378	3.275 (60)	.001 (.001)	.419

^a p-Werte sind einseitig unkorrigiert und nach Bonferroni-Holm-Korrektur für die Anzahl der Vergleiche (3 Vergleiche: 0-3, 0-6, 0-12 Monate) pro Skala eines Testverfahrens angegeben.

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Zusammenfassung und Bezug zu den Hypothesen

Als Versorgungsstudie untersuchte PMS KIDS die Wirksamkeit des Stottermodifikationsverfahrens *KIDS* in der ambulanten Behandlung stotternder Grundschulkinder. Dabei wurden kurzfristige Effekte nach 3 Monaten mit einer Warte-Kontrollgruppe verglichen und mittelfristige Veränderungen bis 12 Monate nach Therapiebeginn untersucht.

Die primäre Hypothese wurde bestätigt:

a. *Nach 3 Monaten Therapie sind die Beeinträchtigungen durch Stottern, gemessen anhand des OASES-S, in der Therapiegruppe signifikant niedriger als in der Warte-Kontroll-Gruppe.*

Die sekundären Hypothesen wurden ebenfalls, mit unten aufgeführten Einschränkungen, bestätigt:

b. *Nach 6 Monaten Therapie zeigen sich bei allen Probanden im OASES-S signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Therapiebeginn.*

c. *Nach 12 Monaten Therapie zeigen sich bei allen Probanden im OASES-S signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Therapiebeginn.*

d. *Nach 6 Monaten Therapie weisen alle Probanden signifikant niedrigere Punktwerte im SSI-4 auf im Vergleich zum Therapiebeginn.*

e. *Nach 12 Monaten Therapie weisen alle Probanden signifikant niedrigere Punktwerte im SSI-4 auf im Vergleich zum Therapiebeginn.*

f. *Nach 3, 6 und 12 Monaten Therapie zeigt sich bei den subjektiven Einschätzungen des Schweregrads durch die Eltern ein numerisch monoton-abnehmender Trend über die Zeitpunkte hinweg.*

Die erwarteten Verbesserungen im OASES-S sowie SSI-4 beziehen sich auf den Gesamtwert. In beiden Verfahren verbesserten sich nicht alle Subskalen im gleichen Ausmaß und die im SSI-4 erfasste *Dauer der drei längsten Stotterereignisse* verbesserte sich als einziger Endpunkt nicht statistisch bedeutsam. Hierfür können zwei mögliche Begründungen angeführt werden: 1) Die Dauer der Stotterereignisse war im Vergleich zu Normdaten des SSI-4 (Schulkinder: M = 6,4 ± 3,2 Sekunden) bereits bei der Baseline niedrig (M = 1,47 Sekunden), was zu Bodeneffekten geführt haben könnte. 2) Das Manual des SSI-4 präzisiert nicht, welche Stottersymptome in die Dauer der Stotterereignisse einfließen. Die Auswerter maßen ausschließlich die Dauer der Kernsymptome (Wiederholungen, Dehnungen, Blockaden) und

ließen damit einhergehende, sekundäre Starter sowie Aufschubverhalten (z.B. ähm, Floskeln) außer Acht. Möglicherweise wurde durch die KIDS-Therapie genau dieses Verhalten abgebaut, was jedoch mit der verwendeten Auswertungsmethode nicht erfasst wurde. In der subjektiven Wahrnehmung der Auswertenden zeigte sich bei vielen Kindern eine qualitative Veränderung der Stottersymptome, wie zum Beispiel eine Zunahme der Wiederholung ganzer Wörter statt Silben. Diese Veränderung würde in einer längeren Dauer der Stottereignisse resultieren, obwohl sich die Sprache des Kindes in die Richtung normaler Sprechunflüssigkeiten entwickelt.

Insgesamt stellten sich die Veränderungen so dar, wie sie aufgrund der beschriebenen Vorgehensweise von KIDS zu erwarten waren. KIDS adressiert vor allem zu Beginn kognitive und emotionale Aspekte des Stotterns, bevor Verhaltensänderungen angebahnt werden – dies spiegelte sich bereits nach 3 Monaten in der subjektiven Erfahrung einer geringeren Beeinträchtigung durch Stottern, erfasst mit dem OASES-S, wieder. Der Fokus der ersten Phase auf Aufklärung (Phase ‚Information und Vertrag‘) führte zu einer besonders starken Verbesserung in der Subskala *Allgemeine Informationen* des OASES-S.

Im Verlauf bis zu 12 Monate nach Therapiebeginn zeigen sich weitere Verbesserungen in hör- und sichtbaren, verhaltensbezogenen Aspekten, erfasst mit dem SSI-4, wobei hier eingeschränkt das Fehlen einer Kontrollgruppe erwähnt werden muss. Auch dies passt zu den Erwartungen laut Therapiemanual, da Verhaltensänderungen langsamer voranschreiten und die Modifikation der Stottereignisse erst später, wenn sinnvoll, in der Therapie erarbeitet wird. Erwähnt werden soll an dieser Stelle, dass ein ähnliches Veränderungsmuster in den externen Sprachaufnahmen beobachtet werden kann, auch wenn dieses nicht statistisch ausgewertet werden konnte (Anhang 1). Dies könnte auf einen Transfer des Gelernten deuten.

7.2 Einordnung in die Wirksamkeitsforschung zu Stottertherapien

Das Ausmaß an Therapieeffekten in dieser Studie ist vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Wirksamkeitsstudien im Gruppenformat. Laiho und Klippi (2007) führten eine quasi-experimentelle Studie zur Wirksamkeit von Stottermodifikationstherapie bei 6-14-jährigen stotternden Kindern über 14 (jüngere Kinder) bis 18 (ältere Kinder) Tage durch. Während in dieser finnischen Studie (Laiho & Klippi, 2007) 43% der Kinder einen niedrigeren Stotterschweregrad erreichten, betraf dies in PMS KIDS 56% der Kinder (nach 12 Monaten), während weitere 28% einen (sehr) leichten Stotterschweregrad behielten. Dabei ist auffällig, dass die Anzahl an Therapiesitzungen in der Gruppenstudie zwischen 35,5 und 52,5 Stunden (über 2-3 Wochen) lag, während in PMS KIDS durchschnittlich nur 26 Therapiesitzungen absolviert wurden. Aufgrund unterschiedlicher Endpunkte lassen sich die subjektiven Veränderungen aus Patientensicht nicht vergleichen.

Des Weiteren veröffentlichten Euler et al. (2021) Daten zur Wirksamkeit einer deutschen Fluency Shaping Therapie im intensiven, teilstationären Gruppenformat. In dieser wiesen die teilnehmenden 6-9-jährigen Kinder höhere Ausgangswerte in Bezug auf die Stotterhäufigkeit auf (9,4% vs. 5,3% in PMS KIDS), was auch in einer größeren Reduktion der Werte resultierte. 18 Monate nach Therapieende lagen die Werte der Fluency Shaping-Therapie etwas höher (4,7%) als die Werte der PMS KIDS-Studie nach 12 Monaten (3,6%). Die Veränderungen im Hinblick auf die Beeinträchtigungen durch Stottern, in beiden Studien erfasst mit dem OASES-S, waren vergleichbar und resultierten in beiden Fällen in einer Reduktion des Stotterschweregrades auf eine mild-mäßige Beeinträchtigung nach 12 bzw. 18 Monaten. Einschränkend dazu muss angemerkt werden, dass einige Therapien in PMS KIDS auch nach

12 Monaten noch andauerten, während in der Studie von Euler et al. (2021) die Nachbeobachtungszeit (follow up) lief.

Der Vergleich mit anderen Studien deutet darauf hin, dass eine ambulante, extensive Stottertherapie (nach KIDS) eine ähnliche Wirkung erzielen kann wie intensive Gruppentherapien nach dem Stottermodifikations- oder Fluency Shaping-Ansatz. In allen Therapieansätzen und -formaten gibt es einen kleineren Anteil an Kindern, die nicht oder unzureichend von der Therapie profitieren, was die Notwendigkeit verschiedener Behandlungsoptionen unterstreicht.

7.3 Stärken und Limitationen der Studie

PMS KIDS wurde als Versorgungsstudie mit einem starken Fokus auf den Alltagsbedingungen konzipiert. Dies zeigt sich in der Anzahl und Heterogenität beteiligter SprachtherapeutInnen in unterschiedlichen Einrichtungen sowie den breit gefassten Einschlusskriterien für die stotternden Kinder. Die Eigenschaften der eingeschlossenen Kinder zur Baseline weisen hinsichtlich verschiedener Merkmale wie Leidensdruck, Therapieerfahrung, familiärer Belastung und Migrationshintergrund eine hohe Variabilität auf und werden so als repräsentativ für die Zielpopulation in Deutschland angesehen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse gut auf die ambulante Versorgung stotternder Kinder in Deutschland übertragen lassen und damit eine hohe externe Validität aufweisen.

Eine wesentliche Rolle spielt in der Sprachtherapieforschung sowie dem Fachgebiet Stottern die Übertragung gelernter Fähigkeiten auf den Alltag. Um das sprachliche Verhalten der Kinder in dieser Studie adäquat abzubilden, wurden zum einen Sprechproben außerhalb der sprachtherapeutischen Einrichtung erhoben (wenn auch aufgrund der Corona-Pandemie mit vielen Datenlücken). Des Weiteren wurde über die Subskala *Kommunikation in alltäglichen Situationen* des *OASES-S* explizit dieser Aspekt erfragt und ausgewertet. Beide Endpunkte deuten darauf hin, dass sich die Veränderungen auch im Alltag der Kinder zeigten und die vom Projektteam erhobenen Daten mit den externen Daten kongruent sind.

Die Covid-19-Pandemie mit ihren Folgen hat zu Veränderungen in der sprachtherapeutischen Versorgung geführt und in dieser Studie zu Therapiepausen (insbesondere während des Lockdowns) und dem (zeitweisen) Wechsel zu Videotherapie geführt. Die, vor allem für stotternde Kinder wesentlichen, Transferübungen (in vivo) konnten nur eingeschränkt umgesetzt werden. Aufgrund des Homeschoolings waren Kinder weniger Sprechanforderungen ausgesetzt, befanden sich gleichzeitig jedoch in einer Phase der Unsicherheit mit unterschiedlich starken familiären Belastungen. In welchem Ausmaß die Pandemie sich auf die erhobenen Daten zur Wirksamkeit von KIDS ausgewirkt hat, kann nur schwer eingeschätzt werden. Die AutorInnen gehen jedoch davon aus, dass Effekte eher unterschätzt wurden, da die Anzahl an Therapieeinheiten im Beobachtungszeitraum unter der Erwartung lag (durchschnittlich 26 bei erwarteten 50 Therapieeinheiten im Regelfall), und keine Erfahrungen in der Umsetzung von *KIDS* als Videotherapie vorlagen.

Die vorliegende Studie erlaubt sichere Aussagen über kurzfristige Effekte von *KIDS* und eine solide Annahme über mittelfristige Effekte (ohne Absicherung mittels einer Kontrollgruppe), jedoch liegen keine langfristigen follow-up Daten vor. Aufgrund der Länge ambulanter, extensiver Stottertherapien konnten diese Daten nicht im Projektzeitraum erhoben werden. Der individuell unterschiedliche Zeitpunkt, wann eine Stottertherapie beendet wird sowie die Forderung im Therapiemanual die Therapiesitzungen am Ende über zunehmend längere Abstände zwischen den Sitzungen „auszuschleichen“ erschwert zusätzlich die Bestimmung eines follow-up-Zeitrahmens. Aufgrund der Chronizität von Stottern mit einhergehenden

Rückfällen (Neumann et al., 2016) sind solche Langzeitdaten jedoch wesentlich und sollten in zukünftigen Studien erhoben werden.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

8.1 Verwertungspotenzial für die Versorgung

Unmittelbar liefern die Ergebnisse dieser Studie die erste Bestätigung, dass die ambulante sprachtherapeutische Versorgung stotternder Grundschul Kinder effektiv ist. Die gewonnenen Daten sind in diesem Umfang bundesweit und auch international die ersten, die sich unmittelbar auf die ambulante Versorgungssituation unter Alltagsbedingungen beziehen und können damit für Betroffene, Leistungserbringer und Kostenbringer wichtige Fragen (die in der Antragstellung aufgeworfen wurden) beantworten:

1. Sind die Effektgrößen ambulanter, extensiver Einzeltherapien für stotternde Kinder nach 12 Monaten vergleichbar mit aus der Literatur bekannten Effekten nach intensiven Gruppentherapien?

Wie oben beschrieben (Kapitel 6.2) sind auf Gruppenebene über einen längeren Zeitraum mit ähnlichen Effekten wie bei einer intensiven Gruppentherapie zu rechnen. Die Entscheidung für eine Einzel- oder Gruppentherapie im intensiven (häufig (teil)stationären) oder extensiven (häufig ambulanten) Format sollte daher anhand der individuellen Lebenssituation und Stottersymptomatik erfolgen.

2. Wie effektiv sind Stottermodifikationstherapien bei älteren Kindern mit vorangeschrittener Chronizität und in welchen Aspekten der Symptomatik können die größten Therapiewirkungen erwartet werden?

Für diese Altersgruppe stotternder Kinder zeigt sich, dass eine vollständige Remission des Stotterns (und damit einhergehende vollständige Sprechflüssigkeit) in vielen Fällen ein unrealistisches Ziel ist. Erwartet werden kann nach einer Stottermodifikationstherapie jedoch eine Reduktion des Stotterschweregrades (sofern dieser nicht schon bei Therapiebeginn eher leicht ausfällt) und insbesondere eine Minderung des Leidensdruckes sowie Steigerung der Lebensqualität. Die Verbesserungen im ICF-basierten Fragebogen *OASES-S* weisen darauf hin, dass eine kind- und alltagsorientierte Stottertherapie mit expliziter Förderung des Transfers von Gelerntem in den Alltag zu einer Verbesserung von Aktivitäten und Partizipation führt und umweltbezogene Förderfaktoren ausgebaut werden können. Damit wird den negativen, sekundären Folgen von Stottern auf schulischer, emotionaler und psychosozialer Ebene vorgebeugt.

3. Welche Effekte sind bei den gegenwärtigen Vorgaben des Heilmittelkatalogs für die Stottertherapie bei Grundschulkindern zu erwarten?

Die Studie weist darauf hin, dass sich erste Effekte einer Modifikationstherapie bei stotternden Schulkindern schon innerhalb der ersten 3 Monate zeigen. Diese betreffen explizit nicht (notwendigerweise) die Sprechflüssigkeit, sondern die sekundären und inneren Symptome des Stotterns. Aufgrund der Komplexität und Heterogenität von Stottern sind zu Therapiebeginn Vorgaben zur Länge einer ambulanten Stottertherapie unrealistisch. Verhaltens- und Einstellungsänderungen benötigen individuell unterschiedlich lange Zeit. Im Sinne der betroffenen Kinder und ihrer Angehörigen sollte jedoch stets kritisch evaluiert werden, ob sich Therapiefortschritte einstellen und ansonsten einen Wechsel des Therapieverfahrens oder -formats erwogen werden. Das Therapieverfahren *KIDS* ist laut den vorliegenden Erkenntnissen eine wirksame Intervention, jedoch nicht die einzig wirksame und auch nicht für alle Kinder dieser Altersgruppe in jedem Einzelfall die richtige Intervention.

Aufgrund der oben beschriebenen hohen externen Validität sind die Ergebnisse von PMS KIDS auf die bundesweite, ambulante sprachtherapeutische Versorgung stotternder

Grundschulkindern übertragbar. Einschränkend dazu können nicht die gleichen Effekte bei stotternden Kindern mit weiteren Einschränkungen und Therapiebedarf erwartet werden; Beispiele hierfür sind Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder kognitiven Einschränkungen.

Im Projektverlauf wurde von den beteiligten TherapeutInnen berichtet, dass die Arbeit mit dem Therapiemanual sowie -materialien (Schneider & Sandrieser, 2018) sogar für erfahrene StottertherapeutInnen als Mehrwert angesehen wurde und die eigene Qualitätssicherung verbesserte. Aus diesem Grund wurde das Therapiemanual zum Projektende veröffentlicht, um allen KollegInnen in der Praxis und Ausbildung eine manualgestützte Stottertherapie nach KIDS zu ermöglichen (Schneider & Kohmäscher, 2022). Dabei ist zu betonen, dass dieses Therapiemanual keineswegs ein universelles Vorgehen vorschreiben soll, sondern im Gegenteil Clinical Reasoning-Überlegungen zur individuellen Anpassung der Stottertherapie nach KIDS an die Bedürfnisse eines stotternden Kindes und seiner Umgebung anstoßen möchte.

8.2 Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Projekts (Forschungsbedarf)

Das Projekt PMS KIDS zeichnet sich dadurch aus, dass eine methodische Vorgehensweise entwickelt und erprobt wurde, die sich auf zukünftige Fragestellungen zur Wirksamkeit (anderer) sprachtherapeutischer Interventionen übertragen lässt. Die Evidenzbasierung sprachtherapeutischer Maßnahmen wird zunehmend (ein)gefordert (Haring & Siegmüller, 2018), während gleichzeitig die Evaluation komplexer Interventionen eine Herausforderung darstellt (Voigt-Radloff, 2016). Basierend auf den Erfahrungen mit PMS KIDS organisiert die Erstautorin mit anderen Wissenschaftlerinnen ein von der Volkswagenstiftung gefördertes Symposium zu einzelfallorientierter Forschung in Sprachtherapie/Logopädie (Volkswagenstiftung, 2022). Ziel dieses Symposiums ist es mit WissenschaftlerInnen aus dem sprachtherapeutischen Bereich Methoden zu einzelfallorientierter Forschung zu diskutieren und ein gemeinsames forschungsmethodisches Grundverständnis zu entwickeln.

Im Hinblick auf das Fachgebiet Stottern und offene Fragen nach Abschluss dieser Studie zeigt sich in zwei Richtungen weiterer Forschungsbedarf. Zum einen werden Langzeitdaten zur Wirksamkeit von KIDS als ambulanter Stottertherapie benötigt (Neumann et al., 2016). Da es aufgrund der fehlenden Vergleichsgruppe schwierig wäre, Effekte bzw. Befunde ausschließlich auf die absolvierte Therapie zurückzuführen, wird hier ein mixed-methods Vorgehen vorgeschlagen, in dem die psycho-soziale Situation des Kindes sowie seiner Umgebung eingeschätzt wird. Die rückblickende Zufriedenheit mit der sprachtherapeutischen Versorgung, Schwierigkeiten im Anschluss an die Therapie (z.B. Mobbing in der Schule), Rückfälle, der Wunsch nach weiterer Unterstützung sowie viele weitere Aspekte könnten einen umfassenderen Einblick in die subjektiv erlebte Wirkung sprachtherapeutischer Versorgung ermöglichen und damit wertvolle Hinweise für eine Optimierung dieser liefern.

Noch dringlicher erscheint jedoch eine Untersuchung der Effekte unterschiedlicher Therapieformate in der Stottertherapie. In der aktualisierten Heilmittelrichtlinie 01.01.2021 wurde die Möglichkeit, intensivierete Stottertherapien in der ambulanten Praxis anzubieten, stark eingeschränkt. Es stellt sich die Frage, welche Auswirkungen dies – wenn die Regelung bestehen bleibt – auf die Versorgung stotternder Menschen hat und ob eine ausreichende Versorgung gewährleistet bleibt. Aus wissenschaftlicher Sicht basieren die Empfehlungen der S3-Leitlinie für ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene fast ausschließlich auf Studien zu intensiven (zum Teil mit Intervallen) Gruppentherapien vor und fehlen Evidenzen zu individueller Stottertherapie. Hier hat PMS KIDS eine erste Evidenzlücke geschlossen, Zugang zum Feld geschaffen und es wurden Erfahrungen in Bezug auf ein sinnvolles methodisches

Vorgehen gesammelt. Denkbar wäre in einem Folgeprojekt ein quasi-experimenteller Vergleich von extensiver vs. intensiver, ambulanter Stottertherapie bei Kindern (z.B. Stärker als Stottern, Thum und Mayer (2014)) oder Jugendlichen/Erwachsenen (z.B. Viermalfünf, Richter und Colthorp (2022)). Basierend auf der Perspektive der Versorgungsforschung wäre hierbei die Wirksamkeit nur ein Outcome, das um Fragen zur Patientenzufriedenheit sowie Kosten-Nutzen-Überlegungen ergänzt werden müsste. Auch hier gilt, dass derartige Fragen für andere sprachtherapeutische Bereiche ebenfalls weitestgehend unbekannt sind und Potenzial in der Übertragbarkeit des methodischen Vorgehens liegt.

9. Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Kongressbeiträge

- Kohmäscher, A. Heim, S., Primassin, A., Heiler, S. & da Costa Avelar, P. (2022). Wirksamkeit der Stottermodifikationstherapie nach Schul-KIDS – eine randomisierte, kontrollierte Studie unter Alltagsbedingungen. Vortrag beim dbl-Kongress, Koblenz.
- Hillebrandt, V., Kohmäscher, A., Heim, S., Primaßin, A., Heiler, S. & da Costa Avelar, P. (2022). Veränderungen der Beeinträchtigungen durch Stottern im Therapieverlauf. Eine Prozessevaluation anhand von Daten der PMS KIDS Studie. Posterpräsentation beim dbl-Kongress, Koblenz.
- Kohmäscher, A. Heim, S., Primassin, A., Heiler, S. & da Costa Avelar, P. (2022). Effectiveness of outpatient-directed stuttering modification treatment for primary school children: a multicenter randomized trial. Vortrag beim World Congress on Stuttering and Cluttering, Montréal (Kanada).
- Da Costa Avelar, P. & Heiler, S. (2021). Möglichkeiten und Grenzen digitaler Datenerhebungen am Beispiel der multizentrischen Versorgungsstudie PMS KIDS. Vortrag bei der 22. Jahrestagung EbM-Netzwerk, digital.
- Kohmäscher, A. (2021). *PMS KIDS – Ein Update*. Vortrag bei den IVS-Werkstattgesprächen, Dipperz-Friesenhausen.
- Kohmäscher, A. (2020). Wie wirksam ist ambulante Stottertherapie? Erfahrungen aus der multizentrischen Versorgungsstudie zu Stottern PMS KIDS. 9. Forschungssymposium von dbl & dbs, Erlangen.
- Kohmäscher, A. (2020). Die Relevanz der Versorgungsforschung für die Evidenzbasierung in der Sprachtherapie. *ISES 11 Tagung*, digital.
- Kohmäscher, A. (2018). *PMS KIDS – Rück- und Ausblick*. Vortrag bei den IVS-Werkstattgesprächen, Dipperz-Friesenhausen.

Buch- und Zeitschriftenbeiträge

- Kohmäscher, A., Sandrieser, P. & Schneider, P. (2021). KIDS – metoda modyfikacji jåkania dla dzieci w wieku szkolnym. In K. Węsierska & H. Sønsterud (Hrsg.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jåkaniu* (S. 333–367). Agere Aude.
- Schneider, P. & Kohmäscher, A. (2022). *Schul-KIDS: Manual zur Therapie stotternder Schulkinder*. Neus: Natke
- Kohler, J., Starke, A. & Kohmäscher, A. (2021). Einzelfallorientierung in der Evidenzbasierung der Sprachtherapie. *Forschung Sprache*, 80-99. https://www.forschung-sprache.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Heftausgaben/2021-2/5-70-2021-02-08.pdf

Primaßin, A., Wassmann, L. & Kohmäscher, A. (2021). Chancen einer manualgestützten logopädischen Therapie – Erfahrungsbericht über die Entwicklung und Implementation eines Therapiemanuals. *Forum Logopädie*, 35(4), 12-17.

Geplante Veröffentlichungen:

Kohmäscher, A. Heim, S., Primassin, A., Heiler, S. & da Costa Avelar, P. (angenommen, 2022). Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie bei Grundschulkindern: Ergebnisse der multizentrischen Versorgungsstudie PMS KIDS. Vortrag beim 21. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Potsdam.

Kohmäscher, A., Primaßin, A., Heiler, S., da Costa Avelar, P., Franken, M.-C. & Heim, S. (eingereicht 31.03.2022 bei *Scientific Reports*). Effectiveness of the outpatient stuttering modification treatment KIDS in school-age children who stutter: a multicentre randomized trial.

Schneider, P., Kohmäscher, A. & Sandrieser, P. (im Druck). KIDS: A Modification Approach in Stuttering Therapy for School Children. In K. Węsierska & H. Sønsterud (Hrsg.), *Dialog without Barriers*.

10. Literaturverzeichnis

Alpermann, A., Huber, W., Natke, U. & Willmes, K. (2010). Measurement of trained speech patterns in stuttering: interjudge and intrajudge agreement of experts by means of modified time-interval analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 299–313. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.007>

Alpermann, A., Huber, W., Natke, U. & Willmes, K. (2012). Construct validity of modified time-interval analysis in measuring stuttering and trained speaking patterns. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 42–53. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.11.006>

Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R. & Lowe, R. (2016). Phase II trial of a syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 48, 44–55. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.06.001>

Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P. & Motzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 353–364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364>

Boersma, P. & Weenink, D. (2021, 18. Dezember). *Praat: doing phonetics by computer*. www.praat.org

Bricker-Katz, G., Lincoln, M. & Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 342–355. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.001>

Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S. & Morgan, A. (2021). Interventions for children and adolescents who stutter: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Journal of Fluency Disorders*, 70, 105843. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105843>

Brundage, S. B., Ratner, N. B., Boyle, M. P., Eggers, K., Everard, R., Franken, M.-C., Kefalianos, E., Marcotte, A. K., Millard, S., Packman, A., Vanryckeghem, M. & Yaruss, J. S. (2021). Consensus Guidelines for the Assessments of Individuals who Stutter Across the Lifespan. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1–15. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00107

- Dell, C. (2000). *Treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians*. Memphis (TN): Stuttering Foundation of America.
- Deutsches Register Klinischer Studien (Hrsg.). (2018). *Prospektive multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS (PMS KIDS)*.
https://www.drks.de/drks_web/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00015851
- Euler, H. A., Anders, K. & Merkel, A. (2016). Kann eine methodenintegrierende globale Sprechrestrukturierung negative Emotionen mindern? *Logos*, 2.
- Euler, H. A., Kohmäscher, A., Cook, S., Metten, C. & Miele, K. (2016). *OASES-S: Erfassung der Erfahrungen von stotternden Kindern* [deutsche Übersetzung des OASES-S].
<https://stutteringtherapyresources.com/products/oases-german?variant=33149202464908>
- Euler, H. A., Merkel, A., Hente, K., Neef, N., Wolff von Gudenberg, A. & Neumann, K. (2021). Speech restructuring group treatment for 6-to-9-year-old children who stutter: A therapeutic trial. *Journal of Communication Disorders*, 89, 106073.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106073>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Franken, M.-C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J. & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: a preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189–199.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.05.002>
- Guitar, B. (2019). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (5th edition). Philadelphia (PA): Wolters Kluwer.
- Haring, R. & Siegmüller, J. (Hrsg.). (2018). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen: Chancen und Herausforderungen für Forschung und Anwendung*. Heidelberg: Springer.
- Hughes, J. (2021, 22. März). *krippendorffsalpha: An R Package for Measuring Agreement Using Krippendorff's Alpha Coefficient*. Cornell University. <https://arxiv.org/pdf/2103.12170>
- Iverach, L. & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Jones, M., Onslow, M., Harrison, E. & Packman, A. (2000). Treating stuttering in young children: predicting treatment time in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 43(6), 1440–1450. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4306.1440>
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C. & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 44(4), 429–443.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.02.002>
- Kohmäscher, A. (2017). Lässt sich die Lebensqualität Stotternder (er)messen? Deutsche OASES-Fragebögen als Ergänzung einer ICF-orientierten Stotterdiagnostik. *Forum Logopädie*, 31(2), 12–15.
- Kohmäscher, A. (2019, 18. Mai). *Stottertherapie in ambulanten Einrichtungen: Ein Abgleich der aktuellen Versorgungssituation mit den Leitlinien*. dbl Kongress, Bielefeld.
- Lachin, J.M. (2016). Fallacies of Last Observation Carried Forward. *Clinical Trials*, 13(2), 161–168. doi:10.1177/1740774515602688.
- Laiho, A. & Klippi, A. (2007). Long- and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. *International journal of language & communication disorders*, 42(3), 367–382. <https://doi.org/10.1080/13682820600939028>

- Natke, U. (2019). *Online Syllable Counter*. http://www.natke-verlag.de/silbenzaehler/index_en.html
- Natke, U. & Kohmäscher, A. (2020). *Stottern: Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapie* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H.-G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2016). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1*. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>.
- O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R. & Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.006>
- Onslow, M., Andrews, C. & Lincoln, M. (1994). A Control/Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 37, 1244–1259.
- Richter, R. & Colthorp, I. (2022). *Intensive Intervalltherapie Stottern*. <https://intensive-intervalltherapie-stottern.de/>
- Riley, G. D. (2009). *SSI-4: Stuttering Severity Instrument*. Examiner's Manual and Picture Plate (Fourth Edition). Austin (TX): PRO-ED.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schneider, P. & Kohmäscher, A. (2022). *Schul-KIDS: Manual zur Therapie stotternder Schulkinder*. Neuss: Natke.
- Schneider, P. & Sandrieser, P. (2018). *Therapiemanual Schul-KIDS*. Unveröffentlichtes Manuskript. FH Münster.
- Sjøstrand, Å., Kefalianos, E., Hofslundsengen, H., Guttormsen, L. S., Kirmess, M., Lervåg, A., Hulme, C. & Bottegaard Næss, K.-A. (2021). Non-pharmacological interventions for stuttering in children six years and younger. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9, CD013489. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013489.pub2>
- Thum, G. & Mayer, I. (2014). *Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ein methodenkombinierter Ansatz. Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik: Bd. 12*. München: Reinhardt.
- van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering* (Print). Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Voigt-Radloff, S. (2016). *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie: Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen* (Version 2). Freiburg: Cochrane Deutschland Universitätsklinikum Freiburg. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:25-freidok-107029> <https://doi.org/10702>
- Volkswagenstiftung (Hrsg.). (2022). *Einzelfallorientierte Forschung in Sprachtherapie/Logopädie: Symposium*. <http://portal.volkswagenstiftung.de/search/projectDetails.do?ref=9B449>
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter. Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Stuttgart: Thieme.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Yaruss, J. S., Coleman, C. E. & Quesal, R. W. (2016). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering: Ages 7-12: (OASES-S)*. McKinney (TX): Stuttering Therapy Resources.

Akronym: PMS KIDS

Förderkennzeichen: 01VSF17045

Zava Sprechstunde Online GmbH (Hrsg.). (2021). *Sprechstunde Online*.
<https://sprechstunde.online/>

11. Anhang

Anhang 1: Deskriptive Daten zu allen Endpunkten für alle ProbandInnen und alle Messzeitpunkte

Anhang 2: Detaildarstellung der Ergebnisse

12. Anlagen

Anlage 1: Therapiemanual KIDS

Anlage 2: Manualergänzende Therapiematerialien KIDS

Anlage 3: Therapeutenwerbungsschreiben

Anlage 4: Beispiel Anschreiben Ärzte

Anlage 5: Flyer PMS KIDS

Anlage 6: Supervisionskonzept

Anlage 7: Telefonisches Screening PMS KIDS

Anlage 8: PMS KIDS auf einen Blick

Anlage 9: Informationen über PMS KIDS im ersten Kontakt

Anlage 10: Instruktion Hausaufgabendokumentation & Hausaufgabendokumentation

Anlage 11: Therapiedokumentation

Anlage 12: Anamnesebogen PMS KIDS

Anlage 13: Lesetexte Klasse 1-4

Anlage 14: Anleitungsblatt Installation PMS KIDS App

Anlage 15: Instruktion Sprachaufnahmen App / Diktiergerät

Anlage 16: Einschätzung der Eltern – Stotterschweregrad

Anlage 17: Einschätzung der Eltern – Alltagskommunikation

Anhang 1: Deskriptive Daten zu allen Endpunkten für alle ProbandInnen und alle Messzeitpunkte

	Pre Mean (SD)	N (ITT, OT)	+3 months Mean (SD)	n	+6 months Mean (SD)	n	+12 months Mean (SD)	n
OASES-S Total Score	2.40 (0.53)	60	2.14 (0.54)	57	2.02 (0.48)	55	1.94 (0.45)	50
	2.40 (0.54)	49	2.11 (0,56)	49	2.00 (0.49)	49	1.92 (0.44)	49
Subjective Stuttering Severity	4.57 (1.96)	60	4.11 (1.20)	57	3.42 (1.96)	55	3.53 (2.30)	51
	4.84 (1.78)	50	4.16 (2.05)	50	3.40 (2.05)	50	3.56 (2.31)	50
Satisfaction with communication	7.38 (1.84)	60	7.68 (2.04)	57	7.93 (1.35)	55	8.37 (1.20)	51
	7.26 (1,78)	50	7.70 (2.03)	50	7.92 (1.38)	50	8.38 (1.21)	50
SSI-4 Total	16.25 (8.20)	59	14.75 (7.92)	52	14.76 (7.79)	52	14.26 (7.23)	50
	17.04 (8.84)	42	15.21 (8.53)	42	14.38 (8.32)	42	13.98 (7.56)	42
SSI-4 Frequency Spontaneous Speech (%)	4.90 (4.50)	60	3.83 (4.04)	57	3.40 (4.23)	55	3.64 (4.01)	50
	5.43 (4.66)	49	3.50 (4.43)	49	3.50 (4.50)	49	3.69 (4.04)	49
SSI-4 Frequency Reading (%)	2.83 (4.67)	43	1.35 (1.85)	44	1.54 (2.38)	44	1.53 (2.82)	43
	2.06 (2.42)	34	1.28 (1.75)	34	1.12 (1.71)	34	1.45 (2.71)	34
SSI-4 Duration Spontaneous Speech	1.43 (0.71)	60	1.32 (0.69)	57	1.41 (0.91)	55	1.40 (0.73)	50
	1.48 (0.72)	49	1.36 (0.73)	49	1.45 (0.95)	49	1.41 (0.74)	49
SSI-4 Duration Reading	0.87 (0.72)	43	0.61 (0.69)	44	0.95 (1.00)	43	0.63 (0.79)	43
	0.84 (0.60)	33	0.67 (0.69)	33	0.90 (1.01)	33	0.65 (0.83)	33
SSI-4 Physical Concomitants Spontaneous Speech	2.75 (2.97)	59	2.52 (2.94)	54	2.29 (2.34)	51	2.06 (2.17)	50
	3.17 (3.26)	42	2.79 (3.20)	42	2.38 (2.40)	42	1.93 (2.27)	42
SSI-4 Physical Concomitants Reading	1.45 (2.40)	42	0.70 (1.45)	44	0.74 (1.63)	39	0.52 (1.25)	42
	2.07 (2.46)	34	1.28 (1.77)	34	1.12 (1.74)	34	1.45 (2.78)	34
Beyond clinic audio samples with related adult – Frequency (%)	3.46 (2.69)	38	2.49 (2.08)	34	2.97 (3.24)	35	2.67 (2.40)	26
	3.44 (3.37)	9	2.26 (1.92)	9	3.10 (4.72)	9	2.79 (3.39)	9
Beyond clinic audio samples with non-related adult – Frequency (%)	5.32 (4.99)	28	4.34 (3.71)	16	2.37 (1.89)	18	2.41 (0.18)	11
	3.28 (1.98)	4	3.05 (1.73)	4	1.80 (1.04)	4	1.88 (1.80)	4
Beyond clinic audio samples with related adult - Duration	1.11 (0.63)	38	1.14 (0.72)	34	1.17 (0.76)	35	1.08 (0.54)	26
	1.10 (0.55)	9	0.83 (0.43)	9	0.87 (0.69)	9	1.03 (0.67)	9
Beyond clinic audio samples with non-related adult - Duration	1.44 (0.95)	28	1.17 (0.92)	16	1.05 (0.68)	18	1.38 (1.71)	11
	0.85 (0.22)	4	0.82 (0.40)	4	1.28 (1.14)	4	2.17 (2.46)	4

Anhang 2: Detaildarstellung der Ergebnisse

5.1 Patientencharakteristika, Therapieverläufe und Datengrundlage

Zum Zeitpunkt der Baseline (T0) wiesen die Kinder der beiden Therapiearme sehr vergleichbare demographische Daten auf (Tabelle 4). In Bezug auf die klinischen Merkmale war der durchschnittliche Schweregrad (SSI-4) sowie die Beeinträchtigungen durch das Stottern (OASES-S) in der sofortigen Therapiegruppe höher, jedoch erwiesen sich diese Unterschiede nicht als statistisch signifikant.

Tabelle 1: Demographische und klinische Baseline-Charakteristika.

	Sofortige Therapiegruppe (n= 31)	Warte-Kontrollgruppe (n= 29)	Gruppenvergleich p-Wert
Alter (Mittelwert Standardabweichung) ±	8.4 ± 1.1	8.3 ± 1.1	.879
Geschlecht männlich weiblich	26 (84%) 5 (16%)	26 (90%) 3 (10%)	.510
Bilingualität (Anzahl und %-Anteil)	12 ^a (39%)	8 ^b (28%)	.413
OASES-S Gesamtwert (Mittelwert Standardabweichung) ±	2.6 ± .53	2.35 ± .44	.086
SSI-4 Gesamtwert (Mittelwert Standardabweichung, Schweregrad) ±	19 ± 8.7 leicht	16 ± 7.6 leicht	.177
Stotterhäufigkeit (Mittelwert in % ± Standardabweichung)	6.3 ± 5.1	4.6 ± 4.0	.165
Positive Familienanamnese bzgl. Stottern	11 ^c (36%)	15 ^d (52%)	.176
Bisherige Stottertherapie^e Keine Eine Zwei Drei	19 (63%) 5 (17%) 4 (13%) 2 (7%)	14 (52%) 9 (33%) 3 (11%) 1 (4%)	.527

^a n = 30, ^b n = 27, ^c n = 28, ^d n = 26, ^e n = 30 in der sofortigen Therapiegruppe, n = 27 in der Warte-Kontrollgruppe

Im Durchschnitt nahmen die Kinder der sofortigen Therapiegruppe innerhalb der ersten drei Monate an 11 Therapiesitzungen (SD= 2) teil. Im Verlauf von 12 Monaten erhielten die 52 Kinder, die in die statistische Analyse einfließen durchschnittlich 26 Therapieeinheiten (SD= 9), die sich über 39 Wochen (SD= 14) erstreckten. Von den Kindern mit vollständigen Daten innerhalb des Beobachtungszeitraums beendeten 3 Kinder ihre Stottertherapie innerhalb von 3 Monaten (6%) und weitere 6 Kinder innerhalb von 3-6 Monaten (12%). Die Therapien von 32 Kindern (62%) wurden innerhalb von 6-12 Monaten beendet, während 11 Kinder (21%) ihre Stottertherapie nach dem Beobachtungszeitraum fortsetzten. In 27 Fällen (47%) wurde Videotherapie mit Präsenztherapie kombiniert. Im Durchschnitt wurden 16% aller Sitzungen (Spannweite: 4-67%) als Videotherapien durchgeführt.

Mit Ausnahme von 6 Kindern konnte für jedes Kind mindestens eine Sprachaufnahme außerhalb der sprachtherapeutischen Einrichtung analysiert werden. In der verzögerte Warte-

Therapiegruppe belief sich die Anzahl der von Projektmitarbeiterinnen erhobenen Video-Sprechproben auf 245, während 146 externe Sprachaufnahmen vorlagen. In der sofortigen Therapiegruppe (mit einem Messzeitpunkt weniger) konnten 216 Video-Sprechproben sowie weitere 111 externe Audioaufnahmen erhoben und ausgewertet werden. Aufgrund der altersgemäßen, niedrigen Lesekompetenzen vieler Kinder konnte Sprechproben zum Vorlesen oft nicht erhoben oder nicht valide ausgewertet werden. Aus diesem Grund wurden diese Daten nur deskriptiv analysiert bzw. bei der Berechnung des SSI-4-Gesamtwerts berücksichtigt (Anhang 1).

Die Interrater-Beurteilerübereinstimmung der drei Auswerterinnen für die objektiven Maße des SSI-4 erwiesen sich als nahezu perfekt (Hughes, 2021): Stotterhäufigkeit: .969, Dauer: .889, Motorisches Begleitverhalten: .899). Auch die Intrarater-Übereinstimmung konnte in diese Kategorie eingeordnet werden: Rater 1: .942, Rater 2: .934, Rater 3: .876).

5.2 Behandlungseffekte nach 3 Monaten

Als primäre Hypothese wurde eine signifikante Reduktion der Beeinträchtigung durch Stottern, gemessen über den OASES-S, in der sofortigen Therapiegruppe erwartet. Wie in Abbildung 4 ersichtlich, übertraf die durchschnittliche Abnahme des OASES-S-Gesamtwerts in der sofortigen Therapiegruppe die Veränderungen in der Warte-Kontrollgruppe. Die Veränderungen in der Therapiegruppe erwiesen sich als statistisch signifikant größer als in der Wartegruppe ($p = .015$, mittlerer Effekt). Während die im OASES-S erfasste Beeinträchtigung durch das Stottern vor Beginn der Therapie mäßig war (sofortige Therapiegruppe: $M = 2,6$), entsprach die Werte nach 3 Monaten Therapie im Durchschnitt nur noch einer leicht-mäßigen ($M = 2,2$) Beeinträchtigung. In der Warte-Kontrollgruppe reduzierte sich der durchschnittliche OASES-S-Wert von $M = 2,4$ auf $M = 2,2$ nach 3 Monaten Wartezeit.

Aufgrund der Gruppenunterschiede im OASES-S zum Zeitpunkt T0 wurde in einer Sensitivitätsanalyse untersucht, inwieweit die signifikant höhere Verbesserung in der Therapiegruppe als in der Kontrollgruppe durch diese Unterschiede beeinflusst ist. In die entsprechende Kovarianzanalyse gingen pro Gruppe die Differenzen des OASES-Gesamtscores für die Zeitpunkte T1 vs. T0 als abhängige Variable und die individuellen Werte zu T0 als Kovariate ein. Die größere Veränderung in der Therapiegruppe bleibt signifikant ($F(1;57) = 4,835$; $p = .032$; partielles Eta-Quadrat = 0,078), während die Kovariate keinen Einfluss hat ($F(1;57) = 3,761$; $p = .057$; partielles Eta-Quadrat = 0,062).

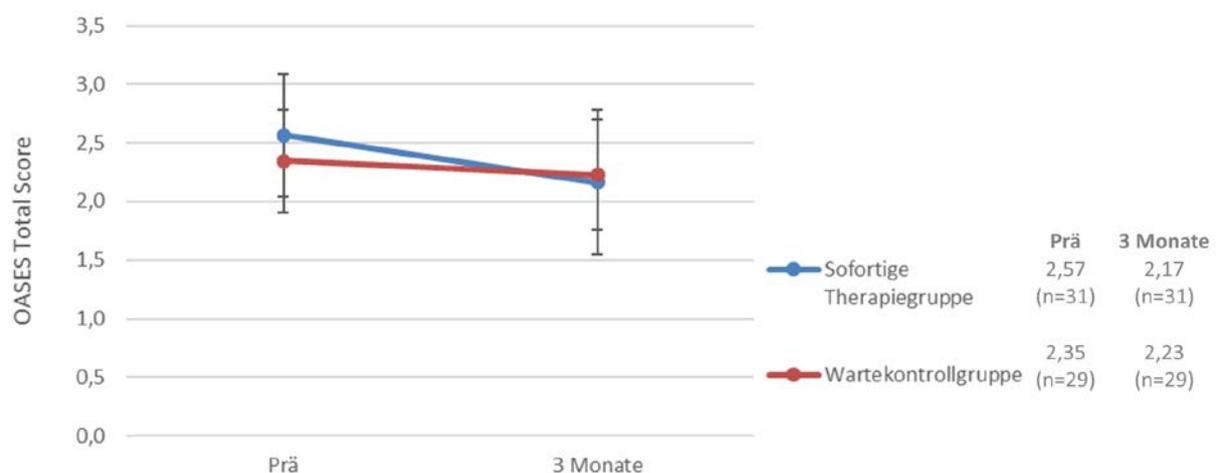


Abbildung 1: Veränderungen im OASES-S über 3 Monate in der sofortigen Therapiegruppe vs. Warte-Kontrollgruppe. Fehlerbalken stellen die Standardabweichung dar.

In Bezug auf die Subskalen des OASES-S waren die Verbesserungen bei *Allgemeinen Informationen* (großer Effekt) und der *Lebensqualität* (mittlerer Effekt) signifikant ausgeprägter in der sofortigen Therapiegruppe (Tabelle 5). Die Veränderungen in allen sekundären Outcomes erwiesen sich nicht als signifikant unterschiedlich in den beiden Gruppen.

Tabelle 2: Vergleich der durchschnittlichen Veränderungen in allen Outcomes nach 3 Monaten in der sofortigen Therapiegruppe vs. der Warte-Kontrollgruppe

Endpunkt	<i>t</i> (df)	<i>p</i> _{unkorr} (<i>p</i> _{korrr}) ^a	Effektgröße			<i>U</i> ^b	<i>p</i> _{unkorr} (<i>p</i> _{korrr}) ^c
			Cohen's <i>d</i>	95% CI			
				Untere Grenze	Obere Grenze		
OASES-S							
Gesamtwert	-2.638 (58)	.005 (.015)	-.682	-1.200	-.157	669.00	< .001 (.003)
Allgemeine Informationen	-3.461 (58)	.001 (.001)	-.894	-1.422	-.359	n.a.	n.a.
Reaktionen auf Stottern	-.809 (58)	.211 (1.0)	-.209	-.716	.300	n.a.	n.a.
Kommunikation in Alltagsituationen	-.975 (58)	.167 (.668)	-.252	-.759	.258	n.a.	n.a.
Lebensqualität	-2.953 (58)	.002 (.005)	-.763	-1.285	-.235	n.a.	n.a.
SSI-4							
Gesamtwert	-.593 (56)	.278 (1.0)	-.156	-.671	.360	n.a.	n.a.
Stotterhäufigkeit Spontansprache	-.409 (58)	.684 (.684)	-.106	-.612	.402	517.5	.314 (.314)
Dauer	-.511 (58)	.306 (1.0)	.132	-.375	.638	n.a.	n.a.
Motorisches Begleitverhalten	-.495 (36.346)	.309 (.927)	-.133	-.652	.388	429.0	.700 (1.0)
Elterneinschätzungen							
Subjektiver Schweregrad	-.383 (58)	.352 (.703)	.099	-.408	.605	443.5	.464 (.928)
Zufriedenheit mit der Kommunikation	.028 (58)	.487 (.487)	.007	-.499	.514	435.0	.827 (.827)

^wIn Fällen, in denen die Messwerte die Voraussetzung der Normalverteilung nicht vollständig erfüllten, wurde die Gültigkeit der Ergebnisse mittels des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests als entsprechendem verteilungsfreien Verfahren überprüft. Die Ergebnisse sind in dem Fall in der darunterliegenden Zeile berichtet und die Teststatistik (*w*) statt des *t*-Wertes angegeben.

^a*p*-Werte sind einseitig unkorrigiert und nach Bonferroni-Holm-Korrektur für die Anzahl der Vergleiche (3 Vergleiche: 0-3, 0-6, 0-12 Monate) pro Skala eines Testverfahrens angegeben.

5.3 Mittelfristige Effekte bis 12 Monate nach Therapiebeginn (kombinierte Gruppe)

Die sekundären Hypothesen betrafen die Veränderungen in allen Outcomes nach 6 bzw. 12 Monaten Therapie, wofür die Daten der sofortigen und verzögerten Therapiegruppe aggregiert wurden. Für diesen Beobachtungszeitraum flossen diejenigen 52 Kinder in die statistischen Analysen ein, die alle Messzeitpunkte absolviert hatten.

Der Verlauf des primären Endpunktes *OASES-S* zeigt, dass die in den ersten 3 Monaten erzielte Minderung der Beeinträchtigung durch Stottern über 12 Monate mindestens aufrechterhalten wurde (Abbildung 5). Die ANOVA mit Messwiederholung (Tabelle 3) ergab signifikante Verbesserungen mit großen Effektgrößen für den Gesamtwert ($p < .001$, partielles $\eta^2 = .335$) sowie die Subskalen Allgemeine Informationen ($p < .001$, partielles $\eta^2 = .435$), *Reaktionen auf Stottern* ($p < .001$, partielles $\eta^2 = .216$), und Lebensqualität ($p < .001$, partielles $\eta^2 = .210$), während mäßige Effekte bei der Subskala Kommunikation in alltäglichen Situationen ($p = .011$, partielles $\eta^2 = .091$) ermittelt wurden.

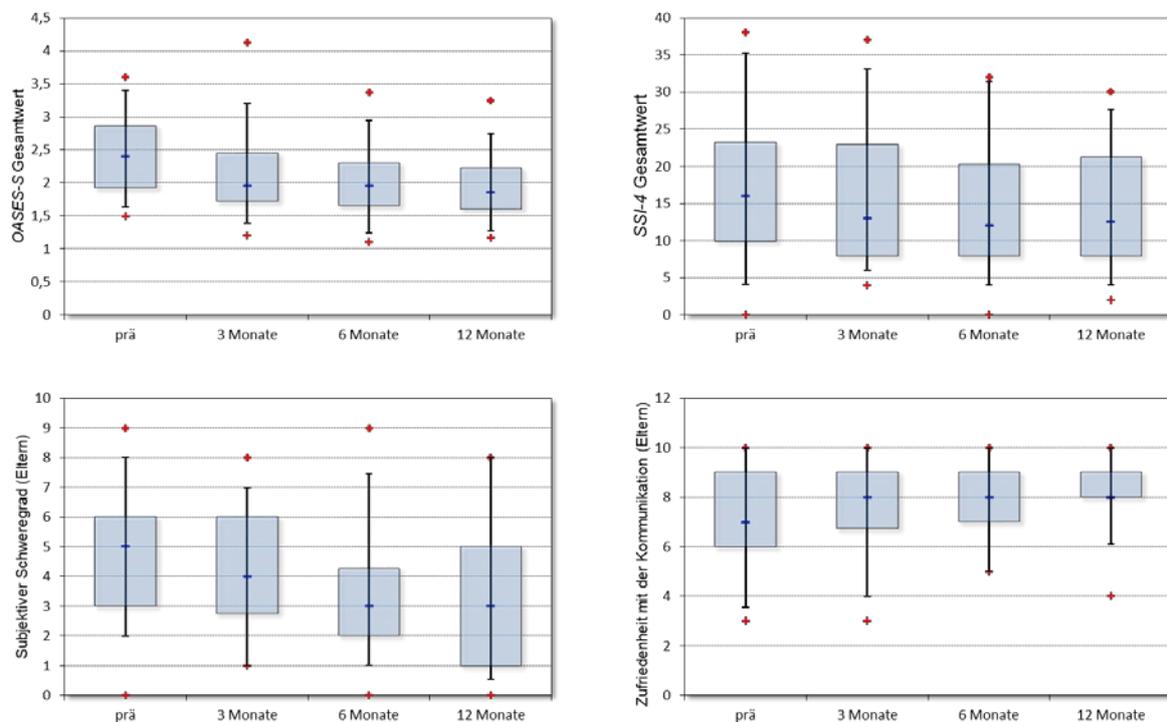


Abbildung 2: Box-plots über die Veränderungen innerhalb von 12 Monaten ($n = 52$, on-treatment) in Bezug auf den *OASES-S*, Elterneinschätzungen zur Zufriedenheit mit der Kommunikation sowie zum subjektiven Schweregrad und *SSI-4*-Gesamtwert

Signifikante Verbesserungen im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten wurden für alle weiteren sekundären Endpunkte bestätigt, mit Ausnahme der Subskala „Dauer“ des *SSI-4* (Tabelle 6). Die dazugehörigen Effektgrößen erwiesen sich als mäßig für den *SSI-4* (Gesamtwert: partielles $\eta^2 = .115$) sowie die elterliche *Zufriedenheit mit der Kommunikation* (partielles $\eta^2 = .115$), während die Veränderungen des *Subjektiven Schweregrads* seitens der Eltern einen großen Effekt aufwiesen (partielles $\eta^2 = .159$).

Tabelle 3: Veränderungen nach 12 Monaten für alle Outcomes als Ergebnis der ANOVA mit Messwiederholung

Outcome	F	p	Partielles η^2	Interpretation Effekt
OASES-S (n= 49)				
Gesamtwert	(2.50, 120.12) 24.221	< .001	.335	groß
Allgemeine Informationen	(3, 144) 36.979	< .001	.435	groß
Reaktionen auf Stottern	(2.33, 111.91) 13.218	< .001	.216	groß
Kommunikation in Alltagssituationen	(1.93, 92.79) 4.822	.011	.091	mäßig
Lebensqualität	(2.09, 100.26) 12.783	< .001	.210	groß
SSI-4				
Gesamtwert (n= 42)	(2.376, 97.42) 5.315	.002	.115	groß
Stotterhäufigkeit Spontansprache (n= 49)	(3, 144) 4.427	.005	.084	mäßig
Dauer Spontansprache (n= 49)	(2.411, 115.72) .522	.667	.011	
Motorisches Begleitverhalten Spontansprache (n= 42)	(3, 123) 4.086	.008	.091	mäßig
Elterneinschätzungen (n= 50)				
Subjektiver Schweregrad	(3, 147) 9.289	< .001	.159	groß
Zufriedenheit mit der Kommunikation	(3, 147) 6.380	< .001	.115	mäßig

Die geplanten paarweisen Einzelvergleiche bestätigten eine signifikante Verbesserung im OASES-S 6 bzw. 12 Monate nach Therapiebeginn (Hypothesen b. und c., Tabelle 7). Die Stotterschwere, gemessen über den SSI-4 (Hypothesen d. und e.), reduzierte sich über 12 Monate um durchschnittlich 2 Punkte. Obwohl die Veränderungen in den ersten 3 Monaten ausgeprägt sind, erweisen sich erst die Veränderungen nach 6 und 12 Monaten als statistisch signifikant im Vergleich zum Therapiebeginn (Tabelle 7). Dieser Verlauf zeigt sich auch bezüglich der Subskala *Stotterhäufigkeit*: diese liegt zu Therapiebeginn bei $M = 5,4\%$ und fällt auf $3,7\%$ nach 12 Monaten (Anhang 1). Im Gegensatz zum Gesamtwert erwiesen sich die Verbesserungen in Bezug auf das *motorische Begleitverhalten* erst nach 12 Monaten als signifikant ($p = .005$).

Die *subjektive Einschätzung des Stotterschweregrades* durch die Eltern (Hypothese f.) zeigte im Mittel einen abnehmenden Verlauf von 5 auf 3, der allerdings bereits nach 6 Monaten erreicht wurde und dann stagnierte (Abbildung 5). Sowohl die Verbesserung nach 6 als auch 12 Monaten waren im Vergleich zum Therapiebeginn signifikant (Tabelle 7). Im Gegensatz dazu lag die elterliche *Zufriedenheit mit der Kommunikation* ihres stotternden Kindes schon zu Therapiebeginn mit $M = 7$ relativ hoch und verbesserte sich nur leicht auf $M = 8$. Aufgrund der Abnahme der Streuung erwies sich diese Veränderung nach 12 Monaten als signifikant im Vergleich zum Therapiebeginn ($p < .001$).

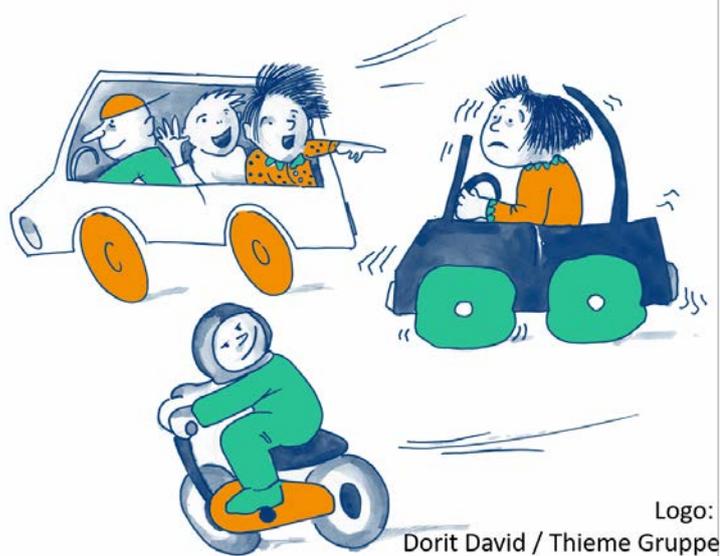
Tabelle 4: Geplante paarweise Vergleiche der Baselinewerte (prä) mit den Werten nach 3, 6 und 12 Monaten für alle Endpunkte

	Veränderungen im Vergleich zum Beginn der Therapie					
	3 Monate vs. prä		6 Monate vs. prä		12 Monate vs. prä	
OASES- S	t (48)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (48)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (48)	p_{unkorr} (p_{korr})^a
Gesamtwert	5.412	< .001 (<.001)	5.932	< .001 (<.001)	7.371	< .001 (<.001)
	119 ^w	< .001 (<.001)	-	-	-	-
Allgemeine Informationen	5.847	< .001 (<.001)	7.268	< .001 (<.001)	8.794	< .001 (<.001)
Reaktionen auf Stottern	3.032	.002 (.006)	4.550	< .001 (<.001)	4.643	< .001 (<.001)
Kommunikation in Alltagssituationen	1.439	.078 (.235)	3.275	.001 (.002)	3.049	.002 (.002)
	438 ^w	.027 (.081)	-	-	-	-
Lebensqualität	4.810	< .001 (<.001)	4.191	< .001 (<.001)	4.539	< .001 (<.001)
	135 ^w	<.001 (<.001)	150 ^w	<.001 (<.001)	168 ^w	<.001 (<.001)
SSI-4	t (df)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (df)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (df)	p_{unkorr} (p_{korr})^a
Gesamtwert	2.337 (41)	.012 (.036)	2.644 (41)	.006 (.012)	3.212 (41)	.001 (.001)
	248.5 ^w	.002 (.002)	308.5 ^w	.023 (.070)	343 ^w	.004 (.007)
Stotterhäufigkeit Spontansprache	2.407 (48)	.010 (.030)	2.982 (48)	.002 (.002)	2.780 (48)	.004 (.008)
	346.5 ^w	.002 (.007)	275.5 ^w	<.001 (<.001)	327.5 ^w	.002 (.005)
Dauer Spontansprache	1.180 (48)	.122 (n.a.)	.256 (48)	.400 (n.a.)	.740 (48)	.232 (n.a.)
Motorisches Begleitverhalten Spontansprache	.952 (41)	.174 (n.a.)	2.003 (41)	.026 (.052)	3.239 (41)	.002 (.002)
	236.5 ^w	.063 (n.a.)	279.5 ^w	.038 (.077)	144 ^w	.002 (.002)
Elterneinschätzungen	t (49)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (49)	p_{unkorr} (p_{korr})^a	t (49)	p_{unkorr} (p_{korr})^a
Subjektiver Schweregrad	2.531	.007 (.022)	4.384	<.001 (<.001)	3.841	<.001 (<.001)
	243 ^w	.004 (.012)	159 ^w	<.001 (<.001)	213.5 ^w	<.001 (.001)
Zufriedenheit mit der Kommunikation	-1.461	.075 (n.a.)	-2.526	.007 (.015)	-4.478	<.001 (.001)
	376 ^w	.087 (n.a.)	557 ^w	.009 (.017)	684.5 ^w	<.001 (.001)

^wIn Fällen, in denen die Messwerte die Voraussetzung der Normalverteilung nicht vollständig erfüllten, wurde die Gültigkeit der Ergebnisse mittels des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests als entsprechendem verteilungsfreien Verfahren überprüft. Die Ergebnisse sind in dem Fall in der darunterliegenden Zeile berichtet und die Teststatistik (w) statt des t -Wertes angegeben.

^ap-Werte sind einseitig unkorrigiert und nach Bonferroni-Holm-Korrektur für die Anzahl der Vergleiche (3 Vergleiche: 0-3, 0-6, 0-12 Monate) pro Skala eines Testverfahrens angegeben.

n.a.: nicht anwendbar (bei p-Werten > .05)



MANUAL Schul-KIDS

P. Schneider & P. Sandrieser (2018)

Peter Schneider
Schule für Logopädie am
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Dr. Patricia Sandrieser
Katholisches Klinikum
Koblenz-Montabauer
Rudolf-Virchow-Str. 7-9
56073 Koblenz

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	31
1 Vorwort	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Danksagung	35
Teil 1: Grundlagen und Voraussetzungen für KIDS	36
2 Einführung	37
3 Zum Gebrauch des Manuals	38
4 Theoretischer Hintergrund zum Therapiekonzept	39
4.1 Einordnung des Therapieansatzes	39
4.2 Stottermodifikation	39
4.3 Evidenzen zur Stottermodifikation bei Kindern	41
4.4 Schul-KIDS als Verfahren der Stottermodifikation für Schulkinder	42
4.5 Wesentliche Prinzipien von Schul-KIDS	43
4.5.1 Variable Therapieplanung	44
4.5.2 Stärkung der Resilienz	45
4.5.3 Kind-Bezug	46
4.5.4 Alltagsbezug	47
5 Rahmenbedingungen (in PMS KIDS)	49
5.1 Indikation	49
5.2 Wartezeit	49
5.3 Frequenz	49
5.4 Therapiepausen bzw. -ausfälle	49
5.5 Kriterien für das Therapieende	50
6 Diagnostik (in PMS KIDS)	51
6.1 Zeitverlauf der Diagnostik	51
6.2 Diagnostikverfahren und -instrumente	51
Teil 2: Praktische Umsetzung von Schul-KIDS	53
1 Information, Vertrag und Elternbeteiligung	56
1.1 Voraussetzungen	56
1.2 Ziele	57
1.3 Vorgehensweise	57
1.3.1 Aufklärung der Eltern und Vertrag	58

1.3.2	Aufklärung des Kindes und Vertrag	59
1.3.3	Abschließen eines Dreiecksvertrags	59
1.4	Weitere Informationen, Beratung und Verträge mit Eltern und Bezugspersonen	59
1.5	Bilanzgespräche und Vertragsrevision	60
1.5.1	Regelmäßige Bilanzgespräche	61
1.5.2	Bilanzgespräche bei auftretenden Problemen	61
1.5.3	Bilanzgespräche zum Therapieende	61
1.6	Troubleshooting.....	62
2	Desensibilisierung	68
2.1	Einbezug von Elementen aus anderen Phasen	68
2.2	Voraussetzungen	70
2.3	Ziele.....	71
2.4	Vorgehensweise.....	71
2.4.1	Enttabuisierung – Desensibilisierung gegen das Tabu Stottern	71
2.4.2	Desensibilisierung gegen die Symptomatik	74
2.4.3	Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen	78
2.5	Troubleshooting.....	81
3	Identifikation.....	90
3.1	Einbezug von Elementen aus anderen Therapiephasen	90
3.2	Voraussetzungen	91
3.3	Ziele.....	92
3.4	Vorgehensweise.....	92
3.4.1	Artikulatorische Phonetik	92
3.4.2	Symptomanalyse.....	93
3.4.3	Symptomregistrierung.....	95
3.5	Troubleshooting.....	97
4	Modifikation.....	99
4.1	Einbezug von Elementen aus anderen Therapiephasen	100
4.2	Voraussetzungen	101
4.3	Ziele.....	101
4.4	Vorgehensweise.....	101
4.4.1	Prolongation	102
4.4.2	Pullout.....	106
4.4.3	Locker Herausstottern	110
4.5	Troubleshooting.....	110
4.5.1	Troubleshooting Prolongation	110
4.5.2	Troubleshooting Pullout	111
5	Generalisierung.....	116
5.1	Einbezug von Elementen aus anderen Therapiephasen	116

5.2	Voraussetzungen	117
5.3	Ziele.....	117
5.4	Vorgehensweise.....	117
5.4.1	Generalisierung während der Therapie	117
5.4.2	Generalisierung am Ende der Therapie	118
5.4.3	Vorbereitung der Nachsorge und Therapieende	120
5.4.4	Nachsorge	122
5.5	Troubleshooting.....	122
6	Rahmentherapie	124
6.1	Einordnung der Rahmentherapie in die Therapiephasen.....	125
6.2	Voraussetzungen	125
6.3	Ziele.....	125
6.4	Vorgehensweise.....	126
6.4.1	Kognitive und emotionale Reaktionen auf Stottern	126
6.4.2	Problemlöseverhalten und soziale Kompetenz	130
6.5	Trouble-Shooting	132
7	Literaturempfehlungen.....	134
8	Literaturverzeichnis	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übungen mit hierarchischer Steigerung der Schwierigkeit (in Anlehnung an Patricia Sandrieser und Schneider (2015))	43
Abbildung 2: Messzeitpunkte T0 (Eingangsdagnostik) bis T4 (Verlaufsdagnostik)	51
Abbildung 3: Standardablauf der Therapiephasen von Schul-KIDS	53
Abbildung 4: Ablauf der Therapiephasen bei vorgezogener Modifikation und Kontrollverlust im Pseudostottern	54
Abbildung 5: Ablauf der Therapiephasen bei verdecktem sehr leichtem Stottern	54
Abbildung 6: Standardvorgehen in der Desensibilisierung mit Einbezug von Elementen anderer Phasen.....	69
Abbildung 7: Variante der Desensibilisierung mit früher Identifikation gegen Vermeideverhalten bei starkem Vermeiden	69
Abbildung 8: Variante der Desensibilisierung bei hohem Kontrollverlust im Pseudostottern und geringer Belastung oder kommunikativer Beeinträchtigung durch Stottern	70
Abbildung 9: Variante der Desensibilisierung bei hohem Kontrollverlust im Pseudostottern und starker emotionaler Belastung oder kommunikativer Beeinträchtigung durch Stottern	70
Abbildung 10: Standardvorgehen in der Identifikation mit Einbezug von Elementen anderer Phasen	91
Abbildung 11: Variante der Identifikation, wenn die propriozeptive Wahrnehmung und Steuerung von Artikulation und Phonation und das Monitoring schwerfallen.....	91
Abbildung 12: Standardvorgehen in der Modifikation mit Einbezug von Elementen anderer Phasen	101
Abbildung 13: Standardvorgehen in der Generalisierung mit Einbezug von Elementen anderer Phasen	117
Abbildung 14: Rahmentherapie im Standardablauf der Therapiephasen von Schul-KIDS	125

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Therapieansätze für kindliches Stottern	39
Tabelle 2: Ansatzpunkte der Sprechtechniken in der Silbe	41
Tabelle 3: Übersicht über die Vertrags- und Informationsphase	57
Tabelle 4: Mögliches Vorgehen zur Enttabuisierung	72
Tabelle 5: Abfolge der Desensibilisierung (0 und 2.4.3)	74
Tabelle 6: Zeitliche Abfolge der Modifikation (für Erarbeitung aller Techniken)	102
Tabelle 7: Erarbeitung der Zeitlupe und Prolongation – phonologische Kriterien	102
Tabelle 8: Hilfen für Zeitlupen und Prolongationen	105
Tabelle 9: Vorgehen bei der Erarbeitung des Stoppens	107
Tabelle 10: Vorgehen beim Pullout	109

Checklistenverzeichnis

Checkliste 1: Informations- und Vertragsphase - Aufklärung und Vertrag (Kap. 1.3).....	65
Checkliste 2: Informations- und Vertragsphase – Bilanzgespräche im Therapieverlauf (Kap. 1.4 und 1.5)	67
Checkliste 3: Desensibilisierung (Kap. 2)	88
Checkliste 4: Identifikation (Kap. 3).....	99
Checkliste 5: Modifikation (Kap. 4).....	115
Checkliste 6: Generalisierung (Kap. 5).....	124
Checkliste 7: Generalisierung (Kap. 6).....	133

1 Vorwort

Deutschlandweit stottern etwa 40.000 Grundschul Kinder. Für diese Kinder gibt es unterschiedliche Behandlungsansätze, wobei in Deutschland sehr häufig das Therapieverfahren KIDS (Kinder Dürfen Stottern, Sandrieser & Schneider 2015) eingesetzt wird. Trotz der weit verbreiteten Anwendung fehlt es an wissenschaftlichen Nachweisen, dass KIDS tatsächlich wirksam ist. Hier setzt das Forschungsprojekt PMS KIDS (Prospektive multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS) an und untersucht unter Alltagsbedingungen, wie sich die Therapie KIDS bei stotternden Kindern zwischen 7 und 11 Jahren auf das Befinden und das Sprechen auswirkt.

Die 2016 veröffentlichte Leitlinie für Redeflussstörungen (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie [DGPP], 2017) hat gezeigt, dass die Evidenzlage für bestehende Verfahren in der Stottertherapie sehr uneinheitlich ist. Für den in Deutschland häufig eingesetzten Ansatz der Stottermodifikation sind die wissenschaftlichen Nachweise über die Wirksamkeit derzeit unzureichend. Insbesondere für stotternde Grundschul Kinder liegen in Deutschland, aber auch international, so gut wie keine Wirksamkeitsstudien vor. Dies ist auch deshalb kritisch, da in dieser Altersgruppe die Wahrscheinlichkeit, das Stottern zu überwinden, zunehmend sinkt und effektive Behandlungen sehr bedeutsam sind.

Die Studie PMS KIDS gleicht die Heilmittelrichtlinien zu Stottern mit der aktuellen Versorgungssituation in ambulanten Einrichtungen ab. Die kurz- und mittelfristigen Effekte ambulanter Stottertherapien sollen dabei überprüft werden. Für die Behandlung stotternder Kinder stehen unterschiedliche Therapien zur Verfügung. In dieser Studie wird die Wirkung eines weit verbreiteten Best-Practice-Verfahrens, der Stottermodifikation, untersucht. Die Stottermodifikation zielt neben einer Erhöhung der Sprechflüssigkeit auf einen Abbau der Begleitsymptome und negativer Gefühle wie Angst und Scham. Im Projekt werden 52 betroffene Schülerinnen und Schüler sowie ihre Eltern während der Stottertherapie regelmäßig befragt und vor Ort untersucht. Der Behandlungserfolg wird mittels eines Fragebogens sowie mehrerer Spontansprechproben überprüft. Die behandelten Kinder werden nach drei Monaten mit nicht behandelten Kindern verglichen. Die Studie nutzt dabei aus, dass es Kinder gibt, deren Behandlung nicht sofort beginnen kann. Diese werden dann verglichen mit Kindern, die eine Stottertherapie direkt im Anschluss an die Diagnose beginnen.

Die Studienergebnisse können im Erfolgsfall dazu beitragen, die Verordnungsmenge und das Behandlungsformat besser anzupassen. Außerdem helfen sie dabei, Eltern und Kinder bei der Entscheidungsfindung für eine Therapie und deren Format zu unterstützen.

Das vorliegende Manual stellt sicher, dass die Therapeuten, die an der Studie PMS KIDS teilnehmen, eine Stottermodifikation nach Schul-KIDS durchführen, auch wenn es sich nicht um ein normiertes Vorgehen handelt. Ein manualgetreues Vorgehen bedeutet hier eine angepasste variable Therapieplanung im Bezugsrahmen von KIDS, die sich auf die individuellen Gegebenheiten des Stotterns und die Persönlichkeit des Kindes in seinem Umfeld bezieht. Das vorliegende Manual führt durch Entscheidungsprozesse und vermittelt Therapiemethoden und das Vorgehen bei auftretenden Schwierigkeiten.

Danksagung

Wir danken Anke Kohmächer dafür, dass sie PMS KIDS überhaupt möglich macht, Veerle Waelkens für die Inspiration durch ihr Manual „*Mini-KIDS. Direct therapy for young children who stutter (2-6 years)*“, dem Thieme-Verlag für die Erlaubnis, Materialien in Anlehnung an Sandrieser und Schneider (2015) ins begleitende Material aufzunehmen und Annika Primaßin für die detaillierten Rückmeldungen.

Peter Schneider und Patricia Sandrieser (November 2018)

Teil 1: Grundlagen und Voraussetzungen für KIDS

Erläuterung der Symbole zur schnellen Navigation im Manual:



Beispiele erläutern die konkrete Umsetzung anhand eines Fallbeispiels und geben zum Teil konkrete Formulierungsvorschläge.



Material

Im Text wird immer wieder auf Materialien verwiesen. Eine Auflistung aller relevanten Materialien findet sich jeweils am Ende eines Kapitels. Die Materialien werden zukünftig auf der Website www.pms-kids.de als PDFs zur Verfügung gestellt. Die Materialsammlung wird im Projektverlauf ergänzt und erweitert.



Planung

Die Hinweise zur Planung einzelner Therapiesitzungen oder längerer Therapieabschnitte sollen der Therapeutin bei ihrer unmittelbaren Therapieplanung unterstützen.



Informationen

Die Hintergrundinformationen sollen dem interessierten Leser ein tieferes Verständnis von Zusammenhängen und Grundlagen der Therapie nach KIDS vermitteln.

Checklisten Die Checklisten dienen der eigenen Therapieplanung und -dokumentation und sind als Hilfe gedacht. Für PMS KIDS müssen sie nicht ausgefüllt werden.

2 Einführung

KIDS steht für „Kinder dürfen Stottern“. Ein provokanter Titel, da sich verständlicherweise alle Beteiligten eine Remission wünschen. Diese tritt bei Schulkindern jedoch deutlich seltener ein als bei jüngeren Kindern. Daher ist es wichtig, Kindern beizubringen, optimal mit ihrem Stottern umzugehen und sowohl Kern- als auch Begleitsymptomatik so weit wie möglich zu reduzieren. Sie erwerben die Fähigkeit sich im Symptom zu helfen. Das kann auf bewusster oder unterbewusster Ebene geschehen. Damit es diese Fähigkeit erwerben kann, müssen Sprechkontrolle und das Gefühl von Selbstwirksamkeit als Voraussetzungen geschaffen werden. Sie äußern sich als Gelassenheit im Symptom, die Fähigkeit, in Symptome einzugreifen und den Sprechvorgang gezielt zu steuern. Stotterereignisse geschehen nicht willentlich. Sie sind ein Kontrollverlust über den Phonations- bzw. Artikulationsvorgang. Es drückt sich im Kernverhalten (Laut-, Silbenwiederholungen, Dehnungen, Blockierungen) aus. Alle Verhaltensweisen, die bewusst oder unbewusst in Reaktion auf das Kernverhalten auftreten, werden Begleitverhalten genannt (Sandrieser & Schneider, 2015). Zugrunde liegt ein neurophysiologisches Defizit, das mit einer erhöhten Störanfälligkeit des Redeflusses einhergeht. Die Ursache dieses Defizits ist zu einem sehr hohen Anteil genetisch bedingt (DGPP, 2017).

Um Stottern und alles, was damit zusammenhängt zu bewältigen, entwickeln Stotternde sogenannte Copingstrategien. Diese sind nur zu einem kleinen Teil bewusst und absichtlich. Sie können funktionell sein, also mit geringem Aufwand ein kommunikativ, sozial und psychisch gutes Ergebnis bringen. Sie können auch dysfunktional sein und somit zu einer Verringerung der Lebensqualität und Belastung in alltäglichen Aktivitäten und der Partizipation führen (Yaruss, 2007). Sie stellen einerseits Versuche dar, die Kontrolle im Symptom zu erlangen und dienen somit der Beendigung von Stotterereignissen (Ankämpfverhalten). Andere Copingstrategien beugen Stotterereignissen vor (sprachliches und situatives Vermeideverhalten) und wieder andere dienen der Verarbeitung von Sorgen und belastenden Erfahrungen (Sandrieser & Schneider, 2015). Da Copingstrategien erlerntes Verhalten darstellen, sind sie, im Gegensatz zu den Kernsymptomen, therapeutisch gut beeinflussbar.

3 Zum Gebrauch des Manuals

Bei der Stottermodifikation nach Schul-KIDS handelt es sich nicht um ein feststehendes, normiertes Vorgehen! Die dahinter liegenden Prinzipien müssen jedoch authentisch vermittelt werden. Ein manualgetreues Vorgehen bedeutet daher nicht „Alle machen das gleiche“, aber soll auch eine Beliebigkeit verhindern. Es ermöglicht, einerseits die eigene therapeutische „Handschrift“ und somit Authentizität zu wahren und andererseits den Therapieansatz KIDS in seinem ursprünglich beabsichtigten Sinne zu vermitteln.

KIDS ist in Phasen gegliedert, die einer sinnvollen Reihenfolge folgen. Dennoch ist Schul-KIDS ein stark individualisiertes Konzept. Dieses Manual stellt einerseits die Orientierung im Phasenverlauf dar, gibt aber auch Entscheidungshilfen und methodische Hinweise, wenn im Einzelfall davon abgewichen werden muss. Es ist daher wichtig, sich mit der Individualisierung der Phasenabfolge vertraut zu machen, wenn einzelne Phasen vorgezogen werden müssen oder Phasen parallel erarbeitet werden. Hier helfen Diagramme und Checklisten, um Therapieentscheidungen treffen zu können. Auch wenn das Manual versucht, in den jeweiligen Abschnitten zum Troubleshooting viele mögliche Schwierigkeiten vorwegzunehmen wird es immer Situationen geben, in denen sowohl die Erfahrung der Therapeutin als auch das Manual oder weitere ergänzende Literatur nicht ausreichen. In solchen Fällen vermag eine Supervision Sicherheit in der therapeutischen Entscheidungsfindung und bei der Wahl angemessener Interventionen zu geben. Wie in der Leitlinie Redeflussstörungen explizit beschrieben, muss therapeutisches Handeln individuell angepasst und nachvollziehbar begründet sein (DGPP, 2017). Die Anregungen im Troubleshooting beruhen auf der Erfahrung der Autoren. In einigen Problemsituationen mag die Therapeutin entsprechend ihrer Erfahrung und spezifischer Kompetenz sinnvollerweise anders vorgehen.

Ziel dieses Manuals ist es, methodische Handlungshilfen zur Therapie nach KIDS zu vermitteln. Diese sowie die dahinterliegenden Begründungen der Vorgehensweise sind für Therapeuten je nach Erfahrungshintergrund unterschiedlich bedeutsam und die Therapieplanung notwendig. Dementsprechend sollte das Manual so genutzt werden, wie es für die individuelle Therapeutin in der Praxis sinnvoll ist, beispielsweise als Hilfestellung für die Planung von Phasen oder einzelner Stunden, als Anregung für die Ausgestaltung von Übungen oder Beratungshilfen oder als Orientierung, ob die eigene Therapie den Prinzipien von Schul-KIDS entspricht. Ein vollständiges Durchlesen des Manuals vor Therapiebeginn ist nicht intendiert und erscheint wenig förderlich. Stattdessen wünschen sich die Autoren, dass Therapeuten das Manual in der Praxis immer wieder hinzuziehen und aus den Inhalten relevante Anregungen für ihre Stottertherapien ziehen. Die Materialsammlung, die ergänzend zum Manual vorliegt und im Verlauf von PMS KIDS erweitert wird, soll diese Arbeit zusätzlich unterstützen.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in Bezug auf den/die Therapeuten/in die weibliche Sprachform verwendet. Dies impliziert keine Benachteiligung des männlichen Geschlechts, sondern orientiert sich an der Geschlechterverteilung in der Berufsgruppe und ist im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen.

4 Theoretischer Hintergrund zum Therapiekonzept

Dieses Kapitel beschränkt sich auf Inhalte, die unmittelbar für das Verständnis des Manuals notwendig sind. Nach einer kurzen Einordnung des Therapieansatzes in die Therapielandschaft wird ein Überblick über die grundlegende Konzeption der Stottermodifikation gegeben. Anschließend wird beschrieben wie Schul-KIDS davon abweicht und welchen Prinzipien es folgt. Viele Inhalte werden ausführlicher in Sandrieser und Schneider (2015) und in der Leitlinie für Redeflussstörungen (DGPP, 2017) dargestellt.

4.1 Einordnung des Therapieansatzes

Schul-KIDS (Sandrieser & Schneider, 2015) ist ein direktes Verfahren der Stottermodifikation, bei der der Patient lernt, Stotterereignisse zu bearbeiten und zu kontrollieren. Generell werden in der Stottertherapie bei Kindern direkte und indirekte Verfahren unterschieden. Bei den direkten Verfahren gibt es Ansätze, welche die Stottersymptomatik beeinflussen (Stottermodifikation) und solche, die am Sprechen ansetzen (Fluency Shaping und das Lidcombe-Programm). Die Stottermodifikation befähigt stotternde Kinder ab 2 Jahren dazu, auftretende Stotterereignisse unter Kontrolle zu bekommen und lässt die sonstige Sprechweise unbeeinflusst. Zudem verringert sie sprechbezogene Ängste und Vermeideverhalten. Fluency Shaping-Verfahren verändern gezielt die Sprechweise (Sprechrestrukturierung) und werden als Intensivtherapie ab 6 Jahren angeboten (Purat, Euler & Breitenstein, 2016). Verfahren, die Stottermodifikation und Fluency-Shaping kombinieren stehen für Kinder ab 8 Jahren zur Verfügung (Thum & Mayer, 2014). Das operante Lidcombe-Programm (Lattermann, 2010) wurde für Vorschulkinder zwischen 3 und 6 Jahren entwickelt und nur vereinzelt bei Kindern zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr angewendet (Lattermann, 2010). Ziel der Lidcombe Therapie ist es, über operante Lernprinzipien flüssige Sprechanteile auszuweiten und in alltäglichen Situationen zu festigen.

Indirekte Verfahren kommen nur für Kinder im Kindergartenalter in Frage. Hier wird, u.a. basierend auf dem Modell von Anforderungen und Fähigkeiten (Starkweather, 1987) eine Situation hergestellt, in der die Entwicklung von Sprechflüssigkeit begünstigt wird. Prinzipiell können in einer Stottertherapie Elemente einer indirekten und einer direkten Therapie miteinander kombiniert werden. Denkbar ist bei Vorschulkindern auch, zunächst ein indirektes Therapieverfahren anzubieten und im Therapieverlauf auf ein direktes Therapieverfahren umzusteigen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Überblick über Therapieansätze für kindliches Stottern

Altersgruppe	Verfahren	Ausrichtung
ab 2 Jahren	Stottermodifikation	Direkte Arbeit am Stottern
3-6 (7-12) Jahre	Operante Therapie (Lidcombe)	Direkte Arbeit am Sprechen
ab 6 Jahren	Fluency Shaping	Direkte Arbeit am Sprechen
ab 8 Jahren	Kombination aus Stottermodifikation und Fluency Shaping	Direkte Arbeit am Stottern und am Sprechen
2-6 Jahre	Indirekte Arbeit an Bedingungen für flüssiges Sprechen	Indirekte Therapie

4.2 Stottermodifikation

Die aktuellen Ansätze zur Stottermodifikation (auch „non-avoidance“-Ansätze genannt) gehen im Wesentlichen auf Charles Van Riper zurück, der ein Therapiekonzept für stotternde Erwachsene entwickelt hat (Breitenfeldt & Rustad Lorenz, 2002; van Riper, 1971, 2006; Wendlandt, 2009; Zückner, 2014a). Sie vermitteln die Fähigkeit auftretende Stotterereignisse zu bearbeiten und zu kontrollieren. Dies geschieht mit einer Sprechtechnik, bei der zuerst in der gestotterten Silbe das fehlgesteuerte automatisierte Sprechen gestoppt wird, um dann mit einer bewusst geführten Artikulationsbewegung die Silbe zu realisieren. Die Desensibilisierung gegen Scham, Peinlichkeit und Ängste in Verbindung mit dem Stottern ist ein zentraler Bestandteil dieser Therapien. Wenn man die Stottermodifikation aus dem Blickwinkel der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005) betrachtet, richtet sich die Bearbeitung der

Stotterereignisse auf die Körperfunktion, während die Desensibilisierung personenbezogene Faktoren (kognitive emotionale Reaktionen auf Stottern) positiv beeinflusst und zu einer Verbesserung der Aktivitäten und Teilhabe und somit zu einer höheren Lebensqualität führt.

Van Ripers Schüler Dell (Dell, 1979, 2001) veränderte die Stottermodifikation so, dass sie für Schulkinder anwendbar wurde. Für den deutschsprachigen Raum entwickelten Sandrieser und Schneider (2015) mit KIDS (Kinder Dürfen Stottern) in den Varianten Mini-KIDS (3-6 Jahre) und Schul-KIDS (6-12 Jahre) und Zückner (2014a) mit der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS) für Kinder ab 8 Jahren den Ansatz von Dell weiter.

Stottermodifikation arbeitet modellorientiert. Sie legt mehrdimensionale Modelle zugrunde, auf denen ihr Handeln beruht. Van Riper (1971) formulierte eine sogenannte Stottergleichung: Faktoren, die den Schweregrad von Stottern erhöhen können (Empfindlichkeit für kommunikative Stressoren, negative, auf Sprechen und Stottern bezogene Gedanken und Gefühle, Situations-, Laut- und Wortängste) stehen Faktoren gegenüber, die den Schweregrad von Stottern verringern können (Selbstvertrauen, positives Selbstbild, Ausmaß der flüssigen Redeanteile). Auch Schul-KIDS ist modellorientiert und bezieht sich u.a. auf das 3-Faktoren Modell von Sandrieser und Schneider (2015) in Anlehnung an Attanasio und Packman (Packman, 2012).

Die Fähigkeit in Stottersymptome eingreifen zu können, setzt die Kenntnis und Wahrnehmung der eigenen Symptomatik, die Fähigkeit, die Artikulation bewusst zu steuern sowie ausreichend Gelassenheit im Symptom und in der Kommunikationssituation voraus. Dies wird bei der Stottermodifikation in vier Phasen erarbeitet.

In der Erwachsenentherapie beginnt die Stottermodifikation üblicherweise mit der **Identifikationsphase**, d.h. der Analyse des Bedingungsgefüges des Stotterns und der Selbstwahrnehmung der Symptomatik. Hierbei wird zugleich gegen die Angst, Stottern zu thematisieren und gegen negative Gefühle in der Auseinandersetzung mit der eigenen Symptomatik desensibilisiert. Dies ist einer der Gründe, warum bei Schul-KIDS die Desensibilisierung vor der Identifikation beginnt und weitgehend parallel zu ihr verläuft. Am Ende dieser Phase kennt der Patient seine Kern- und Begleitsymptomatik sowie seine Gefühle und Einstellungen gegenüber dem Stottern und ist bereit, sich offen damit auseinanderzusetzen. Die Erarbeitung geschieht in einer hierarchisch aufgebauten Analyse des Sprech- und Stotterverhaltens mit Feedbackverfahren (Spiegel, Videokamera), taktil-kinästhetischer und propriozeptiver Wahrnehmung sowie der Imitation und Beschreibung von Symptomen. Hinzu kommt die Reflexion von Emotionen (z. B. Angst, Scham und Peinlichkeit), Kognitionen (z. B. Überzeugungen über sich und Zuhörer, über Sprechen und Stottern) und Vermeiderverhalten.

In der in klassischen Modifikationsverfahren sich anschließenden **Desensibilisierungsphase** geht es um die Reduzierung von inneren Symptomen (Ängste, negativen Emotionen und Überzeugungen), um die Zunahme von Selbstsicherheit und Selbstwertschätzung als Sprecher und das Gefühl von Selbstwirksamkeit in Sprechsituationen. Hierbei wird auf die systematische Desensibilisierung (Desensibilisierungshierarchien und deren Umsetzung innerhalb und außerhalb des Therapieraums) und die Gegenkonditionierung aus der klassischen Verhaltenstherapie zurückgegriffen. Bei der Gegenkonditionierung wird ein unerwünschtes Verhalten durch Nichtbestätigung abgeschwächt und gleichzeitig das erwünschte Verhalten verstärkt. An die Stimuli der Problemsituationen wird statt des alten (konditionierten) problematischen Verhaltens (und der damit verbundenen Gedanken und Gefühle) ein neues Verhalten gekoppelt, das mit dem alten Verhalten unvereinbar ist und das zu einer Verstärkung der neuen Verhaltensweisen führt. Für die Desensibilisierung wird individuell eine Hierarchie von Stimuli entwickelt, die es ermöglichen, das Angstniveau so niedrig zu halten, dass die Gegenkonditionierung greifen kann. Sobald eine Hierarchiestufe keine Angst mehr auslöst, kann die nächste Hierarchiestufe in derselben Weise durchlaufen werden.



Jan

Jan findet es sehr unangenehm, sich mit dem Thema Stottern und vor allem seinem eigenen Stottern zu beschäftigen und vermeidet dies im Alltag so gut wie möglich. In der Therapie untersucht er in der entspannten positiven Grundhaltung von „Jugend forscht“ das Sprechen. Dabei setzt er sich angstfrei mit dem eigenen Stottern auseinander

(Nichtbestätigung des Stimulus „Stottern thematisieren“) und wird dafür von der Therapeutin verstärkt (Begeisterung, fachliches Interesse, antithetisches Verhalten).

Absichtliches Stottern (Pseudostottern und imitiertes Stottern) und das Aufgeben von Vermeidungsverhalten und motorischem Begleitverhalten sind wesentlicher Bestandteil der Desensibilisierungsphase und verbessern zudem die Fähigkeit, Stottern zu kontrollieren.

Mit Verfahren aus der kognitiven Verhaltenstherapie, die später der klassischen Therapie nach Van Riper hinzugefügt wurden, werden übergeneralisierte Überzeugungen über eigene Handlungsspielräume und Kompetenzen oder über mögliche Zuhörerreaktionen revidiert.

In der **Modifikationsphase** werden ungünstige Bewältigungsstrategien (Begleitsymptome) durch eine Sprechtechnik abgelöst. Die Symptome werden kürzer und unangestrengt, was zu einer höheren Sprechnatürlichkeit und einer geringeren sozialen Auffälligkeit führt. Das Gefühl der Hilflosigkeit weicht der Zuversicht, Symptome kontrollieren zu können. Flüssige Redeanteile bleiben unbearbeitet. Langfristig wird durch die kontinuierliche Bearbeitung der Stotterereignisse und eine damit verbundene Kontrollüberzeugung die Rate der Stotterereignisse verringert (Metten et al. 2007, Natke & Alpermann 2010). Eine völlige Sprechflüssigkeit wird nicht versprochen.

Da fast alle Stottersymptome den Beginn einer Silbe, also Onset und Nucleus einer Silbe betreffen, nicht jedoch die Coda, setzen die Sprechtechniken genau hier an. Dies wird an den verschiedenen Symptomarten für das Wort „Pfund“ gezeigt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ansatzpunkte der Sprechtechniken in der Silbe

Symptomarten	Sprechtechnik Pullout
Teilwortwiederholung pfapfapfapfund	pfapfa --- <u>pf</u> and*
Lautwiederholung p-p-p-pfund	p-p --- <u>pf</u> and
Dehnung pfffffffund	ppff--- <u>pf</u> and
Blockierung 'ppfund	'p .. --- <u>pf</u> and

* kursiv und unterstrichen = Prolongation

Der Pullout ist eine Technik der Stottermodifikation, die dazu dient, Stotterereignisse zu beenden und zur spontanen Sprechflüssigkeit zurückzuführen. Sobald ein Symptom bemerkt wird, unabhängig von der Symptomart, wird der Artikulationsvorgang am Onset oder im Übergang vom Onset zum Nucleus gestoppt und „eingefroren“. Nach einer kurzen Pause wird mit einer kontrolliert verlangsamten Artikulationsbewegung und weichem Stimmeinsatz (Prolongation) die beabsichtigte Silbe weitergesprochen. Dies dient dazu, dem Wiederauftreten von Stottern an der gleichen Silbe vorzubeugen.

Das Preparatory Set/die Prolongation dient zur Vorbeugung eines erwarteten Stotterereignisses durch eine kontrolliert verlangsamte Artikulationsbewegung und weichen Stimmeinsatz in der betroffenen Silbe und ist genau genommen keine Modifikationstechnik, da nicht in ein Symptom eingegriffen wird.

Vielfach werden Sprechtechniken nicht sofort als angenehm empfunden, da sie sich vom bisherigen Sprechen und Stottern unterscheiden. Daher ist im Rahmen der Modifikation auch wieder die Desensibilisierung gegen die Sprechtechnik, den damit verbundenen Zeitverlust und die neue Auffälligkeit erforderlich.

In der **Generalisierungsphase** (auch **Stabilisierungsphase** genannt) wird in einem therapeutisch begleiteten Selbsttraining an der schrittweisen Übernahme der Sprechtechniken in den Alltag gearbeitet. Hierdurch wird eine Zunahme der spontanen Sprechflüssigkeit erwartbar. Zur Vorbereitung des Therapieendes und zur Nachsorge ist ein Rückfallmanagement fester Bestandteil von Stottermodifikationstherapien.

4.3 Evidenzen zur Stottermodifikation bei Kindern

Bisher liegen insgesamt nur wenige Studien für die Stottermodifikation vor, am wenigsten für Kinder im Schulalter. Laiho und Klippi (2007) beobachteten bei Kindern zwischen 6;8 und 14;0 Jahren nach einer Gruppentherapie leichte quantitative und qualitative Verbesserungen der Stottersymptomatik und des verbalen Vermeideverhaltens. Die Langzeitdaten nach 9 Monaten waren unvollständig, jedoch blieben bei der Mehrzahl der Probanden die positiven Veränderungen konstant.

Rosenberger, Schulte und Christine Metten (2007) evaluierten eine dreiwöchige Intensivtherapie nach dem Stottermodifikationsansatz mit Kindern zwischen 9 und 18 Jahren. Am Ende der Therapie (zweiter Nachsorgetermin) bestanden signifikant positive Veränderungen im Sinne einer Reduzierung der Symptomatik. Sowohl quantitative und qualitative Merkmale des Stotterns als auch die subjektiv erlebte psychosoziale Belastung durch das Stottern verringerten sich. Über Langzeiteffekte war keine Aussage möglich, da keine Follow-up-Untersuchungen stattfanden.

Bürkle, Willmes und Sandrieser (2014) konnten in einer Pilotstudie an 6 Kindern zwischen 7 und 12 Jahren, die an einer einwöchigen Intensivtherapie nach Schul-KIDS teilgenommen hatten, eine leichte Abnahme der psychosozialen Belastung durch Stottern und somit eine Verbesserung der Lebensqualität zeigen. Die Einstellungen, Verhaltensweisen und Emotionen der Eltern veränderten sich durch die Therapie und die begleitende Elterngruppe insgesamt zum Positiven.

4.4 Schul-KIDS als Verfahren der Stottermodifikation für Schulkinder

Wie erwähnt wurde für Schul-KIDS der Stottermodifikationsansatz für Kinder nach Dell weiterentwickelt und auf den deutschen Sprachraum angepasst. Wesentliche Prinzipien sind in der Darstellung fett gedruckt:

In der Regel wird ein Kind von seinen Erziehungsberechtigten zur Therapie angemeldet. Schulkinder entscheiden zumeist nicht selbst, ob sie zur Therapie gehen. Daher ist die **Informations- und Vertragsphase** mit Eltern und Kind fester Bestandteil von KIDS. Dieses Vorgehen verbessert Compliance und Motivation des Kindes und der Eltern. Die Verantwortung der Eltern in ihrer Rolle als Erziehungsberechtigte und ihr großer Einfluss auf die Therapie macht eine begleitende **Elternberatung** notwendig. Sofern möglich, sollten die Eltern angeleitet werden, aktiv die Therapie zu unterstützen.

Anders als in der Stottermodifikation für Erwachsene kommt bei Schul-KIDS die **Desensibilisierungsphase vor der Identifikationsphase** und alle **Phasen überschneiden sich** stärker. Desensibilisierung, Identifikation und Teile der Modifikation finden weitgehend parallel statt. Dies ist zum einen darin begründet, dass es für Kinder schwer ist, einen langen Zeitraum an der Desensibilisierung und Identifikation zu arbeiten, ohne die Perspektive auf die Sprechtechniken zu haben. Zum anderen brauchen manche Erarbeitungsschritte länger, so dass während der Desensibilisierung zuerst Vorkenntnisse über Sprechen, Sprache und Stottern gelegt werden müssen (Enttabuisierung), bevor eine eingehendere Auseinandersetzung mit der Identifikation möglich ist.

Der starke Einfluss von Schule und Peergroup auf den Therapieverlauf und die Generalisierung machen den **Einbezug von Gleichaltrigen und Schule** notwendig. Im besten Fall können Eltern, Lehrer, Freunde und andere Bezugspersonen als Unterstützer gewonnen werden.

Der sprachliche, kognitive und emotionale Entwicklungsstand erfordern eine sorgfältige Planung des Schwierigkeitsgrades im Sinne von **Übungen nach der Achse „hierarchisch steigende linguistische Anforderung“ und nach der Achse „hierarchisch steigende emotionale, kognitive und situative Anforderung“** (Abbildung 1). Dabei wird die Schwierigkeit nicht auf beiden Achsen gleichmäßig gesteigert, sondern je nach Erfordernis verstärkt auf der einen oder anderen Achse trainiert. Linguistisch zunehmend komplexe Übungen sind Laut-, Wortebene, Satzmuster, kurze freie Äußerungen, kleine Monologe, Dialoge, längere Monologe bis zur freien Spontansprache ohne Erinnerungshilfen (Mat. 0_Sprechanlässe). Übungen mit steigender emotionaler, kognitiver und situativer Anforderung sind z.B. Aufgaben unter Wettbewerbsbedingungen oder unter Zeitdruck. Es bieten sich Themen an, die dem Kind sehr am Herzen liegen, an einem unvertrauten Ort, mit hoher kommunikativer Verantwortung oder die Konfrontation mit der eigenen Symptomatik oder fremden Gesprächspartnern (Wendlandt, 2003). Eine Aufgabe kann also linguistisch anspruchsvoll sein, emotional situativ jedoch wenig herausfordernd (z.B. der Therapeutin im Therapieraum eine

komplizierte Spielregel erklären) oder vice versa (z.B. einen fremden Gesprächspartner nach der Uhrzeit fragen). So wird z.B. die Achse „linguistische Schwierigkeit“ berücksichtigt, wenn eine Leistung gerade erst erworben wurde, während die Achse „emotional, situative Schwierigkeit“ eine große Rolle beim Transfer spielt. Sobald Letztere auf Situations- oder Sprechängsten beruht, entspricht sie der systematischen Desensibilisierung.

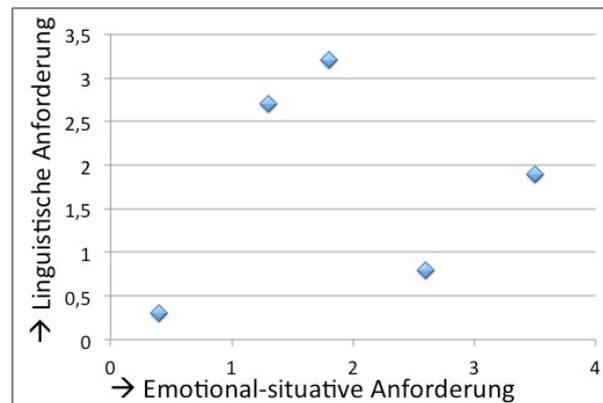


Abbildung 1: Übungen mit hierarchischer Steigerung der Schwierigkeit (in Anlehnung an Sandrieser und Schneider (2015))

Eine Stottertherapie findet eingebettet in den Lebenskontext eines Kindes und seiner Familie statt. Daher gibt es immer wieder Gründe, im Einzelfall Bereiche in die Therapie einzubeziehen, die nicht direkt zu Schul-KIDS gehören und somit der **Rahmentherapie** zuzuordnen sind. Sie kann erforderlich werden, wenn Voraussetzungen für einzelne Therapieschwerpunkte erarbeitet werden müssen, z.B. der Aufbau einer therapeutischen Beziehung oder die Verbesserung der Sensomotorik im Bereich der Artikulatoren.

Eine Rahmentherapie wird auch eingeplant, wenn Risikofaktoren bestehen, die Stottern triggern oder die Resilienz bezogen auf Stottern schwächen. Mit Resilienz ist die Eigenschaft gemeint, trotz widriger oder sogar traumatischer Erfahrungen schnell wieder eine hohe Lebensqualität zu erlangen bzw. sich weitgehend gesund weiter zu entwickeln. In Orientierung an der ICF können verschiedene Ebenen betroffen sein:

personenbezogene Faktoren, z.B. emotionale Verarbeitung belastender Erfahrungen oder verminderter Selbstwert

Umgebungsfaktoren, z. B. Beratung und Information von Personen im Umfeld des Kindes, Schulbesuch

Aktivität und Teilhabe, z.B. Problemlöseverhalten, Umgang mit Hänkeln

Wenn Therapieschwerpunkte im Bereich Rahmentherapie gelegt werden, muss transparent werden, dass sie nicht Teil der Stottermodifikation sind und gegenüber dem Kind und den Eltern begründet werden. Nicht immer kann die Rahmentherapie von der Therapeutin durchgeführt werden, z.B. bei psychotherapeutischen oder ergotherapeutischen Therapieschwerpunkten.



Mat. 0_Sprechanlässe

**Material
übergeordnet**

4.5 Wesentliche Prinzipien von Schul-KIDS

Schul-KIDS berücksichtigt die vier Prinzipien „Variable Therapieplanung, Stärkung der Resilienz, Kind-Bezug und Alltagsbezug“, die sich aus den oben genannten Anpassungen an das Schulalter ergeben.

4.5.1 Variable Therapieplanung

Auch wenn das Vorgehen nach Schul-KIDS in seinen Grundzügen festgelegt ist, muss die Therapie den individuellen Bedürfnissen und dem Behandlungsfortschritt in den unterschiedlichen Therapiebereichen angepasst werden. Als Orientierungshilfe dient hier u.a. das 3-Faktoren-Modell (Packman, 2012), modifiziert von Sandrieser und Schneider (2015), S. 40 ff).

Eine variable Therapieplanung erfordert eine kontinuierliche Beobachtung der Therapieeffekte, um die Wirksamkeit und Angemessenheit der Planung zu überprüfen. Die im Rahmen von PMS KIDS durchgeführten Untersuchungen ersetzen dabei nicht eine eigene regelmäßige Verlaufsdagnostik. Da die Therapie individuell dem Verlauf entsprechend angepasst wird, werden Kinder und Eltern kontinuierlich über die Ziele und Vorgehensweise informiert. Bei größeren Änderungen müssen Therapievereinbarungen angepasst oder neu getroffen werden. Zeigen sich keine Fortschritte, sollte nach möglichen Ursachen geforscht und die Vorgehensweise entsprechend verändert werden.

Bei der Entwicklung einer individuellen Therapieplanung sind im Laufe der Therapie verschiedene Fragestellungen hilfreich wie z.B.

Wie ist die Eltern-Kind-Beziehung und welche Unterstützung wird möglich sein?

Wie gut ist das Kind und die Familie in welchen Bereichen desensibilisiert (Thematisieren von Stottern, Symptomatik, Zuhörer, Sprechtechnik, Zeitverlust, Anders-sein etc.)?

Wie gut ist seine Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung von Sprechabläufen und zum Monitoring?

Wie gut ist seine Fähigkeit bewusst kontrollierte Sprechbewegungen auszuführen?

Wie sind die linguistischen und kognitiven Fähigkeiten?

Wie reagiert das Umfeld?

Wie sind die pragmatisch-kommunikativen Fähigkeiten und Problemlösekompetenzen?

Welche Probleme sind möglichst schnell zu bearbeiten (z.B. ungünstiges Lehrerverhalten in der Schule)?

Beispielhaft wird die Anwendung einiger dieser Fragen an zwei unterschiedlichen Kindern dargestellt:



Nick (10 J.)

Nick (10J) zeigt ein leichtes Stottern, ist kommunikativ und beteiligt sich im Unterricht. Seine schnelle Auffassungsgabe, seine hohe sprachliche Kompetenz und sein gutes Monitoring ermöglichen ihm, Symptome sprachlich sehr unauffällig zu vermeiden. Er ist sprechmotorisch sehr geschickt. Stottern wird von ihm tabuisiert. Seine Therapiemotivation ist daher eingeschränkt.

Hier ist die klassische Abfolge der Phasen sinnvoll, wobei Enttabuisierung und Desensibilisierung einen besonders wichtigen Schwerpunkt bilden. Die Identifikation hat hier vor allem ihre desensibilisierende Funktion.

Im weiteren Verlauf nimmt mit der Abnahme des Vermeidungsverhaltens die Symptommhäufigkeit zu. Nick hat seine Mitschüler über sein Stottern informiert und fühlt sich dadurch sehr entlastet. In der Modifikationsphase kann nun zügig die Prolongation erarbeitet werden. Durch sein sprechmotorisches Geschick und sein gutes Monitoring ist er in der Lage, diese anzuwenden, sobald er das erste Anzeichen eines Stottersymptoms spürt. Es zeigt sich, dass eine Desensibilisierung gegen die Prolongation nicht erforderlich ist und dass er sie immer häufiger intuitiv einsetzt. Er entscheidet sich nach gemeinsamen Überlegungen mit der Therapeutin gegen das Erlernen des Pullouts, da die verbleibenden Symptome zu kurz sind. Die Generalisierungsphase besteht nur aus wenigen Sitzungen, da er spontan viel in den Alltag übernommen hat. Allerdings wird der Zeitraum von 6 Monaten für die Nachkontrolle nicht verkürzt, sondern auf 12 Monate verlängert, da es sich auch um eine therapiebedingte vorübergehende Periode flüssigeren Sprechens (lucky fluency) handeln könnte.



Lukas (6 J.)

Lukas stottert so häufig und mit so langen angestrengten Symptomen, dass ihm kaum flüssige Äußerungen möglich sind und er nur schwer verständlich ist. Schon bei der Erarbeitung der Sprechtechnik Pseudostottern werden regelmäßig Stottersymptome ausgelöst. Zusätzlich zum Stottern liegt eine Artikulationsstörung vor. Er zeigt sich sprechmotorisch wenig geschickt und das Monitoring fällt ihm schwer. Er leidet sehr unter seinem Stottern, vermeidet kaum sprachlich, sondern vermehrt situativ oder durch Schweigen. In diesem Fall wird die Erarbeitung von Sprechtechniken (Prolongation,

Pullout) vorgezogen, um ihm die Kommunikation zu erleichtern und um ihn in die Lage zu versetzen, in der Desensibilisierungsphase überhaupt positive Erfahrungen sammeln zu können. Der Verarbeitung von belastenden Erfahrungen wird Raum gegeben, sobald Lukas dafür offen ist, wohingegen die systematische Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen erst erfolgt, sobald er Stottereignisse mit den Techniken besser kontrollieren kann.

Im Laufe der Therapie reduziert sich die Stotterhäufigkeit und auch die Desensibilisierung gegen das Pseudostottern kann begonnen werden. Hier zeigt sich, dass er aufgrund seines kommunikativen Rückzugs nur wenig pragmatische Kompetenzen und Problemlösefähigkeiten entwickelt hat. In der Rahmentherapie wird mit ihm nun – integriert in die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen - in diesem Bereich gearbeitet.

4.5.2 Stärkung der Resilienz

KIDS geht von der Prämisse aus, dass die Erlaubnis, Stottern zeigen zu dürfen, dysfunktionalen Copingstrategien vorbeugt. Wenn Kinder Stottern als Beschämung und Versagen werten, werden sie sich anstrengen, so schnell wie möglich ein Symptom zu beenden, was zu Anknüpfverhalten führen kann. Und sie werden versuchen, es von vorneherein zu vermeiden, was zu situativem und sprachlichem Vermeiden führt mit all seinen möglichen emotionalen und sozialen Konsequenzen. Scham- und Schuldgefühle, Verlust von Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstabwertung als Sprecher oder generalisiert als Person sind mögliche Folgen.

Ebenso ist eine Grundannahme von KIDS, dass Tabuisierung und Bagatellisierung von Stottern die Kinder mit ihrem Problem allein lässt und ihnen Möglichkeiten vorenthält, funktionale Copingstrategien zu entwickeln. Funktionelles Coping entsteht, indem Kinder ihre Phantasien im Gespräch mit Anderen überprüfen, sich emotional entlasten, und durch das Anvertrauen von Gefühlen und Gedanken Trost und Rückhalt holen.

Für stotternde Kinder ist die Entwicklung von Resilienz ein wichtiges Ziel, denn auch bei späterer Remission kann es zwischenzeitlich noch zu belastenden Situationen kommen und im Einzelfall ist keine Vorhersage möglich, ob eine Remission stattfinden wird. Als Resilienz wird die Eigenschaft bezeichnet, die es einem Menschen ermöglicht, trotz widriger oder sogar traumatischer Erfahrungen schnell wieder eine hohe Lebensqualität zu erlangen bzw. sich weitgehend gesund weiter zu entwickeln. Auf die Qualität der Resilienz wirken sich Risikofaktoren (z.B. Mobbing, emotionale Belastung durch Konflikte der Eltern, eigene schwere Erkrankung) und protektive Faktoren aus (z.B. positives Selbstkonzept, hohe Selbstwirksamkeitserwartung, gute Problemlösefähigkeiten und Impulskontrolle, unterstützende Familiensituation und Umgebung etc.). Resilienz ist keine angeborene Eigenschaft, sondern wird durch die wiederholte Erfahrung erworben, dass belastende Situationen gut bewältigt wurden.

In Bezug auf Stottern gibt es drei Risikofaktoren, die zugleich auch drei protektive Faktoren sein können, wenn sie positiv ausgeprägt sind (Craig, Blumgart & Tran, 2011):

das Gefühl von Selbstwirksamkeit in Bezug auf Stottern, Kommunikation, aber auch soziale Situationen. Dieses Gefühl entsteht aus der wiederholten Erfahrung von bewältigten Situationen.

soziale Kompetenz, auch im Umgang mit dem eigenen Anderssein durch das Stottern und in der Kommunikation mit Stottern

unterstützende stabile soziale Beziehungen, unabhängig vom Stottern

Funktionale Copingstrategien tragen wesentlich dazu bei, dass diese Bereiche der Resilienz sich positiv entwickeln können (Sandrieser & Schneider, 2015). Hier setzt der Therapieansatz KIDS an. Da die Chance für eine Remission bei Schulkindern abnimmt, zielt KIDS auf eine Verbesserung der Lebensqualität, der Kommunikation mit Stottern und der Sprechflüssigkeit in einem unterstützenden sozialen Netzwerk ab.

Dabei ist die Therapeutin als Person und ihre Haltung ein wichtiger Bestandteil. Ihre Überzeugungen über Stottern und die Zuversicht, dass das Kind und seine Familie etwas ändern können sind wesentliche Voraussetzungen für KIDS. Dabei sind die Vermittlung des Gefühls, in der Therapie geschützt zu sein, antithetisches Verhalten (Schlegel 1995, Sandrieser & Schneider 2015) und Erlaubnisarbeit (Sandrieser & Schneider, 2015; Schlegel, 1995) wesentliche Wirkfaktoren.

Antithetisches Verhalten meint, dass die Therapeutin ihre Überzeugungen (Antithesen), die sich von denen des Patienten (Thesen) unterscheiden, in ihrem Verhalten zum Ausdruck bringt. So ist eine positive, untersuchende, neugierige Haltung gegenüber dem Stottern und Pseudostottern eine Antithese zu einer negativen Bewertung (These) über Stottern, die zum Vermeiden führt. Durch diese Haltung und die Wahl geeigneter kleiner Schritte bei der Heranführung kann das Kind stimuliert werden, nach und nach eine neue eigene und konstruktivere These zu entwickeln. Die Erlaubnisarbeit ergänzt das antithetische Verhalten und bewirkt, dass das Kind/die Eltern nicht überfordert sind. Die hier zugrunde liegende Haltung ist Akzeptanz: Erlaubt sind die Motive und Verhaltensweisen, die daraus resultieren. Beispielsweise die Angst vor Überforderung und Beschämung und entsprechend Vermeideverhalten und Tabuisierung. Diese eigenen Lösungsversuche mit der Problematik umzugehen, werden als momentan sinnvoll angesehen. Die Therapeutin bewertet sie nicht, selbst wenn die Lösungsversuche problematischer sind als das Stottern selbst. Erst dadurch, dass die Belastung durch das Stottern und die Versuche, damit umzugehen, ernst genommen (Perspektive aus der Sicht des Kindes = erlaubt) werden, kann sich das Kind auch geschützt fühlen. Außerdem ist es wenig zielführend, einem Kind eine Strategie "wegzunehmen", wenn es als Ersatz noch keine bessere Alternative hat. Allerdings bietet die Therapeutin mit ihrem antithetischen Verhalten eine Alternative und eine Erlaubnis zum Umdenken an, in der Zuversicht, dass das Kind die richtigen Aspekte für sein Wachstum entwickeln wird. Erlaubnisarbeit darf nicht zu allgemeinem Jammern oder Beliebigkeit führen, sondern ist mit der Zuversicht zur Veränderung gekoppelt, und seien die Schritte noch so klein. Solange das Kind dem antithetischen Verhalten freudig folgt, betrifft die Erlaubnis vor allem das Entdecken und Ausprobieren neuer Denk- und Verhaltensweisen.

Die Therapeutin fordert das Kind immer wieder humorvoll und ein wenig unberechenbar heraus und foppt es, jedoch nie so, dass es als boshaft empfunden werden kann. Dies bewirkt, dass das Kind in einer liebevollen Atmosphäre lernt, flexibel mit Problemen umzugehen.

Die Therapeutin zeigt Zuversicht und Glauben an die Entwicklungsfähigkeit des Kindes, sie ermutigt, feuert an, macht Erfolge bewusst, „packt beim Ehrgeiz“ und sucht mit dem Kind Kompromisse, wenn es Aufgabenstellungen vermeiden will, statt aufzugeben. Jedes Aufgeben kann ungewollt die Botschaft vermitteln, dass auch die Therapeutin Angst hat, ein schwieriges Thema anzusprechen oder eine unangenehme Übung zu fordern, weil sie tatsächlich bedrohlich sind. Das widerspricht dem antithetischen Verhalten.

4.5.3 Kind-Bezug

Eine Stottermodifikationstherapie wie Schul-KIDS stellt eine Herausforderung für ein Kind dar. Sie stellt Anforderungen an Lernbereitschaft und ans Durchhaltevermögen und beinhaltet viele konfrontierende Aspekte. Voraussetzung für eine gelingende Therapie ist, dass sich das Kind geschützt und sicher fühlt bei allem, was in der Therapie geschieht (vgl. 4.5.2). Grundlage hierfür ist eine vertrauensvolle Beziehung zur Therapeutin. Diese kann hergestellt werden durch Interesse an der Lebenssituation des Kindes, durch gutes Zuhören und genaues Beobachten von Reaktionen des Kindes, durch kontinuierliche Absprachen mit dem Kind, damit das Kind Sicherheit empfindet, weil es an der Gestaltung der Therapie beteiligt ist.

Die Orientierung einer Therapie an den Interessen des Kindes und seiner Art, die Welt zu sehen erleichtert es dem Kind, sich auf die Therapie einzulassen, zu lernen und Eigenverantwortung zu übernehmen. Dies setzt voraus, dass die Therapeutin ihre Sicht auf das Kind kontinuierlich aktualisiert, etwa mit einem regelmäßigen Eingangsritual. Es dient dazu, den Kontakt wiederherzustellen, den aktuellen Stand und die Befindlichkeit des Kindes zu erfahren. Zudem bietet das Eingangsritual die Gelegenheit zu lernen, über Gefühle zu sprechen: Es erleichtert die Arbeit in der Desensibilisierung, wenn Kinder in der Lage sind, Gefühle und Gedanken zu reflektieren. Um dies zu üben kann für jede Stunde das gleiche Eingangsritual erfolgen. Mögliche Themen sind die aktuelle Stimmung und worauf sie zurückzuführen ist, schöne/belastende Erfahrungen der letzten Woche, der Verlauf des Stotterns oder etwas, worauf man stolz ist (Mat. 6_Rituale).

In der Vorpubertät und Pubertät grenzen sich manche Kinder stark von ihren Eltern ab und streben nach Autonomie. Häufig geht das mit Unausgeglichenheit, Rückzug oder Auseinandersetzungen

einher. Wenn Eltern für ihr Kind eine Stottertherapie planen, muss im Rahmen der Vertragsarbeit sichergestellt werden, dass das Kind auch selbst die Stottertherapie wünscht und dass die Eltern in einer konstruktiven Weise beteiligt werden (Dreiecksvertrag).

Im Laufe der Grundschulzeit verliert sich bei vielen Kindern die Unbekümmertheit im Umgang mit Stottern. Erfahrungen mit Zuhörerreaktionen verstärken die Selbstwahrnehmung des Stotterns und die abwertende Beurteilung des Sprechens bis hin zu einer umfassenderen Selbstabwertung. Der erste Verdacht taucht auf, dass das Stottern nicht weggehen könnte. Dies trifft in eine Zeit, in der viele Kinder generell seelisch verletzlich sind. Eine zuversichtliche Therapeutin, die zusammen mit Kind und Eltern Wege sucht, gut zuhört, verhandelt und verbindlich Vereinbarungen trifft gibt in dieser Situation Sicherheit und Zuversicht. Auf dieser Basis kann sich eine gute Beziehungsgrundlage entwickeln, in der Offenheit und Behutsamkeit, Transparenz und Flexibilität und die kontinuierliche Vertragsarbeit im Sinne von miteinander getroffenen Vereinbarungen wesentlich sind. So wird dem Kind immer mehr sein Teil an der Verantwortung für den Therapieerfolg bewusst.

Der Kind-Bezug von Schul-KIDS zeigt sich nicht nur in der individualisierten Planung und der Vertragsarbeit, sondern auch in der Vorgehensweise, die durch kindgerechte Metaphern und Übungen, einen kleinschrittigen Übungsaufbau und individuelle Verstärkung gekennzeichnet ist (Mat. 0_Verstärkungssysteme). Verstärkung ist notwendig, da die Kinder für manche anstrengenden oder unangenehmen Aufgaben einen Anreiz brauchen. Sie ist aber auch eine Möglichkeit, Fortschritte aufzuzeigen und dient im Sinne der Gegenkonditionierung dazu, ein neues Verhalten (z.B. offen stottern und nicht vermeiden) zu etablieren.

4.5.4 Alltagsbezug

Eine Stottertherapie muss auf den Transfer in den Alltag abzielen. Dies wird in Schul-KIDS mit In-vivo-Arbeit und Hausaufgaben erreicht. Zusätzlich werden, soweit wie möglich, unterstützende Umgebungsbedingungen hergestellt. Daher werden die Eltern an der Therapie beteiligt, die Familie und weitere wichtige Bezugspersonen einbezogen und unterschiedliche Lebensräume wie Schule, Freundeskreis und Freizeitaktivitäten berücksichtigt.

Um den Transfer sicherzustellen, werden von Anfang an Übungen außerhalb des Therapieraums durchgeführt, zunächst in einfacher Form ohne fremde Gesprächspartner, im weiteren Verlauf mit zunehmendem Anspruch (siehe Abbildung 1). Auf diese Weise wird erreicht, dass sich die Lerninhalte mental nicht ausschließlich an den Therapieraum knüpfen. Hinzu kommen regelmäßige Hausaufgaben. Sie sind ein Bestandteil von Schul-KIDS, der ganz wesentlich zum Therapieerfolg beiträgt. Anders als in der Schule oft üblich darf in die Hausaufgaben nichts ausgelagert werden, was in der Therapie nicht erarbeitet werden konnte. Sie sollten vielmehr motivierend gestaltet sein und das Kind nicht überfordern.

Hausaufgaben sind eigenständige Ziele, die geplant werden müssen und für die ausreichend Zeit während der Stunde zur Verfügung stehen muss, sowohl zur Vorbereitung als auch zur Nachbereitung mit dem Kind und ggf. den Eltern. Werden Hausaufgaben nicht gemacht, helfen Vorwürfe nicht viel. Im Sinne der Vertragsarbeit sollten die Gründe dafür ermittelt werden und gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Ziel ist hier, in die Eigenverantwortung zu locken. Denn die größere Eigenständigkeit und Unabhängigkeit von den Eltern erfordert mehr Eigenverantwortung und Initiative vom Kind.

Da Kinder bei Schul-KIDS in der Regel einmal, höchstens zwei Mal pro Woche behandelt werden, kommt den Hausaufgaben eine wichtige Trainingsfunktion zu. Daher sollte eine kurze sprechmotorische Übungssequenz im Sinne von „Fingerübungen am Klavier“ ein Bestandteil jeder Stunde sowie gleichzeitig eine regelmäßige Hausaufgabe sein. Beispiele hierfür sind kurze Übungssequenzen zur artikulatorischen Phonetik, zum Pseudostottern, zur Prolongation oder zum Pullout.

Die Elternbeteiligung ist grundsätzlich Bestandteil von Schul-KIDS. In der Vertragsarbeit zu Beginn und auch im späteren Therapieverlauf wird geklärt, ob und in welchem Maße die Eltern dazu bereit sind, das Kind bei seinen Hausaufgaben zu unterstützen und inwieweit das Kind dies annehmen kann. Das bedeutet, dass die Eltern zumindest zeitweise in die Stunde einbezogen werden müssen.

Neben dem Einbezug in die Sitzungen mit dem Kind und die Hausaufgaben finden in regelmäßigen Abständen Beratungstermine ohne das Kind statt. Hier geht es u.a. um Sorgen der Eltern, um Information und den Umgang mit Stottern, die eigene Desensibilisierung, aber auch um die Rolle der Eltern als Informationsvermittler in der Umgebung des Kindes.

Die Schule spielt in der Stottertherapie eine besonders wichtige Rolle, da hier häufig die größte Belastung durch das Stottern besteht und die stärkste Tabuisierung stattfindet. Kind und Eltern werden zu ihrer Einschätzung der Schulsituation, zum Informationsgrad der Lehrer und zu ihren bisherigen Maßnahmen in Bezug auf das Stottern in der Schule befragt. Die Therapeutin informiert die Eltern bzgl. Stottern und Schule und versorgt sie mit Informationsmaterial bzw. nennt Bezugsquellen. Zusätzlich berät und befähigt sie die Eltern, so weit wie möglich die Schulsituation für das Kind selbst zu klären. Sie nimmt – nach vorheriger Schweigepflichtentbindung – selbst Kontakt zur Schule auf, um als Spezialistin Fragen direkt zu klären (z.B. bzgl. Nachteilsausgleich). Sie übernimmt aber nichts, wofür die Eltern selbst verantwortlich sind. Selbst wenn das Kind oder die Eltern von sehr ungünstigem Lehrerverhalten berichten, sollte die Therapeutin dem Lehrer unvoreingenommen begegnen. Im Sinne einer Unterstützung für die Therapie kann sie um Informationen über die soziale Integration und Rolle des Kindes in der Klasse, das Sprech- und Stotterverhalten, Lehrerreaktionen auf das Stottern, mündliche Beteiligung im Verhältnis zur schriftlichen Leistung und Art der mündlichen Leistungsmessung bitten. Häufig fragen die Lehrer dann selbst nach Hinweisen zum Umgang mit dem Stottern, dem Umgang mit mündlicher Beteiligung und Leistungsmessung sowie nach Therapieinhalten. Die Therapeutin informiert über KIDS und beschreibt den aktuellen Stand der Therapie, gibt Ausblick auf Auswirkungen der Desensibilisierung und der Modifikation und bietet – bei Zustimmung von Eltern und Kind einen Schulbesuch an. Hier informiert das Kind mit Unterstützung der Therapeutin die Klasse.

Weitere relevante Bezugspersonen wie Großeltern oder Freunde werden bei Bedarf einbezogen, um Umgebungsfaktoren positiv zu beeinflussen.



Mat. 0_Verstärkungssysteme
Mat. 6_Rituale

**Material
übergeordnet**

5 Rahmenbedingungen (in PMS KIDS)

5.1 Indikation

Jedes Kind kann an PMS KIDS teilnehmen, wenn es zu Beginn der Studie zwischen 7 und 11 Jahren alt ist (Grundschulklasse 1-4) es in der ersten Untersuchung im Fragebogen OASES-S eine mindestens milde bis mäßige Beeinträchtigung durch das Stottern zeigt (wird von einem Projektmitarbeiter festgestellt) und

Sie als Therapeutin die deutschen Sprachkenntnisse der Familie für eine Therapie nach KIDS als ausreichend ansehen.

Ein Kind kann nicht teilnehmen, wenn weitere neurologische, sprachliche, emotionale oder verhaltensbezogene Auffälligkeiten bestehen, die nach Ihrer Einschätzung die Durchführung einer Stottertherapie nach KIDS verhindern. Eine Therapie weiterer Auffälligkeiten (z.B. Sprachtherapie, LRS-Therapie) darf parallel zur Stottertherapie erfolgen, jedoch nicht in der gleichen Therapieeinheit. Kinder, die bereits bei Ihnen in Behandlung sind kommen für die Teilnahme an PMS KIDS nicht in Frage. Hingegen können Kinder durchaus an PMS KIDS teilnehmen, wenn sie in der Vergangenheit eine Stottertherapie erhalten haben. Es sollte lediglich sicher sein, dass die erneute Anmeldung nicht nur erfolgt, um einzelne spezifische Therapieinhalte (z.B. Techniken) aufzufrischen.

5.2 Wartezeit

Entgegen der üblichen Vorgehensweise beginnt in PMS KIDS die (zufällig ausgeloste) Hälfte aller teilnehmenden Kinder ihre Stottertherapie nach einer Wartezeit von 3 Monaten. Sollten Sie während dieser drei Monate zu dem Entschluss kommen, dass bei einem spezifischen Kind ein sofortiger Therapiebeginn notwendig ist, melden Sie der Projektkoordinatorin den Ausstieg des Kindes aus der Studie und beginnen eine studienunabhängige Therapie. Für die dreimonatige Wartezeit dürfen Sie den Eltern Informationsmaterial über Stottern schicken oder auf Informationsmaterial wie Elterngeräte verweisen. Eine telefonische Beratung in der Wartezeit ist nicht vorgesehen. Bei Bedarf können die Eltern Kontakt mit der Projektkoordinatorin oder Ihnen aufnehmen, um die Notwendigkeit und das passende Vorgehen zu besprechen.

5.3 Frequenz

KIDS wurde vorrangig als ambulante Therapie konzipiert, bei der mindestens eine Behandlungssitzung á 45 Minuten pro Woche empfohlen wird (Sandrieser & Schneider, 2015). Je nach Therapiephase kann dabei eine höhere (z.B. Desensibilisierung) oder niedrigere Frequenz (z.B. Stabilisierung) sinnvoll sein.

Im Rahmen von PMS KIDS wird aufgrund des Vergleichs mit der Warte-Therapiegruppe für die ersten drei Monate eine Frequenz von einer 45-minütigen Sitzung pro Woche vorgegeben. Die Sitzung kann mit dem Kind oder aber in Form einer Elternberatung stattfinden. Im Anschluss kann die Therapeutin entscheiden, ob eine oder zwei wöchentliche Sitzungen á 45 Minuten indiziert sind, und die Frequenz auch im Therapieverlauf variieren. Dabei sind die Vorgaben der Verordnung durch den Arzt einzuhalten.

5.4 Therapiepausen bzw. -ausfälle

Vereinzelte Therapieausfälle durch Krankheit, wichtige Ereignisse und/oder Ferien gehören zu einer Therapie dazu und werden für PMS KIDS lediglich über die Therapiedokumentation erfasst. Für den Vergleich mit der Warte-Therapiegruppe sollten in den ersten 14 Wochen minimal 10 Therapieeinheiten absolviert werden. Eine vorzeitige Beendigung der Studienteilnahme bzw. ein Ausschluss von Probanden aus der Studie erfolgt nur wenn die Therapie für mehr als 6 Wochen am Stück unterbrochen wird oder wenn an zwei aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten keine Datenerhebung möglich ist.

5.5 Kriterien für das Therapieende

Das Therapieende ist aus Therapeutesicht erreicht, wenn eine Remission vorliegt oder nur leichtes Reststottern besteht.

Nach den aktuellen Leitlinien liegt eine Remission vor

- ✓ wenn der oder die Betroffene ohne Einsatz von Sprechtechniken oder mentalen Hilfen spontan flüssig spricht bzw. die Unflüssigkeiten denen nicht-stotternder Sprecher entspricht (DGPP, 2017) und
- ✓ wenn diese symptomfreie Sprechflüssigkeit über mindestens 12 Monate anhält

Merkmale eines leichten Reststotterns sind

- ✓ Symptome unter ½ Sek. ohne Anstrengungsverhalten und
- ✓ keine bzw. nur geringe innere Symptome

Bei der Entscheidung für das Therapieende können die Remissionskriterien nicht berücksichtigt werden, da nicht vorhersehbar ist, ob ein Kind eine vorübergehende Symptommfreiheit zeigt oder sich in einer tatsächlichen Remission befindet. Für KIDS wird empfohlen, bei Symptommfreiheit oder nur leichtem Reststottern im Therapieverlauf die Therapie zunächst für einen Monat fortzuführen und zu überprüfen ob die Symptommfreiheit in allen Lebenskontexten besteht. Sollte dies der Fall sein, kann zunächst eine Therapiepause vereinbart werden. Für die Pause wird ein Vertrag geschlossen, in dem die Anzahl und Abstände von Kontrollterminen festgelegt werden und die individuellen Kriterien für eine eventuelle Wiederaufnahme der Therapie vereinbart werden. In dieser Phase der sich ausschleichenden Therapie kommen die Therapeutin, die Eltern und das Kind irgendwann zu der Übereinkunft, dass eine Beendigung der Therapie gewünscht und sinnvoll ist. Hierbei ist es wichtig, dass die Interessen aller Beteiligten ausreichend berücksichtigt werden.

6 Diagnostik (in PMS KIDS)

Im Rahmen von PMS KIDS erfolgt zu verschiedenen Zeitpunkten (siehe 6.1) eine Diagnostik durch die Projektmitarbeiter. Diese ersetzt nicht die Diagnostik des behandelnden Therapeuten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit für eine Therapieplanung. Beispielsweise wird von den Projektmitarbeitern kein Anamnesegespräch durchgeführt. Die erhobenen Daten (Spontansprachproben, OASES-S, Schweregradeinschätzungen) können, vorausgesetzt das Einverständnis der Eltern liegt vor, zu allen Zeitpunkten der behandelnden Therapeutin zu eigenen Auswertungszwecken zur Verfügung gestellt werden. Die Erhebung weiterer Spontansprechproben und/oder die Abnahme weiterer Tests, Fragebögen oder Beobachtungsverfahren bleibt den Therapeuten freigestellt. Ebenso dürfen die Therapeuten entscheiden, ob sie bei der Eingangsdiagnostik anwesend sein möchten, um ggfs. die Diagnostik weiterzuführen oder ein Anamnesegespräch anzuschließen.

6.1 Zeitverlauf der Diagnostik

In PMS KIDS sind eine Eingangsdiagnostik sowie mehrere Verlaufsdagnostiken vorgesehen (siehe Abbildung 2). Die Kinder der Therapiegruppe, die ihre Stottertherapie sofort beginnen, erhalten eine Eingangsdiagnostik und im Therapieverlauf Verlaufsdagnostiken nach 3, 6 und 12 Monaten. Bei den Kindern der Warte-Kontrollgruppe erfolgt eine Eingangsdiagnostik, sobald das Einverständnis zur Studienteilnahme vorliegt und eine zweite Eingangsdiagnostik nach 3 Monaten. Die Zeitpunkte für die Verlaufsdagnostiken sind identisch mit der Therapiegruppe: 3, 6, und 12 Monate nach Therapiebeginn.

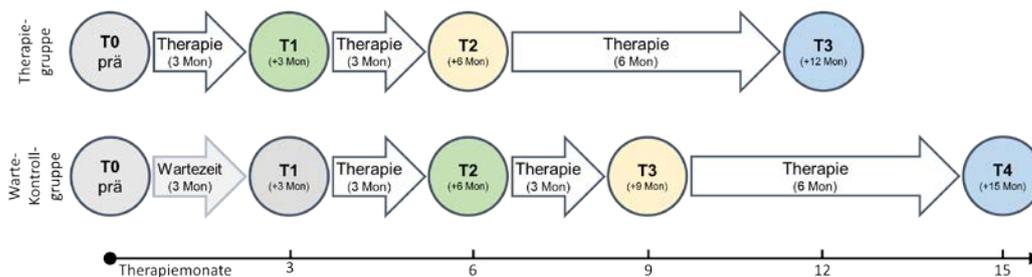


Abbildung 2: Messzeitpunkte T0 (Eingangsdiagnostik) bis T4 (Verlaufsdagnostik)

6.2 Diagnostikverfahren und -instrumente

Pro Messzeitpunkt (T0 bis T4) erheben die Eltern und die wissenschaftlichen Mitarbeiter vor Ort Daten. Mit der Teilnahme Einwilligung in die Studie verpflichten sich die Eltern zu jedem Messzeitpunkt im häuslichen Umfeld zwei Audioaufnahmen vom Sprechen ihres Kindes zu erstellen; hierfür erhalten sie eine App für ihr Smartphone oder können ein Diktiergerät nutzen. Eine Sprechsituation sollte ein Gespräch zwischen Eltern und Kind zu Hause und eine weitere sollte ein Gespräch des Kindes mit einem nicht-verwandten Erwachsenen an einem anderen Ort sein. Als Mindestlänge pro Gespräch werden 10 Minuten festgelegt; zusätzlich erhalten die Eltern ein Merkblatt mit relevanten Hinweisen (z.B. bezüglich möglichst hoher Redeanteile des Kindes). Die Audioaufnahmen werden an den wissenschaftlichen Mitarbeiter übergeben oder über die App direkt an das Projektteam gesendet.

Des Weiteren führt ein wissenschaftlicher Mitarbeiter in der behandelnden Einrichtung mit dem Kind zu jedem Messzeitpunkt ein Gespräch zu standardisierten Themen. Dieses Gespräch wird auf Video aufgezeichnet und sollte bezüglich der Länge den oben genannten Kriterien entsprechen. Kinder, deren Lesefähigkeiten hinsichtlich Geschwindigkeit ausreichen, werden außerdem gebeten, einen, dem Lesealter angepassten, Text laut vorzulesen. Beide Sprechproben bilden die Grundlage für die spätere Auswertung anhand des SSI-4 (Riley, 2009). Im Anschluss an Gespräch und Vorlesen wird der OASES-S (Euler, Kohmäscher, S. Cook, C. Metten & Miele, 2015) abgenommen: je nach Alter des Kindes werden die Items vorgelesen oder das Kind liest eigenständig. Von den Eltern wird eine skalenbasierte Einschätzung des aktuellen Schweregrads des Stotterns (0 = kein Stottern; 10 =

extrem schweres Stottern) sowie der Zufriedenheit mit der Kommunikation im Alltag erbeten. Die Gesamtdauer der Datenerhebungen beträgt jeweils maximal 1 Stunde.

Teil 2: Praktische Umsetzung von Schul-KIDS

Alle Varianten der Stottermodifikation nach Van Riper haben einen ähnlichen Aufbau mit den Phasen Identifikation, Desensibilisierung, Modifikation und Generalisierung. Wie unter „variable Therapieplanung“ dargestellt, geht es beim Ansatz Schul-KIDS darum, die Abfolge individuell anzupassen und sich nicht einem starren Phasenmodell unterzuordnen. Abweichungen sollten individuell begründbar sein. Beispielsweise kann es sinnvoll sein, Elemente der Modifikation parallel zum Üben an der Identifikation anzubieten. Auf die Notwendigkeit auch in späten Therapiephasen erneut zu desensibilisieren wurde oben bereits verwiesen.

Die folgenden Abbildungen vermitteln, wie die Phasen ineinander übergehen und, wenn erforderlich, individuelle Verschiebungen möglich sind. In Abbildung 3 ist der übliche Verlauf von Schul-KIDS dargestellt. Innerhalb einer Zeile bedeutet eine hohe Farbfläche, dass in der betreffenden Phase ein Schwerpunkt liegt, eine niedrige Farbfläche stellt dar, dass die Inhalte dieser Phase deutlich weniger Raum einnehmen. Konkret bedeutet dies, dass in einer Therapiesitzung Elemente verschiedener Phasen thematisiert werden können.

Die Standardtherapie nach KIDS beginnt mit dem Abschluss eines Therapievertrags (Information- und Vertragsphase). Daran anschließend wird die Elternarbeit für den gesamten weiteren Therapieverlauf fortgeführt. Als zweite Phase schließt sich die Desensibilisierung mit dem Schwerpunkt Enttabuisierung an, die die Grundlagen für die weitere Therapie legt. Es folgt die Desensibilisierung gegen die eigene Symptomatik (anhand von Pseudostottern) und parallel deutlich weniger intensiv die Identifikation (artikulatorische Phonetik und Symptomanalyse). Desensibilisierung und Identifikation erfolgen auch im weiteren Verlauf parallel. Die Modifikation (Erarbeitung der Prolongation) kommt hinzu, sobald anhand der Erarbeitung der artikulatorischen Phonetik ausreichende Grundlagen gelegt wurden. Bei der Einübung der Prolongation (Modifikation) intensiviert sich parallel die Identifikation (Symptomregistrierung). Wenn in der Modifikation der Pullout erarbeitet wird, treten die anderen Phasen in den Hintergrund, bis die Desensibilisierung gegen die Sprechtechniken erfolgt. Die Generalisierung läuft fast von Anfang an parallel und wird erst im letzten Abschnitt zum Schwerpunkt. Nachsorge und Auffrischungen folgen nach dem Therapieende. Information und Vertrag sind hier durchgehend eingezeichnet, da sie zu jeder Zeit des Therapieverlaufs möglich sind. Die Rahmentherapie findet nur bei Bedarf statt, könnte im Einzelfall also auch wegfallen.

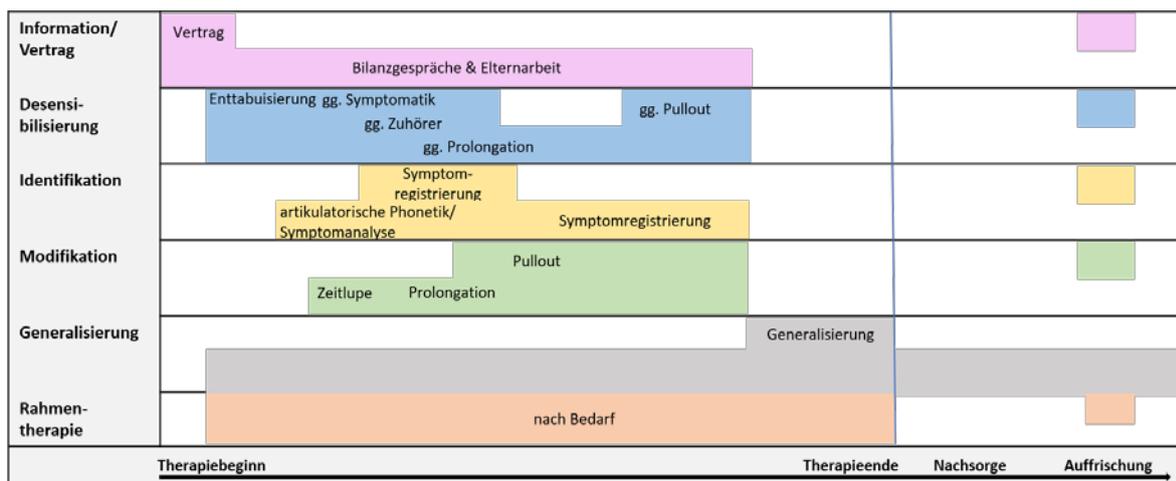


Abbildung 3: Standardablauf der Therapiephasen von Schul-KIDS

Von dieser Grundstruktur kann in begründeten Fällen abgewichen werden, beispielsweise wenn in der Desensibilisierung das Pseudostottern schon bei niedrigster sprachlicher und emotional-situativer Anforderung systematisch Kontrollverlust und somit echte Symptome auslöst (Abbildung 4). Dann wird sehr schnell mit der Identifikation und Modifikation begonnen, denn die Arbeit am

Pseudostottern würde das Gefühl des Kontrollverlustes nur verstärken. Die Desensibilisierung wird dann erst später in Verbindung mit der Generalisierung der Sprechtechniken zum Schwerpunkt.

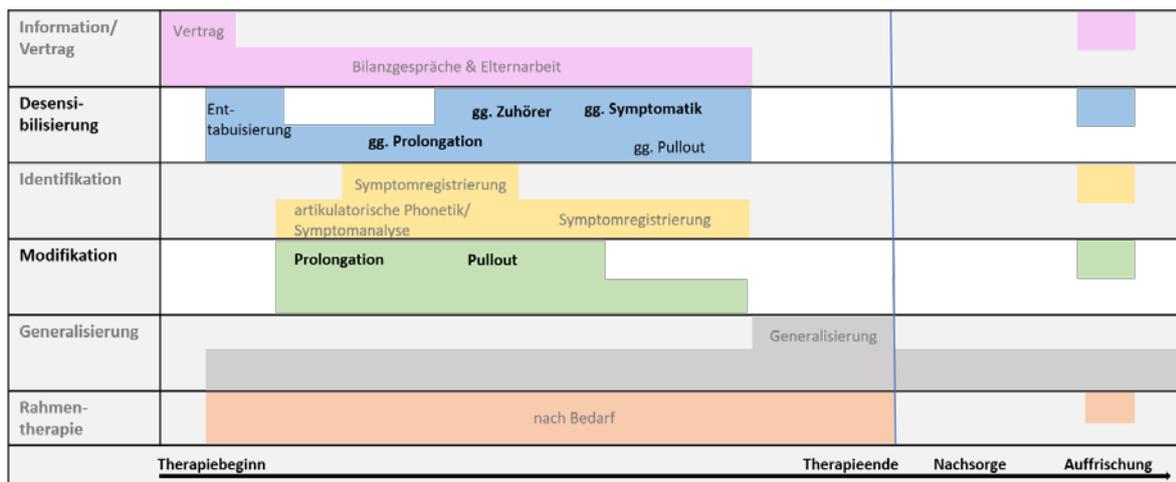


Abbildung 4: Ablauf der Therapiephasen bei vorgezogener Modifikation und Kontrollverlust im Pseudostottern

An einem Fallbeispiel von einem elfjährigen Jungen mit verdecktem Stottern lässt sich erkennen, wie ausgeprägt im Einzelfall die Veränderung der Grundstruktur sein kann (Abbildung 5). Hier wurde der Schwerpunkt auf die Desensibilisierung gelegt, die Modifikation wurde aufgrund der leichten Symptomatik nicht durchgeführt. Elternberatung und Rahmentherapie hatten große Bedeutung.

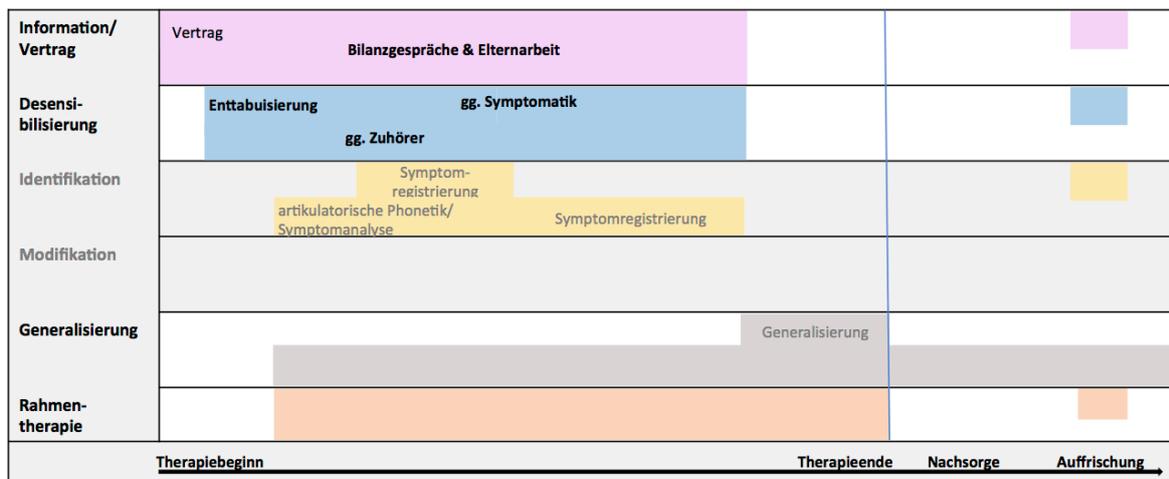


Abbildung 5: Ablauf der Therapiephasen bei verdecktem sehr leichtem Stottern

Beispiel

**verdecktes
sehr
leichtes
Stottern**

Carol (11 Jahre) wird wegen Schulproblemen auf Grund von verdecktem Stottern vorgestellt. Er ist sehr belastet, ständig das Stottern verbergen zu müssen und spielt deshalb den Klassenclown („Besser ich mache Quatsch als dass die merken, dass ich stottere“). Er ist in der Klasse akzeptiert und wird nicht gehänselt. Er vermeidet situativ und sprachlich (leise, undeutliche Sprechweise, überwiegend kurze Äußerungen, Umformulierungen). Sehr selten treten kurze kaum erkennbare Teilwortwiederholungen und Blockierungen auf. Der SSI ergibt ein „sehr leichtes Stottern“. Es ist Carol sehr unangenehm, über Stottern zu sprechen oder Stottern beim Untersucher zu beobachten. Im Angstfragebogen für Schüler hat er hohe Werte. Er bezeichnet sich als Versager und äußert große Angst, Fehler zu machen. Sein Therapieziel ist, beim Sprechen mutiger zu werden, damit er Freunde finden und sich mehr am Unterricht beteiligen kann.

In der Elternberatung werden die verstärkenden Prozesse des Vermeideverhaltens untersucht. Die Eltern stellen daraufhin häufiger Anforderungen an ihn. Außerdem wird wegen der Angstkomponente eine Kinderpsychotherapie eingeleitet. In der Enttabuisierung erkennt C. die Zusammenhänge von Stottern, Vermeideverhalten und Angst. Die Desensibilisierung gegen die Symptomatik (Konfrontation mit Pseudostottern und mit Videos von echter Symptomatik anderer) verläuft sehr kleinschrittig. Um Erfolge zu vermitteln, wird vor allem desensibilisiert, In-vivo-Sprechsituationen (ohne Pseudostottern) zu wagen. Dadurch nimmt die Motivation sehr stark zu. Phantasien über angstausslösende Situationen werden in Rollenspielen bearbeitet. Die Identifikation (Artikulatorische Phonetik, Analyse des eigenen Sprechens, Vermeideverhaltens und Stotterns) fällt ihm leichter. Auch ohne Vermeidung hat er keine längeren oder angestregten Symptome. Daher wird vorerst keine Modifikation (Prolongation) eingeplant. Die Enttabuisierung fortgeführt und der Kontakt zu einem stotternden Gleichaltrigen hergestellt.

Die Schule ist für C. eine besondere Belastung. Er ist nicht zu einem Schulbesuch bereit. Durch Gespräche mit dem Klassenlehrer kann die Schulsituation positiv beeinflusst werden. Kurze Zeit darauf wird die Therapie beendet, da das Ziel erreicht wurde. C. vermeidet kaum noch Situationen, wagt in vivo kurzes Pseudostottern und bekommt auch aus der Schule positive Rückmeldungen zur mündlichen Mitarbeit.

Im Nachsorgezeitraum nimmt das situative Vermeiden in der Schule wieder leicht zu. Er empfindet das Vermeiden jedoch nicht mehr als Belastung. Die Symptomatik ist gleichbleibend leicht. Eine Auffrischung ist nicht erforderlich.

1 Information, Vertrag und Elternbeteiligung

Die Phase Information, Vertrag und Elternbeteiligung ist zu Beginn der Therapie äußerst wichtig, durchzieht aber die gesamte Therapie. „Eltern“ steht verallgemeinernd für die Bezugspersonen, die für die Therapieentscheidung verantwortlich sind und sie mittragen und kann z.B. auch die Großeltern betreffen.

Mit einem Vertrag sind das Therapiemandat von Eltern und Kind sowie die daraus resultierenden Vereinbarungen gemeint. Er muss nicht zwingend schriftlich festgelegt werden, aber eindeutig, konkret, positiv und einfach formuliert sein und von allen Beteiligten bestätigt werden (Sandrieser & Schneider, 2015). Es ist ratsam das übergeordnete Endziel und Teilziele zur Erhöhung der Verbindlichkeit der Vereinbarung schriftlich festzuhalten.



Vertrag

Endziel: Jan spricht gelassen mit normalen Unflüssigkeiten oder mit lockeren entspannten kurzen Stotterersymptomen. Er ist selbstsicher beim Sprechen und bewältigt Stotterereignisse in einer guten und konstruktiven Weise. Er ist in der Lage, andere über Stottern zu informieren und sich gegen Hänkeln abzugrenzen. Er kann in der Schule mündlich mitarbeiten, ohne durch das Stottern eingeschränkt zu sein. Die Eltern unterstützen Jan bei seinen Hausaufgaben, fühlen sich sicher in der Einschätzung und dem Umgang mit dem Stottern. Sie kennen angemessene Möglichkeiten, ihn zu unterstützen, auch in der Schule.

Ein Therapievertrag bezieht Eltern, Kind und Therapeutin ein. Im Gespräch mit dem Kind und den Eltern werden die Zielsetzung, der Therapieauftrag und die Vorgehensweise geklärt und eine gemeinsame Übereinkunft zur Therapie formuliert (Therapievertrag). Bis ein guter Therapievertrag zwischen Eltern, Kind und Therapeutin (Dreiecksvertrag) etabliert ist, können mehrere Termine vergehen.

Beim Abschluss des Vertrages geht es auch darum, geheime Anliegen aufzudecken und anzusprechen. Diese werden von den Eltern/dem Kind gegenüber der Therapeutin nicht veröffentlicht, entweder, weil sie ihnen selbst nicht bewusst sind oder weil sie offenkundig den Interessen des Therapiekonzeptes oder der Therapeutin zuwiderlaufen würden. Beispielsweise wird die Therapie zwar als sinnvoll und zielführend angesehen, soll aber im Geheimen stattfinden, so dass weder in der Schule noch von Anderen eine Veränderung bemerkt wird.

Ein Vertrag, der zu Beginn der Therapie geschlossen wurde, kann nicht für die gesamte Behandlungszeit gelten. Die Symptomatik ändert sich, der Leidensdruck, ggf. auch die äußeren Bedingungen wie eine veränderte Schulsituation. Zudem können sich bisher unerkannte geheime Anliegen zeigen. Um dieser Dynamik gerecht zu werden, führt man in regelmäßigen Abständen und bei auftauchenden Problemen Bilanzgespräche durch, die auch zu kleineren oder größeren Vertragsrevisionen führen können.

1.1 Voraussetzungen

Es wurde in der Diagnostik ein behandlungsbedürftiges Stottern nach den Einschlusskriterien der Studie festgestellt. Außerdem haben die relevanten Verantwortlichen (nach Möglichkeit beide Eltern, in Ausnahmefällen auch Großelternanteil oder andere verantwortliche Bezugsperson) zugestimmt, sich an der Therapie zu beteiligen. Alle für das Kind verantwortlichen Bezugspersonen kennen und akzeptieren das Konzept, damit sie es nicht aus Unverständnis im Laufe der Therapie ablehnen und das Kind verwirren oder gar die Therapie abbrechen (Sandrieser & Schneider, 2015).

1.2 Ziele

1. Die Eltern sind über den Befund, das darauf bezogene Therapiekonzept KIDS und die Ziele der Therapie informiert.
2. Das Kind ist über Stottern, das Therapiekonzept und die generellen Therapieziele aufgeklärt.
3. Der Therapieauftrag (Mandat) von Eltern und Kind an die Therapeutin ist geklärt.
4. Eventuelle geheime Anliegen werden festgestellt.
5. Ein Dreiecksvertrags mit individuellen realistischen Zielen, konkretem Vorgehen und Verteilung von Verantwortlichkeiten wird abgeschlossen.

1.3 Vorgehensweise

Im Folgenden wird nacheinander das Vorgehen mit den Eltern und dem Kind beschrieben. Am Schluss folgt die Erarbeitung des gemeinsamen Dreiecksvertrags.

Tabelle 3: Übersicht über die Vertrags- und Informationsphase

Stunden- umfang in TE*	Ziel	Inhalte
1-2	Aufklärung der Eltern und Vertrag (1.3.1)	Besprechung der Untersuchungsergebnisse und gemeinsame Interpretation Information, Verhandlung und Vereinbarung zu <ul style="list-style-type: none"> - Mandat - Ziele - Vorgehensweise - Ressourcen (Sitzungsfrequenz, Hausaufgaben) - Schulsituation - relevante Personen - Verantwortlichkeiten - Organisatorisches
1-2	Aufklärung des Kindes und Vertrag (1.3.2)	Information, Verhandlung und Vereinbarung zu <ul style="list-style-type: none"> - Kern- und Begleitverhalten - Untersuchungsergebnisse - Istzustand - Ziele - Schulsituation - Vorgehensweise - Mandat - relevante Personen - Ressourcen (Sitzungsfrequenz, Hausaufgaben) Erstellen eines schriftlichen Vertrags Kindgerechte Darstellung der Vorgehensweise (Metapher, ggf. über mehrere Stunden herstellen)
(1) fakultativ	Klärung der Schulsituation (1.3.1)	Bei problematischer Schulsituation ggf. Zeit für ausführlichere Besprechung der Schulsituation einplanen. (vgl. 2.4.1)
1	Abschließen eines Dreiecksvertrags (1.3.3)	Gemeinsamer Austausch bzgl. <ul style="list-style-type: none"> - Mandat - Zielen - Vorgehensweise Austausch über die Schulsituation und gemeinsame Planung erforderlicher Schritte Austausch über relevante Personen und ggf. gemeinsame Planung erforderlicher Schritte Aushandeln und Vereinbarung von Sitzungsfrequenz, Verantwortlichkeiten, Hausaufgaben, Vereinbarung von Terminen für Bilanzgespräche

*Stundenumfänge sind Orientierungswerte

1.3.1 Aufklärung der Eltern und Vertrag

Am Beginn steht die Information der Eltern über die Ergebnisse der Befundung, die Begründung der Therapienotwendigkeit sowie die Einordnung in die bestehenden Therapieansätze. Hierbei werden auch die nötigen Basisinformationen zum Stottern vermittelt (Mat. 1_Basisinformationen Stottern). Es folgt die gemeinsame Beschreibung und Einordnung der Spontansprache anhand eines Videos, bei ausreichend Zeit der Vergleich mit Videos anderer stotternder Menschen (Mat. 3_Videobeispiele Stottern).

Im Anschluss werden die Ziele der Eltern erfragt und den Zielen und der Vorgehensweise von KIDS gegenübergestellt (Mat. 1_Elterninfo KIDS). Das Ziel, selbstbewusst zu kommunizieren, können so gut wie alle Eltern unterstützen. Schwer fällt in der Regel, zu akzeptieren, dass das Stottern bleiben wird und dass es um einen möglichst guten Umgang mit dem Stottern geht, die sich in leichteren und selteneren Symptomen und einem Kontrollgefühl äußert. Es bewährt sich, offen über den verständlichen Wunsch nach Heilung zu sprechen und darüber, dass diese nicht vorhergesagt werden kann. In diesem Alter sind gute Copingstrategien mit Stottern wahrscheinlicher als eine Heilung. Auch die Konfrontation in der Desensibilisierung und das Pseudostottern als "paradoxe Intervention" werden sorgfältig vermittelt und Bedenken und Vorbehalte ernst genommen, indem man gemeinsam nach Lösungen sucht (z.B. kleinschrittigeres Vorgehen, Hausaufgabengestaltung etc.). Können die Eltern sich nicht vorstellen, selbst pseudostottern zu lernen, ist zumindest sicherzustellen, dass sie es ihrem Kind zutrauen und es inhaltlich gutheißen. Wenn nicht, wäre das ein Ausschlusskriterium für das Vorgehen nach KIDS. Sofern nicht schon durch die Anamnese bekannt, sind die Schulsituation (auf die Schule bezogene Therapieziele, Belastung durch Schule, Freunde, Informationsgrad der Lehrer, mündliche Leistungen, Dringlichkeit zu handeln) und die Relevanz weiterer Personen zu klären. Um zu prüfen, ob eine Therapie zum jetzigen Zeitpunkt realistisch ist, werden die Ressourcen festgestellt, die der Familie zur Verfügung stehen (Sitzungsfrequenz, Hausaufgaben, mögliche weitere Unterstützer).

Nun werden zur Vorbereitung des Dreiecksvertrags die Verantwortlichkeiten besprochen:

1. Das Kind ist verantwortlich für Mitplanung und Rückmeldung, Information über die aktuelle Situation und vor allem für den Einsatz in der Therapie und für den Transfer (Hausaufgaben).
2. Die Eltern übernehmen die Verantwortung für den organisatorischen Rahmen (Verordnung, in die Praxis bringen etc.), Teilnahme an Elterngesprächen zum Erwerb von Fachwissen, zur Mitplanung und Rückmeldung über Therapieeffekte, dem Bericht über den aktuellen Stand aus ihrer Sicht, Kontakt zu Schule bzw. weiteren Personen/Institutionen, ggf. Teilnahme an den Sitzungen des Kindes und Unterstützung der Hausaufgaben.
3. Die Therapeutin führt durch die Therapie, vermittelt Zuversicht, Wissen und Fähigkeiten, leitet Kind und Eltern zu möglichst viel Eigeninitiative an und achtet darauf, dass auch anstrengende Themen gut bewältigt werden können.

Außerdem wird auf die stetige Anpassung des Therapievertrags und die dafür erforderlichen Bilanzgespräche hingewiesen.

Sobald die Eltern ausreichend informiert sind, wird geklärt, ob sie das Therapiemandat sofort erteilen wollen oder ob sie noch eine Bedenkzeit bis zu einem vereinbarten Zeitpunkt wünschen. Bei Bedenken fehlen möglicherweise Informationen oder es liegen ungeklärte geheime Anliegen vor. Zum Schluss des Termins werden organisatorische Fragen besprochen und schriftliches Informationsmaterial mitgegeben (siehe unten: Material Aufklärung Eltern). Erst wenn das Therapiemandat gegeben wurde, kann der Termin zur Vertragsfindung mit dem Kind stattfinden.



Mat. 1_Basisinformationen Stottern
Mat. 1_Elterninfo KIDS
Mat. 3_Videobeispiele Stottern

Material
Aufklärung
Eltern

1.3.2 Aufklärung des Kindes und Vertrag

Mit Schulkindern wird in jedem Fall ein Vertrag über die Stottertherapie gemacht, da sie diejenigen sind, die am meisten von der Therapie betroffen sind. Sie werden darüber informiert, dass sich die Eltern für Schul-KIDS entschieden haben. Damit sie den Vertrag aktiv mitgestalten können, wird ein Minimum an Grundlagenwissen, die Definition von Stottern, der Kontrollverlust und das Kern- und Begleitverhalten mit der entsprechenden Nomenklatur, vermittelt. Mögliche Verfahren sind das Anstoßexperiment (Mat. 2_Anstoßexperiment), das Zwiebelschalenmodell (Mat. 2_Zwiebelschalenmodell) und die Analyse von fremdem und ggf. eigenem Stottern (Mat. 2_Erstes Analysieren von Stottern). So werden das Stottern und die emotionalen Reaktionen enttabuisiert, wodurch eine Istzustands- und Zielanalyse leichter wird (Mat. 1_10 Blätter-Skala). Damit es den Vertrag aktiv mitgestalten kann, entwickelt das Kind zunächst seine Zielvorstellungen. Anschließend wird kurz und anschaulich erklärt, wie die Prognose ist, welche Ziele realistisch sind und wie die Therapie nach Schul-KIDS sie erreichen kann (Mat. 1_Kurzinfo Kind zu KIDS, Mat. 1_Metaphern Vertrag). Es wird ein Therapievertrag geschlossen (Mat. 1_Beispielvertrag), der nach der mehrstündigen Enttabuisierung am Beginn der Desensibilisierung genauer ausgestaltet werden kann.

Bei Kindern, die sich (noch) nicht auf die Therapie einlassen möchten, kann ein vorläufiger Vertrag bis zum Ende der Enttabuisierung geschlossen werden und dann erneut besprochen werden, ob sich das Kind eine Therapie vorstellen kann.



Material
Aufklärung
Kind

Mat. 2_Anstoßexperiment
Mat. 2_Zwiebelschalenmodell
Mat. 3_Erstes Analysieren von Stottern
Mat. 1_10 Blätter-Skala
Mat. 1_Kurzinfo Kind zu KIDS
Mat. 1_Metaphern Vertrag
Mat. 1_Beispielvertrag

1.3.3 Abschließen eines Dreiecksvertrags

Die Grundlage für die Therapie ist der Dreiecksvertrag, in dem hinsichtlich der Zielsetzung und der Vorgehensweise eine Übereinstimmung aller Parteien oder zumindest eine wechselseitige Akzeptanz festgestellt wird. Ein weiterer Inhalt ist die Klärung, wer wofür verantwortlich ist (z.B. Hausaufgaben, Bringen und Abholen, Mitbringen von Unterlagen). Durch den Dreiecksvertrag wird eine höhere Verbindlichkeit der Absprachen hergestellt. Auch wenn manche inhaltlichen Bereiche des Vertrags die Therapeutin noch nicht zufriedenstellen, unkonkret sind oder fehlen, kann man gelassen und zuversichtlich bleiben. In der anschließenden Enttabuisierung bildet sich in der Regel ein klarer und tragfähiger Vertrag heraus. Zudem besteht während des weiteren Therapieverlaufs immer die Möglichkeit, in Bilanzgesprächen den Vertrag an die aktuelle Situation anzupassen.

Für den Dreiecksvertrag kann ein eigener Termin vereinbart werden, er kann auch bei ausreichender Zeit im Anschluss an die Vorbesprechung mit dem Kind erfolgen. Dabei stellt das Kind gemeinsam mit der Therapeutin den Eltern sein Therapiemandat, seine Zielsetzung und Vorgehensweise (ggf. anhand der Visualisierung) vor. Am runden Tisch wird besprochen, welche Aufgaben der Therapeutin, den Eltern und dem Kind zukommen. Wichtig ist eine Absprache, welche Rolle die Eltern im Therapieprozess übernehmen werden (dürfen sie an Hausaufgaben erinnern, sind sie in der Therapie an den Übungen und an den Hausaufgaben als Übungspartner beteiligt?). Die Therapeutin handelt vor allem als Moderatorin, verbalisiert unklare Positionen und unterstützt die betreffende Partei sich klarer auszudrücken. Vor allem bei der Zielsetzung einer völligen Heilung zeigt sie Verständnis, stellt aber ganz klar den Realitätsbezug her.

1.4 Weitere Informationen, Beratung und Verträge mit Eltern und Bezugspersonen

Gespräche mit den für das Stottern und die Therapie relevanten Bezugspersonen sind ein wesentlicher Bestandteil von Schul-KIDS. Adressaten sind also meist die Eltern und häufig Großeltern und Lehrer. Informationsvermittlung und Beratung bewirken eine Entlastung von

Schuldgefühlen und erhöhen die Sicherheit im Umgang mit dem Stottern. Elterngespräche sichern die Akzeptanz für den Therapieansatz. Sie dienen der Anleitung zur Unterstützung der Hausaufgaben mit dem Kind, sofern die Eltern an der Therapie direkt beteiligt werden. Und schließlich stärken sie die Eltern, sich für ihr Kind einzusetzen und womöglich als Multiplikator die Umgebung zu informieren.

In Elterngesprächen ist die Rolle der Therapeutin die eines Coaches oder einer Beraterin, denn die Eltern brauchen keine Therapie. Daher ist eine explizite Rollenklärung sinnvoll: „Sie sind der Experte für ihr Kind, ich für das Stottern.“

In den ersten 2 bis 3 Monaten nach dem Vertragsabschluss finden 2-3 Termine für einen ausführlichen Informationsaustausch (Mat. 1_ Informationsgespräch Eltern, Mat. 1_Adressen und Links) statt. Hinzu kommt ein Termin mit der ganzen Familie (Mat. 2_Familientermin, Schneider, 2013). Später werden reine Elterngespräche vor allem bei Bedarf geführt. Der fortlaufende Informationsaustausch findet zu Beginn und am Ende der Stunde mit dem Kind statt. Es werden kurz der aktuelle Stand, Veränderungen gegenüber vorher, mögliche Hintergründe für Veränderungen und ein Bericht über die Hausaufgaben und über sichere oder vermutete Therapieeffekte erfragt (Mat. 1_Wochenreport Eltern). Vor jeder neuen Phase werden mit den Eltern Ziele, Vorgehensweise und ihre Rolle in der Therapie besprochen.

In reinen Elterngesprächen berichten die Eltern über die Lebensfreude/Sprechfreude des Kindes, seine Schulsituation, aktuelle und bevorstehende wichtige Ereignisse oder Entwicklungsschritte des Kindes. Es wird nach Hinweisen auf die Therapiemotivation gefragt und auf Verunsicherungen und Fachfragen eingegangen, die Hausaufgabensituation reflektiert und ggf. bestimmte Therapieinhalte geübt, damit die Eltern sich bei den Hausaufgaben sicher fühlen.

Berichten die Eltern über die Symptomatik, müssen sie in der Regel lernen, nicht wertend, sondern beschreibend vorzugehen (Häufigkeit, Art der Kernsymptomatik, der Begleitsymptomatik, Qualität und Maß der Anstrengung). Das schafft eine versachlichende Distanz und erleichtert mit den Gefühlen über das Stottern des Kindes zurechtzukommen.



**Eltern-
gespräch**

„Sie sagten gerade, das Stottern sei ganz schlimm gewesen letzte Woche. Helfen sie mir bitte. Waren die Symptome häufiger, länger oder angestrenzter als sonst? Waren es diesmal mehr Blockierungen? Wie hat denn Ihr Kind darauf reagiert? Oder war es diesmal schwerer auszuhalten für sie, auch wenn sich sonst nichts verändert hat?“

Wenn Eltern Fragen zum eigenen Verhalten stellen kann man mit ihnen die Situation aus unterschiedlichen Perspektiven (des Kindes, der eigenen, ggf. Dritter) betrachten und so, ohne zu werten, Verständnis für das Verhalten der Beteiligten erreichen und wenn nötig neue Verhaltensweisen erarbeiten. Es entlastet Eltern sehr, wenn man von Reaktionen anderer Eltern auf Stottern berichtet (Schuldgefühle, Ungeduld, Ärger, Sorgen, Unsicherheit, Erleichterung, Hoffnungen). Es entlastet auch verheimlichte Reaktionen äußern zu dürfen, wie etwa auf die Frage „Was würden Sie am liebsten tun, wenn das erlaubt wäre?“.



**Material
Weitere
Beratung**

Mat. 1_ Informationsgespräch Eltern
Mat. 1_ Wochenreport Eltern
Mat. 2_ Familientermin
Mat. 1_Adressen und Links

1.5 Bilanzgespräche und Vertragsrevision

Im Therapieverlauf werden Mandat, Ziel und Vorgehensweise kontinuierlich weiterentwickelt, überprüft, angepasst und erneut bestätigt (Bilanzgespräche, Vertragsrevisionen, Mat.

1_Schwerpunktwahl). Als Metapher dient, dass ein Vertrag keine Bestellung eines Fertighauses, sondern der Prozess einer Großbaustelle mit Architekt, Bauunternehmer und Auftraggeber ist.

1.5.1 Regelmäßige Bilanzgespräche

Die Therapeutin spricht am Ende der Enttabuisierung (nach etwa 4-6 Wochen) und dann regelmäßig jeweils nach weiteren 4-6 Wochen die Eltern und das Kind darauf an, ob sich Zielsetzungen verändert haben. In solchen Gesprächen werden die Effekte der Therapie und die Therapiesituation im Detail besprochen.

Mögliche Fragestellungen sind:

- Wird das Ziel noch von allen gleich formuliert?
- Welche Verantwortlichkeiten ließen sich gut/schwer übernehmen?
- Welche Teilziele wurden in welchem Maße erreicht?
- Welche Veränderungen müssen vorgenommen werden bzgl. der Zielsetzungen/der Vorgehensweise?
- Wie formuliert das Kind sein Ziel selbst?
- Ist ihm das Mandat noch klar?
- Kann es verdeutlichen, was es bisher gelernt hat (mit Hilfe des metaphorisch dargestellten Therapieverlaufs)?

Neue Vereinbarungen werden im schriftlichen Vertrag bzw. in der Visualisierung des Kindes festgehalten.

1.5.2 Bilanzgespräche bei auftretenden Problemen

Bei Problemen in der Therapie (z.B. Mitarbeit, Einhaltung von Terminen, Überanpassung, ursprünglicher Vertrag passt nicht mehr etc.) sind Bilanzgespräche erforderlich, um wieder eine gemeinsame Ausgangsbasis herzustellen. Einige dieser Probleme sind unter „Troubleshooting“ genauer erläutert. In solchen Bilanzgesprächen können geheime Anliegen aufgedeckt und bearbeitet werden. Ein geheimes Anliegen kann vorliegen, wenn die Therapiemotivation beim Kind nachlässt. Hier können Fragen zur Klärung beitragen (Mat. 1_Fragen zur Motivation, Mat. 1_Fragebogen Stottertherapie). Ein geheimes Anliegen auf Seite der Eltern zeigt folgendes Beispiel:



Beispiel

**Geheime
Anliegen**

Ein Elternteil/Verwandter "behandelt" das Kind heimlich parallel mit einer eigenen Methode. → geheimes Anliegen: sich nicht vorwerfen müssen, eine anerkannte Therapie nicht in Anspruch genommen zu haben, ohne in sie zu vertrauen.

Ursachenforschung: Grund ist häufig ein begrenztes Vertrauen in den Therapieansatz, vor allem, wenn eine eigene Strategie im Umgang mit dem Stottern entwickelt und als erfolgreich bewertet wurde, aber auch (manchmal bei getrennt lebenden Eltern oder Großeltern) begründet im Vorwurf an die hauptverantwortliche Erziehungsberechtigte (Konkurrenz, wer besser für das Kind handelt).



**Material
Bilanz-
gespräche**

Mat. 1_Schwerpunktwahl
Mat. 1_Fragen zur Motivation
Mat. 1_Fragebogen Stottertherapie

1.5.3 Bilanzgespräche zum Therapieende

Häufig ist bereits im Verlauf der Desensibilisierung oder Identifikation eine starke Abnahme der Symptomatik zu beobachten. Es kann sich bei Eltern und/oder Therapeutin die Frage stellen, ob ein Therapieende bereits eingeleitet werden sollte, indem zur Generalisierungsphase (im Sinne einer sich ausschleichenden Therapie) übergegangen wird (vgl. Kapitel zur Generalisierung). Generell sollte bei einem Gespräch über ein frühzeitiges Therapieende sorgfältig das Pro und Contra miteinander besprochen werden und die Entscheidung sorgfältig abgewogen werden.

1.6 Troubleshooting

Problem	Mögliche Hilfen
Skepsis gegenüber dem Therapieansatz	Vereinbaren einer Probephase für die Dauer der Enttabuisierung mit einem anschließenden Bilanzgespräch, um zu prüfen, ob die Grundlage für diese Therapie ausreicht. Dabei Ansprache von Kritikpunkten, die bislang ggfs. ungeklärt blieben
Stotterfreiheit/Heilung als Ziel	Information über realistische Ziele, da Wahrscheinlichkeit einer Remission im Grundschulalter nur noch bei ca. 50% liegt. Verständnis für den Wunsch nach Heilung zeigen. Verdeutlichen, dass dieser Wunsch immer wieder auftauchen wird und dass es Zeit braucht, damit zurechtzukommen. Aufzeigen, wie ein gutes Leben mit Stottern ausschauen kann (Beispiele) und welche Therapiemaßnahmen dorthin führen. Andere Beispiele für die Notwendigkeit, sich mit einer Erkrankung zu arrangieren, aufzeigen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis, Diabetes).
Keine Möglichkeit/Bereitschaft zu Hausaufgaben	Die Therapie ist dennoch möglich. Suche nach Alternativen (andere Bezugsperson, Hilfsmittel wie Smartphone). Beobachten, ob die Eltern die Arbeit und das Engagement des Kindes würdigen. Aufklärung der Eltern, dass Therapiefortschritte ohne Hausaufgaben langsamer und ggfs. weniger umfangreich erfolgen.
Organisatorische Probleme (regelmäßige Termine)	Prüfung, ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Therapie überhaupt sinnvoll ist. Ggf. Therapiebeginn aufschieben bis regelmäßige Termine möglich sind.
Hohe Erwartungen nach bisher erfolglosen Therapien	Keine Bewertung der vorangegangenen Therapien, da man nicht weiß, ob die Eltern die Zusammenhänge richtig dargestellt haben. Deutlich machen, dass auch die neue Therapie keine Erfolgsgarantie hat und dass Eigeninitiative erforderlich ist. Vereinbarung, dass Kritik am neuen Therapieansatz sofort und konkret angesprochen wird, damit angemessen darauf reagiert werden kann und kein Frust entsteht.
Ungünstiger Umgang einiger Familienmitglieder mit Stottern	Aufklärung, wie wichtig umfassende Informationen über Stottern sind und dann vereinbaren, dass man dies zu einem späteren Zeitpunkt einplanen wird. Dabei ist darauf zu achten, dass man sich nicht „einspannen“ lässt, in einem innerfamiliären Konflikt eine bestimmte Seite zu unterstützen (Allparteilichkeit bewahren, die Sichtweise jeder Person nachvollziehen, auf Fachinformationen fokussieren). Deutlich machen, dass es Situationen gibt, in denen das Leben eines Kindes auch durch eine Therapie nicht „schön“ gemacht werden kann. Möglichkeiten suchen, wie das Kind/die Eltern das verarbeiten können.
Ein Elternteil stottert selbst	Führt nicht zwangsläufig zu Problemen. Vorteil, weil es ein besonderes Verständnis für die Situation eines Stotternden gibt und weil das Kind nicht als einziges in der Familie stottert. Ein stotternder Elternteil kann als Vorbild dienen. Eine Stottertherapie für den Elternteil ist für den Erfolg der Kindertherapie nicht erforderlich! Mögliche Schwierigkeiten und Befürchtungen sind ernst zu nehmen und dürfen nicht bagatellisiert aber auch nicht dramatisiert werden.
Furcht vor Kontrollverlust bei Anwendung des Pseudostotterns in Hausaufgaben seitens des betroffenen Elternteils	Ausmaß der Befürchtung und Pro-Contra abwägen. Bei dem elterlichen Anspruch, trotz starker Befürchtung Pseudostottern einzusetzen sollten gemeinsam Best- und Worst-Case-Szenarien und mögliche Interventionen durchgespielt werden.

<p>Starke emotionale Belastung durch Erinnerungen mit Bezug zu eigenem Stottern</p>	<p>Elterntermin ohne Kind zur Ermittlung, inwieweit Gefühle, Gedanken und Verhalten von der Sorge geprägt werden, dass das Kind dieselben belastenden Erfahrungen machen könnte, wie man selbst. Angebot, die aktuelle Situation des Kindes aus einer anderen Perspektive zu betrachten, dabei Unterschiede der eigenen Kindheitserfahrungen zur aktuellen Situation des Kindes bewusst machen (Eltern engagieren sich, Schulsituation heute/damals, Therapieangebot heute/damals etc.) Aufzeigen, woraus das Kind durch das Modell, Verständnis und Engagement des stotternden Elternteils Vorteile ziehen kann.</p>
<p>Elterliche Fixierung auf die Symptomatik, übergenaue Beobachtung, Fehlinterpretation des Verhaltens des Kindes</p>	<p>Elterntermine mit Videoanalysen, ggf. Befragung des Kindes und des Elternteils: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Symptomatik von Elternteil und Kind herausarbeiten</p>
<p>Ein Elternteil zeigt vereinzelt Symptome, gibt aber an, nicht zu stottern</p>	<p>Ignorieren (es geht um das Kind, nicht das Elternteil!) Wenn eine Reaktion aus irgendeinem Grund doch erforderlich werden sollte: Keine Diagnose "Stottern" stellen, sondern Symptom in einer Äußerung sofort ansprechen und nicht wertend beschreiben/imitieren. Wenn Eltern sich selbst nicht als Stotternde bezeichnen, kann das in der Beratung auch positiv genutzt werden (wenn kein vermeidendes Verhalten vorliegt), indem die Therapeutin aufzeigt, wie mit vereinzelt unbemerkten Stottersymptomen ein völlig unbeeinträchtigtes Leben möglich ist.</p>
<p>Skepsis gegenüber dem Therapieansatz</p>	<p>Skepsis positiv konnotieren (z.B. gegenüber dem Kind: "Ich verstehe, dass du erst mal wissen willst, worauf du dich hier einlässt. Wie gut, dass du das so genau prüfst!") In Gesprächen klären: Welche Kritikpunkte sind bisher ungeklärt? Die meisten Kritikpunkte sind Inhalt der Enttabuisierung, ggf. weitere Kritikpunkte aufnehmen; Bilanzgespräch und Vertragsrevision nach der Enttabuisierung vereinbaren, um zu prüfen, ob die Grundlage für diese Therapie ausreicht. Zeit geben, sich zu entscheiden, nicht "über den Tisch ziehen", keine Versprechungen geben. Veränderungsneutralität bewahren, d.h. die Therapeutin bietet Wege zur Veränderung an, ist aber nicht verantwortlich für die Umsetzung. Fühlt sich die skeptische Person überredet, erhöht das den Druck auf die Therapeutin, Erfolge erzielen zu müssen. Verdeutlichen, WER die Entscheidung trifft, ggf. Bedenkzeit einräumen. Ggf. vorläufiger Vertrag für die Dauer der Enttabuisierung (ca. 5-7 Therapieeinheiten).</p>
<p>Kind kommt nur, weil seine Eltern das von ihm verlangen</p>	<p>Kernfrage an das Kind: „Was kannst du für dich aus dieser Therapie ziehen, auch wenn du zunächst nur kommst, weil deine Eltern das von dir verlangen?“ Erziehungsstil und Menschenbild der Eltern in die Überlegungen einbeziehen.</p>
<p>Das Kind möchte keine Hausaufgaben machen</p>	<p>Die Gründe dafür herausfinden und entsprechend intervenieren. Bedeutung von Hausaufgaben für den Transfer verdeutlichen. Von Mal zu Mal Hausaufgabenverträge aushandeln, um herauszufinden, was möglich ist und zu welcher Art Hausaufgaben das Kind bereit ist.</p>
<p>Eltern reden über den Kopf des Kindes hinweg</p>	<p>Moderation: Die Bereitschaft aller Beteiligten hervorheben. Das Kind ansprechen, ohne den Eltern einen Gesichtsverlust zuzufügen. Ggf. getrennte Gespräche (bei Eltern nachfragen, was sie "treibt": Sorge? Gab es ausreichend Zeit für Austausch? Ist es für sie ungewohnt, das Kind in Entscheidungen einzubeziehen?)</p>
<p>Einem der Gesprächsteilnehmer ist es unangenehm, offen über Stottern zu sprechen.</p>	<p>Informationsvermittlung, dass man tatsächlich häufig hört, dass es schädlich sei für das Kind, wenn man in seiner Anwesenheit offen über das Stottern spricht, dass diese Ansicht aber überholt ist und im Gegenteil für das Kind erleichternd ist, wenn offen darüber gesprochen werden kann. Wenn auf diese Weise die Befangenheit nicht genommen werden kann, ist es sinnvoll, in einem reinen Elterntermin die Zielsetzung zu klären, das Prinzip von KIDS, die Vorgehensweise bei Enttabuisierung und Desensibilisierung und den damit verbundenen möglichen Gewinn an Lebensqualität vorzustellen und - wenn der</p>

	Therapieauftrag erteilt worden ist - konkret und kleinschrittig die nächsten Schritte zu planen.
Geheime Anliegen werden von den Eltern/dem Kind gegenüber der Therapeutin nicht veröffentlicht	<p>Konkrete Beobachtungen beschreiben, die zum Verdacht auf geheime Anliegen führen, ohne Wertung ansprechen. Durch Übernahme der Perspektive des Betroffenen Verständnis für das geheime Anliegen gewinnen. Daraus entstehende Widersprüche und Grenzen des Therapieansatzes aufzeigen und gemeinsam nach möglichen Lösungen suchen. Zielvorstellungen für ganz konkrete Situationen entwickeln. Am Ende steht ein modifizierter Vertrag, der den geheimen Anliegen Rechnung trägt. Geheime Anliegen werden oft nicht in den ersten Gesprächen zur Vertragsentwicklung erkannt und sind daher eher Thema von Bilanzgesprächen. Dennoch kann ihnen zu Beginn der Therapie vorgebeugt werden, indem die Zielformulierung des Vertrages ganz konkret auf ihre Folgen hin untersucht wird:</p> <p>Beispiel: Therapeut: „Was wären positive Folgen, wenn Du Dein Ziel erreichen würdest, das lautet „Ich kann immer sagen, was ich will, auch in der Schule“? Was wären Probleme, die daraus entstehen würden?“</p> <p>Kind: „Positiv wäre, dass ich wieder Spaß an der Schule hätte. Schwierig wäre, dass auffliegen würde, dass ich schon lange nicht mehr richtig gelernt habe. Dann würde ich einfach drangenommen wie die Anderen.“</p>
Eltern lehnen Elterntermine ab	Notwendigkeit und Minimalforderung (zu Therapiebeginn 2 Termine, danach bei Bedarf bzw. alle 6 Monate) vermitteln, ohne die eine Therapie nach KIDS nicht möglich ist. Ggf. andere Bezugsperson als Ansprechpartner finden?
Getrenntlebende Eltern	Sicherstellen, dass beide Eltern den Ansatz akzeptieren, damit das Kind nicht in einen Loyalitätskonflikt mit dem Elternteil kommt, der die Therapie ablehnt. Klären, wer Ansprechpartner ist und ob Informationen untereinander weitergegeben werden können.

Checkliste 1: Informations- und Vertragsphase - Aufklärung und Vertrag (Kap. 1.3)

Inhalt	Kommentar	Datum
Aufklärung der Eltern und Vertrag (1.3.1)		
Befund vorgestellt		
gemeinsam Sprechprobe angeschaut		
Kontrollverlust, Kern- und Begleitsymptomatik erklärt		
Prognose für Schulkinder besprochen		
Ziele der Eltern erfragt		
Ziele und Vorgehensweise von Schul-KIDS erklärt		
Ressourcen für die Therapie geklärt		
Verantwortlichkeiten im Dreiecksvertrag vorbe-sprochen		
geheime Anliegen geprüft		
Mandat erhalten		
Informationsmaterial mitgegeben		
Aufklärung des Kindes und Vertrag (1.3.2)		
Grundlagen vermittelt		
Ziele des Kindes erfragt		
Ziele und Vorgehensweise von Schul-KIDS erklärt		
Prognose für Schulkinder erklärt		
Motivation für die Therapie erfragt		
Ressourcen für die Therapie geklärt		
Verantwortlichkeiten im Dreiecksvertrag vorbe-sprochen		

geheime Anliegen geprüft		
Mandat erhalten		
Vertrag ausformuliert bzw. visualisiert		
Abschluss eines Dreiecksvertrags (1.3.3)		
Vorstellung der Vertragsentwürfe durch das Kind und die Eltern		
Ziele und Vorgehensweise von Schul-KIDS wiederholt		
Rolle der Eltern im Therapieprozess geklärt		
Verantwortlichkeiten im Dreiecksvertrag vereinbart		
geheime Anliegen geprüft		
Bilanzgespräch vereinbart		

Checkliste 2: Informations- und Vertragsphase – Bilanzgespräche im Therapieverlauf (Kap. 0 und 1.5)

Inhalt	Kommentar	Datum
Regelmäßige Bilanzgespräche (1.5.1)		
Mandat ist dem Kind klar		
Realistische Einschätzung der Therapiedauer seitens der Eltern		
Erreichte Teilziele besprochen		
Erfolge anerkannt		
Kind kann verdeutlichen was es gelernt hat		
Verantwortlichkeiten besprochen		
Eltern reflektieren ihr Verhalten		
Eltern berichten qualitativ und quantitativ beschreibend von der Symptomatik		
Eltern informieren andere über das Stottern und die Therapie		
Eltern unterstützen das Kind bei Hausaufgaben		
Auftretende Probleme (1.5.2)		
Problem besprochen		
geheime Anliegen geprüft		
weitere Therapieplanung besprochen		

2 Desensibilisierung

Die Desensibilisierung ist sowohl eine Phase im Therapiekonzept KIDS als auch eine therapeutische Technik aus der Verhaltenstherapie, die auch in allen anderen Phasen immer wieder zur Anwendung kommt. Sie dient dazu, konditionierte Angstreaktionen im Zusammenhang mit dem Stottern abzubauen oder ihnen vorzubeugen. Konditionierte Angstreaktionen zeigen sich als relativ stereotype Gefühls-, Gedanken- und Verhaltensmuster. In der Desensibilisierung werden diese Muster abgebaut. Bei Grundschulkindern sind aufgrund der kürzeren Verstärkungsgeschichte weniger stabile Muster anzunehmen als bei Erwachsenen.

Lernprozesse der Desensibilisierung basieren auf wiederholten konkreten Erfahrungen, angstbesetzte Situationen gemeistert zu haben und nicht einem alten Muster gefolgt zu sein. Es ist die Aufgabe der Therapeutin, solche Erfahrungen zu ermöglichen. Die Desensibilisierung ist hierarchisch aufgebaut. Im ersten Schritt ist oft noch keine sprachliche Aufgabe durch das Kind zu lösen, sondern es braucht "nur" dabei zu sein und die Therapeutin und die Gesprächspartner bei In-vivo-Aufgaben zu beobachten. Zu berücksichtigen ist, dass Kind und Eltern einen unterschiedlichen Desensibilisierungsgrad haben können.

Gerade bei stark vermeidenden Kindern kann Pseudostottern und die Desensibilisierung zu einer **Zunahme der Symptomatik** führen, da die Kinder dann wagen, offener zu stottern und auslösende Situationen nicht mehr vermeiden. Hierüber müssen die **Eltern schon im Voraus informiert** werden. Die Zunahme der Symptomatik kann als Zwischenschritt in Richtung "stärkeres Selbstbewusstsein" und als Voraussetzung für die Modifikation, in der sich die Symptomatik wieder reduziert, erklärt werden. Als Metapher lässt sich das Bild vom Eisberg nutzen: gefährlich ist vor allem, was unter dem Wasser verborgen ist. An dem, was sichtbar und hörbar ist, kann man arbeiten.

Die in die Desensibilisierungsphase eingebetteten Anteile aus der Identifikation unterstützen zusätzlich die Desensibilisierung gegen die eigene Symptomatik. Da während der Desensibilisierung mehrere Inhalte parallel erarbeitet werden, dauert diese Phase relativ lang. Stundenumfänge können wegen des unterschiedlichen Lerntempos von Kindern nicht vorhergesagt werden.



Bereiche

Bei der Planung der Desensibilisierung leitet die Frage: Welche Kontexte und welche Handlungen sind angstbesetzt, welche weniger oder nicht (letztere sind zur Verdeutlichung des Zielzustandes geeignet)? Folgende Bereiche können desensibilisiert werden:

Thematisieren von Stottern und damit verbundenen Gedanken und Gefühlen
(Enttabuisierung)

Anwendung von Pseudostottern

Bestimmte Situationen, Anforderungen oder Sprechhandlungen (z.B. Kontaktaufnahme, Gesprächseröffnung, Referat, sich melden)

Sprechängste unabhängig vom Stottern

Offenes Stottern ohne sprachliches Vermeidverhalten

Zeitverlust durch das Stottern und später durch die Techniken

Einsatz von Sprechtechniken

Anders sein als die Anderen

2.1 Einbezug von Elementen aus anderen Phasen

In die Phase der Desensibilisierung sind systematisch Elemente aus der Identifikation und häufig auch aus der Modifikation einbezogen. Bei Bedarf kann auch die Modifikation komplett vorgezogen werden, wenn es die emotionale Befindlichkeit des Kindes oder der kontinuierliche Kontrollverlust im Pseudostottern erforderlich machen. In den Checklisten am Ende des Kapitels finden sich Fragen, die durch den betreffenden klinischen Entscheidungsprozess leiten.

Generell sind verschiedene Gegebenheiten möglich, die einen Einbezug von Elementen aus anderen Phasen sinnvoll erscheinen lassen – hier werden exemplarisch die „Standardvorgehensweise“ und zwei Varianten davon vorgestellt:

Bei der Standardvorgehensweise (Abbildung 6) wird die artikulatorische Phonetik aus der Identifikation (siehe Identifikationsphase) schon früh genutzt, um fremde und eigene imitierte sowie echte Symptome zu analysieren. Parallel dazu wird als Bestandteil der Desensibilisierung das

Pseudostottern erarbeitet und bei Beherrschung auf Satzebene um die Desensibilisierung gegenüber Situationsängsten und Ängsten vor Zuhörerreaktionen erweitert. Vielfach kann während der Desensibilisierungsphase auch bereits die Modifikation mit der Erarbeitung der Prolongation starten. Sobald diese Technik auf Satzebene zur Verfügung steht, sollte sie im Wechsel mit Pseudostottern desensibilisiert werden.

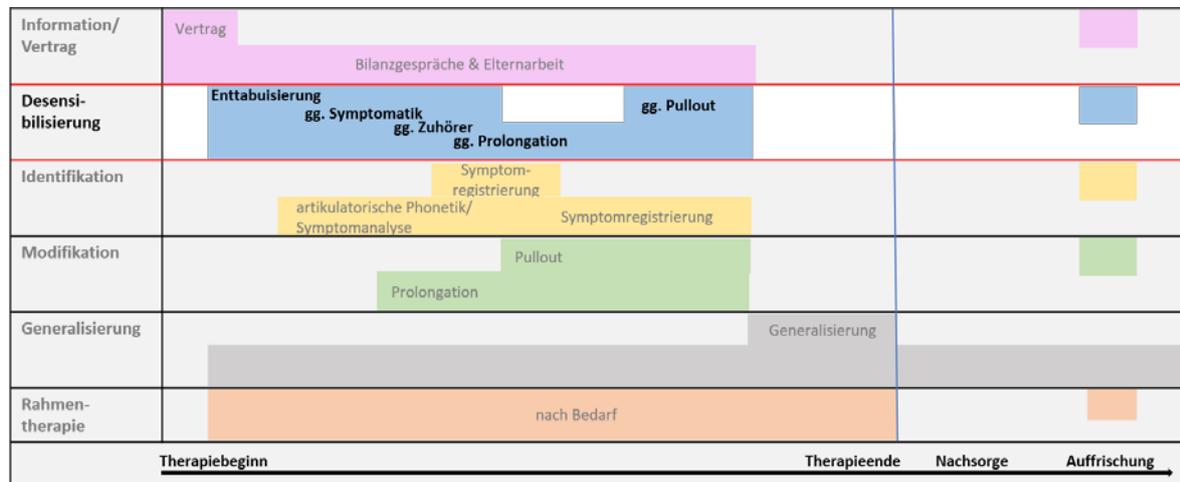


Abbildung 6: Standardvorgehen in der Desensibilisierung mit Einbezug von Elementen anderer Phasen

Bei ausgeprägtem sprachlichem Vermeideverhalten, das auch bei der Desensibilisierung gegen die Symptomatik stabil bleibt, wird ggf. schon früh das Vermeideverhalten identifiziert (Abbildung 7).

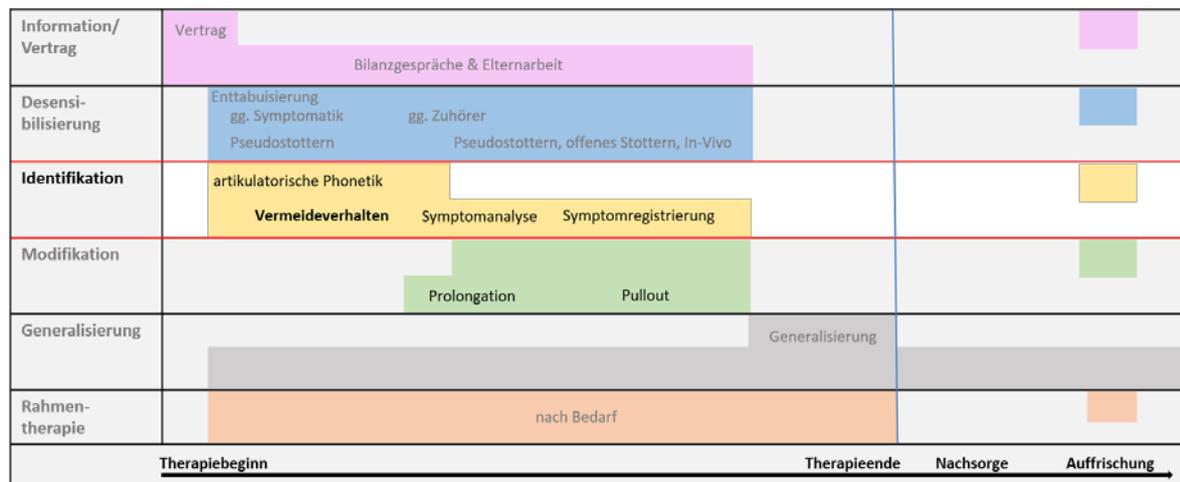


Abbildung 7: Variante der Desensibilisierung mit früher Identifikation gegen Vermeideverhalten bei starkem Vermeiden

Bei ausgeprägtem Kontrollverlust im Pseudostottern schon unter niedrigen Anforderungen wird die Modifikation mit Prolongation und Pullout vor dem Pseudostottern erarbeitet. Unter Umständen muss sogar auf das Pseudostottern verzichtet werden. Wenn das Kind dadurch nicht zu sehr belastet wird, kann parallel die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen beginnen, allerdings mit unbearbeitetem Stottern und mit Sprechtechnik. Wenn nach der Erarbeitung von Sprechtechniken immer noch keine Kontrolle im Pseudostottern herstellbar ist, erfolgt die Desensibilisierung nur mit unbearbeitetem Sprechen, offenem Stottern und mit Sprechtechniken (Abbildung 8).

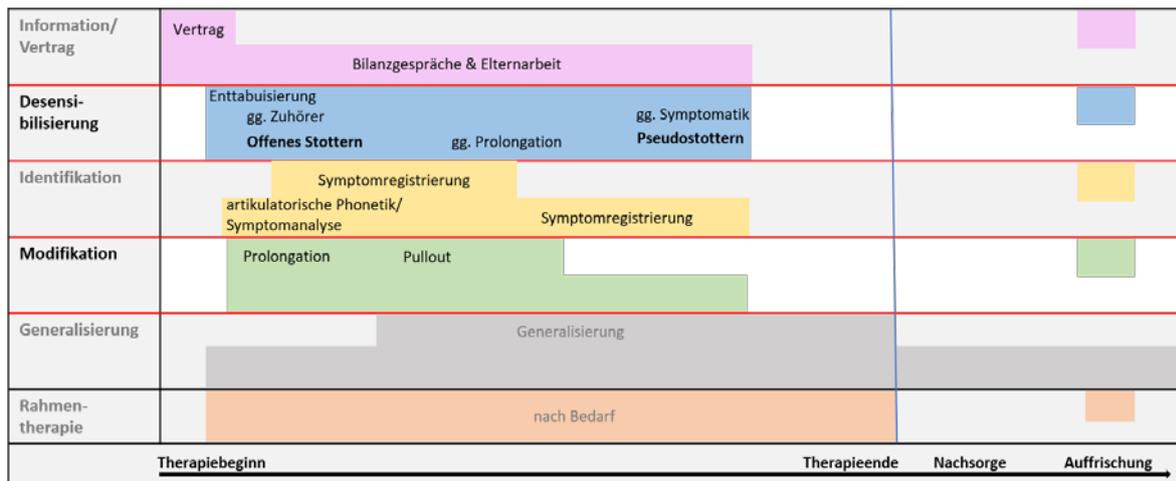


Abbildung 8: Variante der Desensibilisierung bei hohem Kontrollverlust im Pseudostottern und geringer Belastung oder kommunikativer Beeinträchtigung durch Stottern

Bei konsequentem Kontrollverlust im Pseudostottern schon unter niedrigen Anforderungen mit sehr starker kommunikativer Beeinträchtigung durch Stottern oder emotionaler Reaktion auf Stottern (Abbildung 9) ist zu überlegen, ob die Desensibilisierung noch später intensiviert wird, also erst wenn die Prolongationen, ggf. der Pullout zur Verfügung stehen. Dann würde dem Kind ein alternatives Verhalten zur Verfügung stehen, mit dem es deutlicher seine Selbstwirksamkeit erfahren kann. Es würde zuerst gegen die Sprechtechnik, dann gegen Zuhörerreaktionen und gegen die Symptomatik, jedoch mit offenem Stottern desensibilisiert.

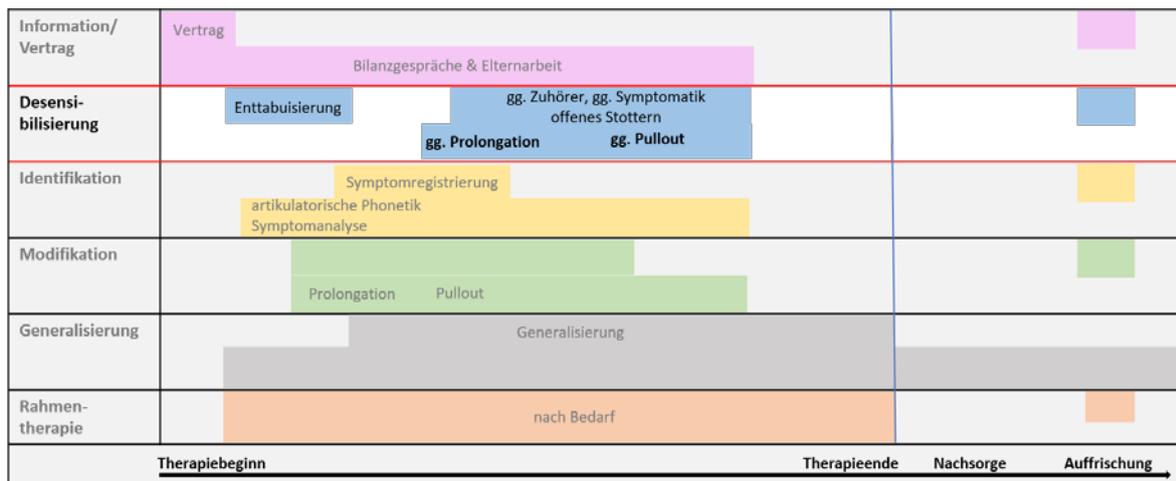


Abbildung 9: Variante der Desensibilisierung bei hohem Kontrollverlust im Pseudostottern und starker emotionaler Belastung oder kommunikativer Beeinträchtigung durch Stottern

2.2 Voraussetzungen

Es wurde ein Therapievertrag mit Kind und Eltern geschlossen. In der Informationsphase wurde Eltern und Kind über die Möglichkeit einer vorübergehenden Zunahme der Symptomatik informiert.

2.3 Ziele

1. Kind und Eltern reagieren neutral auf Stotterereignisse.
2. Das Kind kann sein Kernverhalten benennen, imitieren und beschreiben.
3. Das Vermeideverhalten ist deutlich reduziert.
4. Das Kind kann in den meisten Situationen gelassen pseudostottern.
5. Das Kind ist in der Lage, sein Stottern anzusprechen und andere darüber zu informieren.
6. Das Kind kann irritierte oder abwertende Zuhörerreaktionen angemessen reflektieren und meist adäquat reagieren.
7. Das Kind bleibt in Kommunikationssituationen deutlich häufiger handlungsfähig, da es das Gefühl und die Erwartung hat, auch mit Angst eine Sprechsituation bewältigen zu können.
8. Das Kind erlebt überwiegend ein Kontrollgefühl über sein Stottern und Sprechen.

2.4 Vorgehensweise

Die übliche Abfolge der Desensibilisierungsphase beginnt mit der Enttabuisierung (2.4.1), in der Informationen zur Symptomatik, zur Verursachung und Neurophysiologie des Stotterns und zu Vorurteilen vermittelt werden und die Identifikation anhand der artikulatorischen Phonetik (0) begonnen wird. Pseudostottern (0) und die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen (0) folgen. Mit ein wenig zeitlicher Verzögerung können bei vielen Kindern schon die Vorbereitungen zum Erlernen der Sprechtechniken hinzukommen.



Abweichungen

Begründete individuelle Abweichungen sind möglich. Nach Abschluss der Informationseinheit muss der Beginn der Desensibilisierung auf später verschoben oder unterbrochen werden, wenn das Kind so stark stottert, dass es nicht in der Lage ist, bei niedriger linguistischer Komplexität und geringer emotionaler und situativer Belastung zu kommunizieren, Pseudostottern jedes Mal zum völligen Kontrollverlust führt.

In diesem Fall geht es darum, dem Kind möglichst bald die Kontrolle über die Symptome zu vermitteln, bzw. die Kommunikationsfähigkeit wiederherzustellen. Deshalb werden die Schritte "artikulatorische Phonetik, Anwendung auf imitierte und auf echte Symptome, Erarbeitung der Prolongation und des Pullouts" verdichtet und vorgezogen.



Auswahl Kontexte und Handlungen

Folgende Bereiche können desensibilisiert werden:
Thematisieren von Stottern (Enttabuisierung)
Anwendung von Pseudostottern
Offenes Stottern ohne sprachliches Vermeideverhalten
Einsatz von Sprechtechniken
Zeitverlust durch das Stottern und später durch die Techniken
Generell das Sprechen mit Anderen, unabhängig vom Stottern
Bestimmte Situationen, Anforderungen oder Sprechhandlungen (z.B. Kontaktaufnahme, Gesprächseröffnung, Referat, Aufzeigen)
Anders sein als die Anderen

2.4.1 Enttabuisierung – Desensibilisierung gegen das Tabu Stottern

Bei der Erarbeitung des Vertrages hat das Kind nur einen kleinen Teil der Informationen bekommen, die es braucht, um das Stottern und die Stottertherapie nach Schul-KIDS zu verstehen. In der sich anschließenden Enttabuisierung geht es darum, das Eigeninteresse des Kindes an der Therapie zu vergrößern, Ziele zu präzisieren, die Arbeitsweise vor allem der Identifikation und Desensibilisierung, Grundkenntnisse und Vokabular zu vermitteln und zu enttabuisieren, aber auch die Therapie in der gesamten Familie zu verankern. In dieser Zeit lernt auch die Therapeutin eine Menge darüber, wie die Therapie mit dem Kind am besten zu gestalten ist: braucht das Kind eher Handlung und weniger Reflektion/Gespräch, diskutiert es gerne, wie lange kann es sich auf eine Sache konzentrieren etc.

Die Enttabuisierung und Informationsvermittlung beschränken sich aber nicht nur auf den Beginn einer Therapie. Sie wird therapiebegleitend als Bestandteil der Desensibilisierung fortgeführt.

Hierzu gehört, andere über Stottern zu informieren, z.B. bei einem Schulbesuch (Mat. 2_Schulbesuch), oder in Gesprächen Stottern anzukündigen.

Das Kind erfährt außerdem, dass auch Erwachsene noch stottern können und wird so noch einmal mit der möglichen Prognose konfrontiert. Wenn mit Videos fremder Stotternder gearbeitet wird, ist darauf zu achten, dass der/die Stotternde Modellcharakter hat. Sofern möglich wirkt auch der persönliche Kontakt zu anderen Stotternden enttabuisierend.

Tabelle 4: Mögliches Vorgehen zur Enttabuisierung

Dauer in TE	Inhalt	Vorgehen/Material
1-2	Definition von Stottern: Kontrollverlust Kern- und Begleitverhalten Nomenklatur	Anwendung des Zwiebschalenmodells → Symptomarten besprechen Analyse fremdes, imitiertes und ggf. eigenes Stottern vom Video
½	Verursachung: Veranlagung, Neurophysiologie des Sprechens und des Stotterns Einführung der artikulatorischen Phonetik Sprechtechniken	Aufzeichnen der beim Sprechen beteiligten Organe und deren Steuerung durch das Gehirn Geschichte "Die kleinen Boten" Wirkungsweise von Prolongation und Pullout demonstrieren
1-2	Zuhörerreaktionen und Vorurteile	Kind beobachtet Therapeutin bei In-vivo- Umfrage (Telefon) Stotterquiz
1-2	Soziale Situation in der Schule	Stachelbild Überprüfung/Aktualisierung des Therapievertrags
½	Therapieaufbau	Einordnung in den Vertrag und Ableitung von Therapiezielen aus den bisherigen Informationen
1 ½	Familientermin	Vorbereitung des Familientermins und Durchführung
1	Bilanzgespräch	Überprüfung des Vertrags

* Die Stundeneinteilung und die Reihenfolge der Inhalte während der Enttabuisierung sind nicht bindend, sondern Vorschläge.



Familien-termin

Da in der Informationseinheit auch ein Termin mit der ganzen Familie vorgesehen ist, ist es sinnvoll, schon zu Anfang hierfür einen Termin in 5-7 Wochen zu vereinbaren. Dort stellt das Kind das bisher Erarbeitete vor.

Während der Vertragsarbeit wurde dem Kind bereits die Definition von Stottern, der Kontrollverlust und das Kern- und Begleitverhalten mit der entsprechenden Nomenklatur vermittelt. Diese Arbeit wird anhand des Zwiebschalenmodells (Mat. 2_Zwiebschalenmodell) fortgeführt, indem fremdes, imitiertes und bei Interesse auch eigenes Stottern an einer Videoaufnahme (Mat. 2_Erstes Analysieren von Stottern) analysiert wird.

Der nächste Bereich thematisiert die genetische Verursachung (Veranlagung – bei Kindern von stotternden Eltern Vererbung) sowie die Neurophysiologie des Sprechens und des Stotterns, die beim Sprechen beteiligten Organe und deren Steuerung durch das Gehirn. Hier kann die Geschichte von den "kleinen Boten" genutzt werden (Mat. 2_Info Ursache des Stotterns). Diese Einheit leitet die artikulatorische Phonetik ein und ist Verständnisgrundlage für das Eingreifen in Symptome mit Techniken.

Zur Darstellung der Sprechtechniken führt die Therapeutin eine visuelle Darstellung der Prolongation und des Pullouts ein (Mat. 4_Info Kind Modifikation). Die Kinder lernen, das Bild mit seinen verschiedenen Phasen des Pullouts zu erklären und dadurch auf der Ebene der Kognition

klar formulierte Teilziele auf dem Weg zur Veränderung und Kontrolle des Symptoms zu haben. Auf diese Abbildung kann im Verlauf der Therapie immer wieder zurückgegriffen werden.

Als nächstes wird die Vermutung der Therapeutin überprüft, dass viele Menschen zu wenig oder Falsches über das Stottern wissen. Hierzu befragt die Therapeutin (bei entsprechender Motivation auch das Kind) andere Menschen in der Wartezone, vor der Praxis oder andere Familienangehörige am Telefon (Mat. 2_Vorurteile, Mat. 2_Stotterquiz). Ggfs. kann das Kind die Umfrage auch mit nach Hause nehmen und gemeinsam mit den Eltern andere Familienangehörige befragen. Die Fragen werden gemeinsam mit dem Kind erarbeitet. Im Anschluss werden angemessene und unangemessene Zuhörerreaktionen diskutiert, von welchen Vorurteilen sie wohl kommen und wie Zuhörer aufgeklärt werden könnten.

Die Schulsituation kann anhand des "Stachelbildes" (Sandrieser & Schneider, 2015), Mat. 2_Stachelbild) und der Formulierung von entsprechenden Zielsetzungen (vgl. 1.3.2) analysiert werden. Mögliche Themen sind Rückzug oder Vermeidung, Belastung durch die Schule, Freunde, Informationsgrad der Lehrer über Stottern, schlechte mündliche Noten und akuter Handlungsbedarf in speziellen Themen. Beim Vorstellen der Vorgehensweise wird das Prinzip der Desensibilisierung anhand einer Mutleiter vermittelt (Mat. 2_Mutleiter).

Im Anschluss wird noch einmal die schriftliche oder bildliche Darstellung des Therapievertrags hervorgeholt und überprüft, ob die Ziele noch so stimmen, die Vorgehensweise klarer geworden ist und wie die Therapie beim Familientermin vermittelt werden kann.

Die Bedeutung des Familientermins ist nicht zu unterschätzen. Daher sollte er nur in Ausnahmefällen nicht stattfinden. Durch ihn bekommt das stotternde Kind anders als bisher Anerkennung in Verbindung mit seinem Stottern, die wichtigsten Bezugspersonen werden über die Therapie informiert, die Therapeutin lernt sie kennen. Dadurch, dass das Kind die Inhalte mit den Teilnehmern erarbeitet, werden die Inhalte kognitiv verankert und enttabuisiert (Mat. 2_Familientermin). Eine für Angehörige erhellende Übung ist das Anstoßexperiment (Mat. 2_Anstoßexperiment), bei dem sie den Kontrollverlust des Kindes beim Stottern nachempfinden können.



**Material
Enttabui-
sierung**

Mat. 2_Schulbesuch
Mat. 2_Zwiebelschalenmodell
Mat. 2_Erstes Analysieren von Stottern
Mat. 2_Info Ursache des Stotterns
Mat. 4_Info Kind Modifikation
Mat. 2_Vorurteile
Mat. 2_Stotterquiz
Mat. 2_Stachelbild
Mat. 2_Mutleiter
Mat. 2_Familientermin
Mat. 2_Anstoßexperiment

2.4.2 Desensibilisierung gegen die Symptomatik

Wie bereits dargestellt wird sowohl gegen die Symptomatik selbst als auch gegen die Angst vor Zuhörerreaktionen und andere innere Symptome desensibilisiert. Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, wird zunächst gegen die Symptomatik mit Pseudostottern desensibilisiert. Sobald dieses in kleinen Interaktionssequenzen auf Satzebene eingesetzt werden kann, kommt auch die In-vivo-Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen hinzu.

Tabelle 5: Abfolge der Desensibilisierung (0 und 2.4.3)

Dauer in TE	Inhalt	Vorgehen
1	Einführung von Pseudostottern	Aufklärung der Eltern Aufklärung des Kindes (Wasserscheu-Metapher, Kleine Boten) erster Versuch mit Pseudostottern
variabel*	Training des Pseudostotterns	Modell der Therapeutin Erarbeitung von guter Qualität und Selbstbeurteilung mit Fehleranalyse Variation der Dauer ggfs. Diskriminierungsübungen Übung mit zunehmend linguistischer Komplexität und emotionaler Anforderung
variabel	Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen	Einführung (sobald Pseudostottern auf Satzebene beherrscht wird) in kurzen Dialogen (Wegemodell, Mat. 2_Mutleiter) In-vivo-Training mit Pseudostottern und offenem Stottern

* die Stundenzahl richtet sich nach dem Lerntempo des Kindes

Zunächst werden die Eltern über die Wirkungsweise des Pseudostotterns, eine mögliche Zunahme der Symptomatik und wie damit umgegangen wird, informiert (Mat. 2_Elterninfo Pseudostottern). In der Einführung des Pseudostotterns (Mat. 2_Einführung Pseudostottern) kann dem Kind zum Beispiel anhand der bereits bekannten Geschichte von den „kleinen Boten“ und der „Wasserscheu-Metapher“ (Mat. 2_kleine Boten Pseudostottern, Mat. 2_Wasserscheu-Metapher) der sprechmotorische und desensibilisierende Effekt des Pseudostotterns erläutert werden. Je nach Kind können Begriffe wie „Froschwörter“, „Extrastottern“ oder „Pseudostottern“ verwendet werden oder man überlegt sich eine Bezeichnung zusammen mit dem Kind, wie z.B. „Springer“. Die ersten Übungen sollen im Sinne der Gegenkonditionierung Spaß machen. Geeignet sind Ratespiele, in denen ein Wort so lange gestottert wird, bis das Gegenüber den Begriff erraten hat („Welches Tier ist das? Mamamama...“). Eine weitere Möglichkeit ist, dass das Kind über die Therapeutin bestimmen darf, wann und wie lange sie stottern soll (Mat. 0_Sprechanlässe). Spaß macht auch, wenn das Kind der Therapeutin, deren Augen verbunden sind, Anweisungen gibt, welchen Weg sie durch den Raum gehen soll. Dabei reagiert die Therapeutin nur, wenn ein Pseudostottern im Satz vorkam. In der Reflexion wird untersucht, ob das Pseudostottern locker war und ob echte Stottersymptome aufgetreten sind (siehe Troubleshooting).



Orientierung zur Steigerung der Schwierigkeit bietet folgender hierarchischer Übungsaufbau:

1. Die Therapeutin stottert absichtlich.
2. Das Kind darf über das Pseudostottern der Therapeutin bestimmen.
3. Das Kind stottert absichtlich.
4. Die Therapeutin darf über das Pseudostottern des Kindes bestimmen.

Neben den expliziten Übungen zum Pseudostottern zeigt die Therapeutin immer wieder lockeres Pseudostottern (antithetisches Verhalten) in allen Gesprächsanteilen und kündigt das vorher mit der Begründung an, dass man das lockere Stottern auch vom Zuhören lernen kann und sich auf diese Weise daran gewöhnt. Außerdem kündigt sie an, dass sie bei sich und dem Kind auf lockere

Symptome hinweisen wird. Auf die Weise vermittelt sie, dass schon jetzt Symptome bestehen, die dem Ziel nahe sind.



**Kommentare
zu Pseudo-
stottern**

“Meine lockere Wiederholung fühlte sich gerade viel besser an als angestregtes Stottern.”

“Da war gerade ein ganz schönes lockeres Stottern! War das Absicht oder kam das von allein?”

Wie weich gerade diese Dehnung war!”

“Wir üben hier das absichtliche Stottern, weil dann das echte Stottern leichter rauskommt und weniger anstrengend ist. Darum werde ich es jetzt schon immer wieder mal machen, und später wirst du das auch können.”

Wenn unterschiedliche Symptomarten in der Spontansprache vorkommen, werden Diskriminierungsaufgaben durchgeführt – das Kind soll die unterschiedlichen Pseudosymptomarten der Therapeutin den entsprechenden Symbolen zuordnen, es bestimmt, welche Symptomart die Therapeutin machen soll oder zeigt selbst unterschiedliche Symptomarten und die Therapeutin ordnet sie den Symbolen zu.

Zusätzlich werden die verschiedenen Symptomarten hinsichtlich ihrer Dauer variiert, um gegen den Zeitverlust durch das Symptom zu desensibilisieren. So kann etwa die Anzahl der Iterationen erwürfelt werden oder die Dauer von Dehnungen oder Blockierungen mit einer Stoppuhr, einer Aufziehmaus oder einem Handzeichen etc. vorgegeben werden.

Bevor das Pseudostottern auf Wortebene intensiver geübt wird, stellt eine Fehleranalyse sicher, dass das Pseudostottern von guter Qualität ist und dass im folgenden Training und den Hausaufgaben keine falschen Muster eingeübt werden. Das Kind lernt, am günstigsten gemeinsam mit den Eltern, selbst die Qualität des Pseudostotterns einzuschätzen und sich selbst zu korrigieren (Mat. 2_Hausaufgabe Pseudostottern). Dabei werden zunächst von der Therapeutin bewusst gemachte Fehler vom Kind identifiziert und korrigiert. Im nächsten Schritt zeigt das Kind absichtliche Fehler, die die Therapeutin erwischen soll. Dann identifiziert es Fehler bei sich selbst und korrigiert sie. Als Ergebnis stehen individuell relevante Kriterien für die Beurteilung von Pseudostottern (günstig in Form von Bildsymbolen) für die nachfolgende Trainingsphase zur Verfügung (Mat. 2_Fehleranalyse Pseudostottern).

Sobald das Kind Pseudostottern auf Wortebene sicher beherrscht, beginnt die Steigerung der linguistischen und situativen Komplexität (siehe Planung). Dabei kann bei Bedarf phasenweise nur die linguistische Anforderung erhöht werden während die situative Herausforderung gleich bleibt und umgekehrt. Es geht darum, dass das Kind die Übungen immer erfolgreich abschließen kann und sich nicht überfordert fühlt.

Die Reflexion der Qualität geschieht in Übungen anfangs direkt nach jedem Pseudostottern mit anschließender Korrektur. Sobald die Einschätzung sicher und die Qualität überwiegend gut ist, werden zunehmend längere Sequenzen beurteilt. Beim Training beobachtet die Therapeutin die Qualität des Pseudostotterns genau und setzt bei Bedarf eine Fehleranalyse ein. Wird das Pseudostottern zu einem echten Symptom, ist das kein Fehler, sondern eine willkommene Gelegenheit, dieses nach den Methoden der Identifikation zu analysieren.

Ob und wann Eltern einbezogen werden können, muss sorgfältig mit Eltern und Kind abgesprochen werden. Hier kommt es darauf an, den Eltern einen positiven motivierenden Umgang mit Fehlern zu vermitteln.

Im Verlauf der Erarbeitung und Ausweitung des Pseudostotterns ist bei vielen Kindern zu erwarten, dass Blockierungen und Dehnungen seltener auftreten und sich die Begleitsymptomatik spontan reduziert. Die Kinder erleben ein zunehmendes Gefühl der Kontrolle über ihr Sprechen, können dieses bewusst steuern und ihre Aufmerksamkeit abwechselnd auf die inhaltliche Planung und Sprechsteuerung lenken.



Art des Pseudostotterns

Das Pseudostottern in KIDS ist ein absichtliches, dem Stottern ähnliches Sprechen in Form von Teilwortwiederholungen oder Dehnungen.

Pseudostottern von Teilwortwiederholungen (Sandrieser & Schneider, 2015), S. 149)

Wiederholung von Silben einschließlich dem Vokal, jedoch ohne Coda (Fu-fu-fu-funken, A-a-a-afel, A-a-a-Auto oder Au-au-au-auto) in natürlichem Sprechtempo mit etwa 3 Iterationen wobei der Vokal weich ausschwingt. Pseudo-Teilwortwiederholungen sind besonders leicht zu realisieren (geringes Risiko, Anspannung zu entwickeln, kontinuierliche Artikulation und Phonation, jeder Laut bzw. jede Silbe kann wiederholt werden). Die Dauer kann leicht über die Anzahl der Iterationen variiert werden.

Pseudostottern von Dehnungen

Da nicht alle Laute dehnbar sind, werden nur dehnbare Laute zu Pseudodehnungen. Es ist daher zulässig, auch den Vokal einer Silbe zu dehnen, vor allem, wenn initial ein Plosiv steht (Mmmilch aber auch Miiiiilch, Buuuuutter, Aaaaauto oder Auuuuto. Der Laut /h/wird nie gedehnt, sondern immer der nachfolgende Vokal (Huuuund), damit kein Atemvorschub angebahnt wird. Pseudo-Dehnungen bergen ein größeres Risiko, Anspannung zu entwickeln und sind aus o.g. phonetischen Gründen schwer einzusetzen. Die Dauer wird über die Länge der Dehnung variiert.

Pseudostottern von Blockierungen

Es erfolgen stumme Phonations- oder Artikulationsstopps ohne jegliche Anspannung oder Mitbewegung. Wird nur der Anlaut blockiert, behält man die Artikulationsstellung bei bis weitergesprochen wird ((Stumme Pseudoblockierung, z.B. F....fisch, K....kuchen, A....apfel). Zwischen Pseudoblockierungen am Anlaut und einer stummen Pause hört man meist keinen Unterschied. Es kann jedoch bei der Pseudoblockierung der Anlaut leicht hörbar sein (K....klavier, (Glottisgeräusch)osten).

Wird am Nukleus (Silbenkern) blockiert, beginnt man nach dem Ende der Pseudoblockierung die Silbe neu (Ma.....maus, l.....igel, A....auto oder Au.....auto).

Pseudoblockierungen bergen das Risiko, Anspannung zu entwickeln. Die Dauer wird durch den Zeitraum reguliert, den die Artikulationsstellung beibehalten wird.

KIDS grenzt vom Pseudostottern das imitierte absichtliche Stottern ab, das versucht, dem tatsächlichen Stottern möglichst nahe zu kommen. Hier enden die Vokale abrupt (Pu.pu.pu.puppe), es gibt auch Dehnungen und Blockierungen, ggf. mit Anspannung und Begleitverhalten. Während das imitierte Stottern in KIDS dazu verwendet wird, Symptome genauer zu analysieren (siehe Identifikation) wirkt das lockere Pseudostottern vielfach verflüssigend.



Auswahl Art Pseudostottern

Mit jedem Kind wird zunächst das Pseudostottern in Form von lockeren Teilwortwiederholungen erarbeitet. In der Folge wird beobachtet, wie gut das vom Kind akzeptiert wird, ob es damit sprechmotorisch zurechtkommt und ob sich Auswirkungen auf die Symptomatik in der Spontansprache zeigen.

Unter den folgenden Bedingungen wird ausschließlich mit Pseudo-Teilwortwiederholungen gearbeitet:

Das Kind erlernt Pseudo-Teilwortwiederholungen und akzeptiert diese als Mittel der Desensibilisierung.

Die Symptomatik ändert sich durch das Pseudostottern in der Spontansprache (z.B. häufiger, lockerer).

Eigene Blockierungen und Dehnungen werden zunächst in den Übungen, später möglicherweise auch in der Spontansprache unabhängig von einer Zunahme der Symptommhäufigkeit lockerer oder weniger.

Nur in seltenen Fällen liegen Bedingungen vor, die eine Weiterarbeit mit Pseudo-Dehnungen oder direkt mit Prolongationen erfordern:

Das Kind zeigt Blockierungen oder Dehnungen in der Spontansprache und lehnt zu Recht Teilwortwiederholungen ab, weil es sie nicht mit seinem Stottern in Verbindung bringen kann. Eine desensibilisierende Wirkung besteht in diesem Fall kaum. Daher wird das

Pseudostottern mit Dehnungen erarbeitet und bei positiven Auswirkungen weiter damit desensibilisiert. Mögliche Effekte sind eine vorübergehende Zunahme von Häufigkeit und Begleitverhalten, da das Kind mit Pseudo-Dehnungen selbstsicherer auftritt. Danach werden die Dehnungen lockerer, kürzer oder seltener. Da Pseudostottern in Form von Dehnungen die phonetische Herausforderung mit sich bringt, dehnbare Laute zu erkennen, kann angeboten werden, bei Unsicherheit immer den Vokal zu dehnen. Teilwortwiederholungen triggern schon auf einer linguistisch einfacheren Ebene systematisch echte Symptome. Dann wird nicht auf dem Pseudostottern beharrt, sondern die Prolongation erarbeitet.

Unabhängig davon, ob das Pseudostottern in Form von Wiederholungen oder Dehnungen gewählt wurde, schließt sich die Erarbeitung der Prolongation an.



Steigerung linguistische und situative Komplexität

Beim Training des Pseudostotterns werden zwei Parameter hierarchisch gesteigert, die linguistische Komplexität und die situativ-emotionale Herausforderung.

In Bezug auf die linguistischen Anforderungen wird das Pseudostottern in zunehmend komplexen Übungen (Wortebene, Satzmuster, kurze freie Äußerungen, kleine Monologe, Dialoge, längere Monologe) trainiert (Mat. 0_Sprechanlässe). Hier eignen sich gut die Übungen aus der IMS für Kinder (Kuckenbergs & Zückner, 2015). Bei allen Übungen wird die Qualität des Pseudostotterns rückgemeldet und bei Bedarf die Fehleranalyse mit Selbstkorrektur durchgeführt. Hierbei sind Erinnerungshilfen nötig, da die immer komplexeren Inhalte bei zunehmend langen Redeanteilen die Konzentration auf das Pseudostottern erschweren.

Für die Steigerung der situativen Anforderungen sollte der Raum schon zu Beginn immer wieder verlassen werden, damit sich nicht die Idee einschleift, dass all das Gelernte nur im Therapieraum gilt. Dabei müssen die Aufgaben anfangs noch nicht andere Personen einbeziehen. Alle Übungen zum Pseudostottern können auch in der Wartezone, vor der Praxis oder im Grüngelände stattfinden. Dabei zeigt sich die Ablenkbarkeit des Kindes durch andere Eindrücke. Gleichzeitig besteht immer die Möglichkeit, dass jemand hören könnte, wie geübt wird, was wiederum desensibilisierend wirkt. Die situativ-emotionalen Anforderungen können in Form von Aufregung im Spiel (Wettbewerb), Zeitdruck, einem sehr persönlichen Thema oder der Argumentation in einem Streitgespräch gesteigert werden (Mat. 0_Sprechanlässe). Auch die hierarchisch aufgebaute Desensibilisierung gegen befürchtete Zuhörerreaktionen anhand von Pseudostottern ist eine Steigerung der emotional-situativen Anforderungen. In jedem Fall geht es darum, auch unter erschwerten Bedingungen noch an das Pseudostottern zu denken, weshalb Erinnerungshilfen eingesetzt und nach und nach wieder ausgeblendet werden. Das Pseudostottern ist wirklich gut erarbeitet, wenn das Kind in der Lage ist, in vivo bei einem komplexen Sachverhalt mit langen Redeanteilen, mehreren Sprecherwechseln und emotionaler Beteiligung an das Pseudostottern zu denken. Dies ist allerdings nicht für jedes Kind realistisch. Entscheidender als der perfekte Einsatz des Pseudostotterns ist die Desensibilisierung gegen die Symptomatik und gegen Ängste vor Zuhörerreaktionen.



Material Pseudostottern

Mat. 2_Elterninfo Pseudostottern
Mat. 2_Einführung Pseudostottern
Mat. 2_kleine Boten Pseudostottern
Mat. 2_Wasserscheu-Metapher
Mat. 0_Sprechanlässe
Mat. 2_Hausaufgabe Pseudostottern
Mat. 2_Fehleranalyse Pseudostottern

2.4.3 Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen

Die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen zielt darauf ab, im Alltag aufs Sprechen und Stottern bezogene Ängste und Vermeideverhalten abzubauen und in Gesprächen zunehmend selbstsicher offenes Stottern zu zeigen und sich selbst dabei wertzuschätzen. Offenes Stottern bezeichnet dabei hörbare Kernsymptome, die nicht durch sprachliches oder situatives Vermeideverhalten, Aufschub oder Starter kaschiert wurden.

Sobald das Kind in der Lage ist, in Rollenspielen kurze Sätze mit Pseudostottern zu äußern, kann mit der In-vivo-Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen begonnen werden. Während dieser Phase wird möglicherweise auch schon die Prolongation erarbeitet. Sobald diese technisch sicher zur Verfügung steht werden Pseudostottern und Prolongation gemeinsam desensibilisiert.



Lernerfolge

Lernerfolge in der Desensibilisierung beruhen im Wesentlichen auf Erfahrungslernen. Dies setzt voraus, dass das Kind in der In-vivo-Arbeit möglichst oft seine Selbstwirksamkeit erlebt. Es erfährt, dass Handeln möglich ist, auch wenn noch Angst da ist, dass man sich nicht von ihr überwältigen lassen muss, sondern das Zutrauen entwickeln kann, die Situation meistern zu können. Daher ist die Aufgabe der Therapeutin, dem Kind so oft wie möglich positive Erfahrungen in der Therapie zu ermöglichen. Dabei bedeuten positive Erfahrungen nicht ausschließlich, dass das Kind alle Situationen gut bewältigt hat oder bei In-vivo-Übungen alle Gesprächspartner gut kooperiert haben, sondern dass das Kind auch in der Lage war, in tatsächlichen oder fiktiven unerwarteten oder unangenehmen Situationen Handlungsmöglichkeiten zu finden. Hier wird also neben der Desensibilisierung auch Problemlöseverhalten, soziale Kompetenz (s. Rahmentherapie) und Reflexionsfähigkeit auf einer Metaebene geübt, idealerweise in liebevoll- humorvoller Distanz zu sich selbst.

Die Planung der Desensibilisierung beruht auf den Erkenntnissen aus der Diagnostik und aus der kontinuierlichen Verhaltensbeobachtung und einer regelmäßigen Befragung am Beginn der Stunde zum aktuellen Stand außerhalb der Therapie. Ganz wesentlich ist aber auch die Einbeziehung der Ansichten des Kindes in die Planung im Sinne einer kontinuierlichen Vertragsarbeit. Generell umfasst die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen das Pseudostottern, das offene Stottern und die Prolongation (sobald sie sicher beherrscht wird).



therapeutische Haltung

Die Durchführung geschieht in einer zuversichtlichen Grundhaltung. Ermutigen, liebevoll herausfordern, Humor, Interesse, Unterscheidung von ernsthafter Überforderung des Kindes und seinem Versuch, den Weg des geringsten Widerstands zu gehen, Zielstrebigkeit und Verhandlungsbereitschaft und Zielstrebigkeit sind Merkmale des Therapeutenverhaltens. Die Desensibilisierung erfordert eine flexible, im Ansatz spielerische Herangehensweise, und keine verbissene Zielstrebigkeit, die das Kind in die Enge treiben würde. Häufig ist der Weg in der Desensibilisierung vergleichbar mit dem Schmetterling, der auch mit vielen kleinen Umwegen zur Blüte findet.



systematische Desensibilisierung

Die systematische Desensibilisierung beruht auf dem Prinzip, dass wiederholt Situationen aufgesucht werden, die gerade nur so viel Angst auslösen, dass sie gut bewältigt werden können. Dabei nimmt die Angst für diese Art der Situationen ab, so dass in kleinen Schritten die Situationen schwerer werden können. Eine konkrete, realistische und positiv formulierte Zielvorstellung, und käme sie dem Kind nur wie eine Traumvorstellung vor, ist ausschlaggebend für die Motivation. Auf diese Zielvorstellung hin werden Teilschritte geplant, um das Prinzip der sukzessiven Annäherung und somit die Zuversicht in die Machbarkeit des Vorhabens zu vermitteln. Die Planung am "grünen Tisch" ist eher als Orientierungshilfe gedacht. Welche Situationen tatsächlich geübt werden wird kleinschrittig anhand des laufenden Prozesses und der Berichte über die Erfahrungen im Lauf der vergangenen Woche konkretisiert.

Um dem Kind zu vermitteln, welche Freiheitsgrade es durch den Abbau von Vermeidungsverhalten und Ängsten gewinnt, kann das Wegemodell (Mat. 2_Wegemodell, (Sandrieser & Schneider, 2015)

herangezogen werden. Dabei reflektiert das Kind verschiedene Möglichkeiten mit dem Stottern umzugehen, wofür auf die ‚Stotterzwiebel‘ aus der Enttabuisierung zurückgegriffen werden kann. Es wägt die Vor- und Nachteile seiner eigenen Verhaltensweisen ab und vergleicht das offene Stottern mit seinem Begleitverhalten, die verschiedenen Formen des Vermeideverhaltens und die Verwendung von Prolongation und Pullout. Daraus wird eine Zielformulierung entwickelt. Die Ängste werden nicht als Schwäche dargestellt, sondern als verständliche Reaktion auf tatsächliche oder befürchtete Erfahrungen. Auch das Vermeiden wird nicht negativ bewertet, sondern als eine hilfreiche Möglichkeit akzeptiert. Dabei wird auf den Mechanismus hingewiesen, dass das Vermeiden kurzfristig durch das Ausbleiben von Stottern belohnt und so stabilisiert wird, dass aber langfristig die Angst steigt, es doch einmal nicht vermeiden zu können. Dem gegenüber stehen Alternativen, die mehr Freiheit ermöglichen und die erlernt werden können. Auch das Eisbergmodell (Mat. 2_Eisbergmodell) kann genutzt werden, um dem Kind zu verdeutlichen, dass die verdeckten Anteile von Stottern wie Vermeideverhalten und Angst viel größer sein können, als das sichtbare und hörbare Stottern, dass man aber nur daran arbeiten kann, wenn die verborgenen Anteile sichtbar sind.

Nun geht man mit dem Kind auf die Suche nach einem oder zwei Desensibilisierungserfolgen, die es (ggf. auch in ganz anderen Bereichen) bereits ohne Therapie erreicht hat und zeigt anhand des Pseudostotterns und des Thematisierens des Stotterns in der Familie den durch die Therapie bereits erreichten Desensibilisierungseffekt. Eine ergänzende Möglichkeit, vor allem bei eher ängstlichen Kindern ist – ggf. nach der Einführung mit einer Metapher „der Mutbaum wird gegossen“ (Mat. 2_Mutbaum) – ein Mut-Tagebuch, in das vom Kind, ggf. mit Unterstützung eines Elternteils, kontinuierlich jedes mutig bewältigte Ereignis eingetragen wird.

Für die weitere Desensibilisierung anhand einer Hierarchie eignet sich die Metapher ‚Mutleiter‘, (Mat. 2_Mutleiter) deren unterste Sprosse keinen Mut, die höchste Sprosse den meisten Mut fordert. Es werden Sprechsituationen gesammelt, die hierarchisiert den verschiedenen Sprossen zugeordnet werden. Dabei können die Abstände der Sprossen unterschiedlich groß sein, je nachdem, wie ausgeprägt sich die Angst in zwei Situationen voneinander unterscheidet. Dabei wird das Zielverhalten positiv, überprüfbar, einfach und konkret formuliert. Die Erstellung der „Mutleiter“ entspricht einem Vertrag über die Desensibilisierung.



„Mit dir alleine (der Therapeutin) sprechen.“

„In der Wartezone mit Mama pseudostottern.“

„Laut vorlesen am Gruppentisch in Erdkunde und dabei Stottern zulassen.“

Die Umsetzung der In-vivo-Desensibilisierung beginnt mit den leichtesten Situationen (unterste Sprossen, z.B. Beobachtung der nur leicht stotternden Therapeutin in vivo), wobei mehrere in etwa gleich schwere Aufgaben durchgeführt werden sollten. Zur Überprüfung ob der Schweregrad angemessen ist, wird eine Skalierung der Angst von 0 – 10 eingeführt, ggf. in Analogie zu einem Thermometer (Mat. 2_Stressometer) eingeführt. An dieser Skala soll das Kind zeigen, wie aufgeregt es vor der Sprechsituation ist. Die Skala wurde so „geeicht“, dass klar ist, wo die Komfortzone, die Abenteuerzone und die Panikzone liegen. Günstige Situationen liegen in der leichten Abenteuerzone. Das Kind zeigt den Stresslevel vor und nach der Durchführung der Situation. Der Stresslevel kann auf einem Arbeitsblatt dokumentiert werden. So wird offenkundig, dass der Stresslevel sinkt und die nächstschwerere Aufgabe, die vorher nicht zu bewältigen schien, angegangen werden kann.

Das Stressometer wird vor und nach Übungen eingesetzt, um festzustellen, ob die Übung in der Abenteuerzone liegt. Viele Kinder entwickeln daraus sehr schnell eine abrufbare interne Skala, so dass die Therapeutin schnell und ohne Aufwand nachfragen kann.



„Wie wäre die Aufgabe für dich?“

„Wie war die Situation auf einer Skala von 0 (babyleicht, eiskalt) bis 10 (feuerheiß, lieber würde ich ohnmächtig werden, als das noch mal zu machen)?“

Es wird mit den untersten Stufen der Mutleiter begonnen. Hierbei können verschiedene Parameter in Absprache mit dem Kind so verändert werden, dass für das Kind doch eine gut zu bewältigende Mutprobe entsteht. Solche Parameter sind z.B. der Einsatz von Pseudostottern (Häufigkeit der Symptome, Anzahl der Iterationen, Dauer), offenes Stottern oder Prolongationen, Variation von Ort oder Person.



Beispielsweise könnte die erste Mutprobe sein, die Oma anzurufen, da das Telefon ein Stressor ist, der aber mit Oma noch gut zu bewältigen ist. Direkt anschließend wird die Oma gleich noch einmal angerufen, wobei sie diesmal gefragt wird, ob sie weiß, woher Stottern kommt (Desensibilisierung gegen das Tabu). Und in den nächsten 3 Anrufen werden jedes Mal häufigere oder/und längere Pseudosymptome eingesetzt. Vor und nach dem jeweiligen Telefonat wird die Situation kurz eingeschätzt. Das Kind wird so feststellen, dass sich der Stress deutlich reduziert hat und möglicherweise auch, dass die Rate echter Symptome geringer geworden ist.

In der folgenden Zeit werden nach und nach die Teilschritte des Desensibilisierungsvertrags (Sprossen der ‚Mutleiter‘) abgearbeitet (Mat. 2_In-vivo Arbeit, Mat. 2_Laufzettel, Mat. 2_Umfragen, Mat 2_Angsthierarchie Auswahlmenge, Mat. 2_Protokoll Zuhörerreaktionen). Dabei muss immer darauf geachtet werden, ob der Schweregrad der Situation noch mit der ursprünglichen Annahme übereinstimmt, oder ob Anpassungen vorgenommen werden müssen (Zwischenschritte). Beginnt das Kind, sich in der Desensibilisierung sicherer zu fühlen, wird es ermutigt sich in der Planung auch bisher vermiedenen Themenbereichen zu stellen, z.B. in der Schule. Zeigen sich hier Schwierigkeiten, hat ein Schulbesuch in den meisten Fällen eine positive Wirkung und würde gut in die Desensibilisierung passen. Möglicherweise ist das Thema Schule auch der Anlass, an den Problemlösefähigkeiten zu arbeiten, vor allem, wenn das Kind gehänselt wird (s. Rahmentherapie).

Bei manchen Kindern ist es ungünstig sie sehr bei der Planung zu beteiligen. Indem sie zu viel darüber nachdenken und zu wenig handeln, kann sich die Angst erst recht verstärken. Dennoch soll das Kind genug Kontrolle haben. Kinder, die sich auf der Metaebene nicht gut mitteilen können, fühlen sich möglicherweise durch die Planung überfordert. Andere Kinder können die nächste Schwierigkeit gut planen (z.B. Anzahl des Pseudostotterns, welcher Gesprächspartner, welches Thema, Dauer des Gesprächs etc.). Solche Kinder haben gute Voraussetzungen für den Transfer.

Bei der Reflexion von In-vivo-Übungen wird vor allem auf das Erreichte fokussiert. Schwierigkeiten wie ablehnende Reaktionen von Gesprächspartner oder pragmatisch ungünstige Verhaltensweisen des Kindes werden besprochen und ggfs. mit Rollenspielen bearbeitet. Mit Kindern, die nur ihre Defizite sehen, führt man am besten ein Schlussritual ein, das ihre Leistungen und Fortschritte anerkennt. Fortschritte lassen sich gut in der ‚Stotterzwiebel‘ verdeutlichen, wenn z.B. eine Zwiebelschale kleiner wird oder ganz verschwindet, wie etwa bestimmte Vermeiderverhalten oder Ängste. Auch die Eltern können das Kind im Alltag sehr gut unterstützen, indem sie ihm seine Fortschritte bewusst machen.

Wenn Vermeiderverhalten in Form von Aufschub oder Startern stabil bleibt, wird es identifiziert (siehe 3 Identifikation), um dann bewusst weggelassen zu werden. Jedes offene Stottern, das an dessen Stelle tritt, wird verstärkt.



**Desensibilisierung
in vivo**

- Mat. 2_Wegemodell
- Mat. 2_Mutbaum
- Mat. 2_Mutleiter
- Mat. 2_Stressometer
- Mat. 2_In-vivo-Arbeit
- Mat. 2_Laufzettel
- Mat. 2_Umfragen
- Mat. 2_Angsthierarchie Auswahlmenge
- Mat. 2_Protokoll Zuhörerreaktionen
- Mat. 2_Elterninfo Desensibilisierung
- Mat. 2_Eisbergmodell

2.5 Troubleshooting

Ablehnung des Pseudostotterns	Den Grund dafür ermitteln: Wenn Teilwortwiederholungen als zu künstlich empfunden werden (vor allem in vivo), je nach echter Symptomatik des Kindes, Pseudodehnungen oder Pseudoblockierungen einsetzen bzw. für Teilwortwiederholungen die Variante aus der IMS für Erwachsene (Zückner, 2014a) erarbeiten. Hierbei wird bei jeder Iteration das Ende des Vokals einer Silbe ganz kurz gestoppt, als ob man an eine Blockierung heranginge (Fa'fa'fa'fahrad). Diese Art Pseudostottern ähnelt mehr dem echten Stottern und es wird dabei die konsequente Auseinandersetzung mit dem Moment des Kontrollverlustes provoziert.
Desensibilisierungsgrad der Eltern geringer als beim Kind	Im Einzelfall entscheiden, ob es ausreicht, sie gegen das Tabu Stottern und das Hören von Pseudostottern zu desensibilisieren Kritisch hinterfragen, ob Eltern ohne Pseudostottern dem Kind in Übungen ein Partner sein können
Große Ablenkbarkeit bei Übungen außerhalb des Therapieraums	Gründe für die Ablenkbarkeit können u.a. sein: Scham und entsprechendes Ausweichverhalten, eine langweilige Aufgabenstellung, zu lange Monologe der Therapeutin, generell erhöhte Ablenkbarkeit (hohe Reaktivität auf Reize, vergleichsweise geringe Fähigkeit zur Impulskontrolle). Einige mögliche Vorgehensweisen: kürzere Übungssequenzen weniger ablenkende Umgebung auswählen gezielte eindeutige Fokussierung ("Ich spreche jetzt den Mann an. Du sagst mir, wie der Mann guckt. Ich bin sicher, du schaffst es, ihn genauso anzuschauen" oder: "Du sprichst jetzt den Mann mit Pseudostottern an. Ich wette um 3 Gummibärchen, dass Du es nicht schaffst, zweimal selbst daran zu denken.) → Verstärkung für die Aufmerksamkeitslenkung Ablenkbarkeit mit dem Kind ansprechen, kurze hinsichtlich Ablenkungsgrad hierarchisch angeordnete Übungssequenzen mit suggestiver Aufmerksamkeitslenkung und Verstärkung für erfolgreiche Aufmerksamkeitslenkung
Geteilte Aufmerksamkeit fällt schwer	Deutliche Formulierung der Aufgabenstellung (z.B. "es geht jetzt darum, dass du an das PS denkst, während du mir Aufträge gibst, was ich tun soll"), kurze Übungseinheiten mit hohem Anreiz zur Aufmerksamkeitsfokussierung (z.B. Spiele wie "Hamstern" (Mat. 0_Sprechanlässe), linguistisches Niveau und emotional-situative Anforderung so gestalten, dass geteilte Aufmerksamkeit gut möglich ist. Überschaubare Übungsdauer mit Erinnerungshilfen in Form von sichtbar bereit gelegten Münzen o.ä., die man sich mit dem Einsatz von Pseudostottern verdienen kann (Visualisierung). Parallel mit der Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen beginnen, auch wenn das PS nur zu Beginn einer Aufgabenstellung erinnert werden kann.

<p>Das Zielverhalten (z.B. Pseudostottern, Blickkontakt o.ä.) wird vergessen</p>	<p>Erinnerung mit visuellem oder auditivem Signal. Ggfs. wird dem Gesprächspartner vorab die Aufgabenstellung erklärt und die Erinnerungshilfe ankündigt. Die Alternative ist ein Symbol, das die ganze Zeit im Blickfeld ist.</p>
<p>Regelmäßiger Kontrollverlust im Pseudostottern</p>	<p>Wenn Pseudostottern regelmäßig auch bei niedrigem linguistischem Niveau in wenig anspruchsvollen Situationen zum Kontrollverlust und echten Symptomen führt, muss mit der Modifikation begonnen werden. Dazu gehören die Erarbeitung von Sprechtechniken und die Identifikation im Symptom. Damit das Kind die Änderung der Zielsetzung nicht als Misserfolg wertet, sollte der Vorteil hervorgehoben werden, echtes Stottern auf diese Weise sicher hervorrufen zu können. Dadurch kann es besonders gut analysiert und mit Sprechtechniken bearbeitet werden. Zur konkreten Umsetzung siehe Identifikation und Modifikation.</p>
<p>Stunden scheinen überfrachtet</p>	<p>Parallele Arbeit, z.B. zur artikulatorischen Phonetik, Pseudostottern und Desensibilisierung gegen Zuhörer, kann Kind und Therapeutin überfordern → einen Schwerpunkt in der Stunde vertieft behandeln. Der andere Schwerpunkt wird nur in Form einer kurzen intensiven Übung auf niedrigem linguistischem Niveau durchgeführt (vergleichbar mit den Fingerübungen an einem Instrument). Solche Übungen sollten auch täglich als Hausaufgaben durchgeführt werden. Prüfen, ob die Übungen durch höhere Frequenz des Zielverhaltens verkürzt werden können. Bei langsamer Auffassungsgabe erst das Pseudostottern erarbeiten und dann die artikulatorische Phonetik. Ggf. über einen zweiten Termin in der Woche verhandeln. Während Desensibilisierung gegen Zuhörer in vivo fehlt oft Zeit für andere Schwerpunkte → "Fingerübungen" kürzen oder ganz in die Hausaufgaben verlagern.</p>
<p>Ungünstige Überzeugungen über sich oder andere: Das Kind wertet sich selbst ab oder fühlt sich als Opfer des Stotterns bzw. der Kommunikationspartner</p>	<p>Einsatz von antithetischem Verhalten der Therapeutin: untersuchen, welche Überzeugungen über sich oder andere generalisiert sind (z.B. „ich kann nie gut sprechen, keiner mag mich, weil ich stottere, alle anderen haben keine Probleme, nur ich, weil ich stottere, über stottern will und darf ich nicht sprechen“) und wo differenziert wird (z.B. „ich kann manchmal nicht gut reden, ein Mitschüler ärgert mich öfter mit meinem Stottern, der Rest der Klasse hat kein Problem damit, mir ist es gerade unangenehm, über Stottern zu sprechen“). In geeigneten Situationen zurückmelden, dass die generalisierte Überzeugung gerade eben nicht oder nicht völlig stimmte (Antithese). Ziel ist nicht, das Kind zu trösten, sondern ihm bewusst zu machen, dass der Glaubenssatz nicht immer zutrifft → Förderung einer sachlichen Ausdifferenzierung. <i>Beispiel: K.: „Ich kann nie gut sprechen!“ → Ther.: „Ist dir, als du gerade mit der Verkäuferin gesprochen hast, etwas an deinem Sprechen aufgefallen? Nein? Ich habe gehört, dass Du ganz deutlich klare Sätze gesagt hast. Dein Stottern war leicht und du hast nicht vermieden. Da hast du aus meiner Sicht gut gesprochen! Wie siehst du das denn?“).</i> Dabei auch wenig erfolgreiche Situationen ansprechen und sachlich rückmelden, sonst entsteht beim Kind der Eindruck, nicht ernst genommen zu werden. Untersuchen, ob ungünstige Überzeugungen von Bezugspersonen geteilt werden. Sachlich differenzierte Rückmeldung der eigenen Beobachtung. Bitte um Unterstützung, indem die Eltern berichten, wenn sie beim Kind positive Überzeugungen beobachten. Arbeit mit darstellenden Mitteln wie Zeichnen, Malen, Bücher zum Thema "mein Stottern, ich und die anderen". (vgl. Literaturempfehlungen) Kontakt mit anderen stotternden Kindern, die ggf. schon länger in Therapie sind oder ggf. über Veranstaltungen der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.</p>

<p>ungünstige Lage der Praxis</p>	<p>Besorgnis der Eltern/des Kindes, Bekannten zu begegnen und die Stottertherapie zu veröffentlichen, wenn in ortsansässigen Geschäften geübt wird → Info über Vorteile der Enttabuisierung. keine geeigneten Örtlichkeiten → Eltern zu Hausaufgaben anleiten, Sondertermine an geeignetem Ort vereinbaren, Telefonübungen</p>
<p>das Kind lässt sich nicht auf eine Desensibilisierung in vivo mit Pseudostottern ein</p>	<p>Nicht klein begeben, sondern Hintergründe erkunden und dann Kompromiss suchen. Klein beizugeben wäre kontraproduktiv, denn dann hätte man seine Antithese aufgegeben und würde die ungünstige Überzeugung stärken, dass die angstauslösenden Situationen in der Desensibilisierung unüberwindbar sind. Bei offener Ablehnung den Mut hierzu anerkennen. Fragestellungen: liegt es am Pseudostottern oder verweigert das Kind grundsätzlich jedes In-vivo-Training? Kommt das Kind in Konflikt mit seiner Coolness? Lässt es sich im Alltag auf Gesprächssituationen außerhalb der Familie ein? Ist es typisch für die Familie, dass Kinder (oder alle Familienmitglieder) kaum Außenkontakte pflegen? Schützt das Kind seine nicht ausreichend desensibilisierten Eltern, nachdem diese aufgefordert wurden mitzugehen? Grundsätzlich keinen Machtkampf beginnen, der ist nicht zu gewinnen! Nicht in die Enge treiben oder mit Konsequenzen drohen. Die Therapie kann auch ohne Desensibilisierung gegen Pseudostottern erfolgreich sein, wenn geeignete Alternativen gefunden werden. Überprüfen der generellen Bereitschaft, etwas in seinem Leben zu ändern mit gezielten Fragestellungen oder einem Fragebogen (vgl. Zebrowski 2018, Download unter http://www.ecsf.eu/userfiles/files/ZEBROWSKI_2018.pdf). Dies ist eher ein Problem bei Jugendlichen, kann aber auch schon im Grundschulalter eine Rolle spielen. Standpunkt und Verhalten des Kindes ohne Wertung beschreiben und Zuversicht äußern. Beispiel: "Eigentlich bist du so clever und stark, dass ich es dir jetzt schon zutraue." Fragen stellen wie "Wie lange sollen wir warten, bis du dir den ersten ganz kleinen Schritt zutraust? Bis Ostern oder bis Pfingsten? "Nie" glaub ich nicht, denn du wirst ja immer erwachsener. Aber du hast Recht, du brauchst noch etwas Zeit. Wie sähe der nächste kleine Schritt aus?" Ggf. vorhandene Katastrophenphantasien gedanklich durchspielen und Vorbeugungsmaßnahmen treffen. Überprüfung, ob die Hierarchie kleinschrittig genug war → mögliche Variationen anbieten bzgl. Beobachtung des Therapeutenmodells, Art, Dauer und Häufigkeit des Pseudostotterns, Wahl der Situation, Art der erforderlichen Sprechhandlung, Anwesenheit anderer Personen (z.B. Schwester, Freund, nicht die Mama ...) Desensibilisierung in vivo ohne Einsatz irgendeines veränderten Sprechverhaltens Beginn der Modifikation und Desensibilisierung gegen die Sprechtechniken, ggf. im Wechsel mit Pseudostottern Desensibilisierung gegen das "Anderssein", Einleitung anhand von Kinderbüchern möglich (siehe Literaturempfehlungen im Anhang). Weiteres Vorgehen in vivo durch Veränderung irgendwelcher vom Sprechen oder Stottern völlig unabhängiger Kleinigkeiten (z.B. verschiedenfarbige Socken oder die Jacke verkehrt herum anziehen etc.), auch die Eltern und die Therapeutin machen mit und reflektieren: Wer entdeckt die Veränderung beim Ändern? Wurde sie im Laufe des Tages von anderen bemerkt? Wer traut sich, das auch auf der Arbeit (Eltern, Therapeutin) bzw. in der Schule zu machen? Bei moralischen Bedenken Pseudostottern als Teil einer Stottertherapie ankündigen. Vergleichbare Geschichte über ein (fiktives) anderes Kind erzählen oder im Handpuppenspiel entwickeln und das Kind um Rat fragen.</p>

	<p>Metapher vom ‚Mutbaum‘ (Mat. 2_Mutbaum), Unterschiede suchen: in welchem Bereich außerhalb der Therapie war ich schon mutig? Wie ist es dazu gekommen? (z.B. bei einer Klassenfahrt der Mut, mit Mitschülern zu sprechen). Ggf. Anlegen eines ‚Mutbuches‘, in dem das Kind Situationen sammelt, in denen es mutig war.</p> <p>Bild malen: mein Stottern und ich. Bild nicht interpretieren, sondern Fragen dazu stellen wie “Wer auf dem Bild hier ist der Chef? Was macht das Stottern auf dem Bild? Und was tust du? Was würdest du am liebsten mit dem Stottern machen? Wenn es weg wäre, wäre es am schönsten, das verstehe ich. Aber wenn es sich nicht wegjagen lässt, was wäre dann gut, mit dem Stottern zu machen? Male bitte ein zweites Bild, auf dem man sieht, wie es dem Stottern am Ende von der Therapie geht, wenn du herausgefunden hast, wie du es bändigen kannst. Male auch, was du tust oder brauchst, um das Stottern auf dem Bild zu bändigen“ (Bild weiterentwickeln).</p> <p>Im weiteren Verlauf der Therapie kann auf die so entstandene Verbildlichung des Stotterns immer wieder zurückgegriffen und das Bild auch angepasst und weiterentwickelt werden.</p> <p>Genauere Anamnese: liegt möglicherweise Mobbing oder eine posttraumatische Belastungsstörung vor? In diesem Fall sollte überlegt werden, die Stottertherapie mit einer Psychotherapie zu verknüpfen.</p>
<p>Kind gibt aus „Coolness“-Gründen trotz hoher Aufregung nur niedrige Werte in In-vivo-Übungen an</p>	<p>Das Kind davor schützen, sich selbst zu überfordern und den Ernst der Situation benennen sowie die entsprechenden (primären) Gefühle (Sandrieser & Schneider, 2015), S. 62). Ggf. von eigenen vergleichbaren Erfahrungen oder von anderen Kindern berichten. Bei Kindern mit hohem Schutzbedürfnis erst einmal erste unverbindliche Experimente mit der Desensibilisierung anbieten, in denen das Kind viel Kontrolle behält. Da durch lange Vorüberlegungen die Angst bei manchen Kindern steigt, kann man auch deutlich einfachere Aufgaben ohne lange Vorbesprechung vorgeben.</p>
<p>Lange unkontrollierbare Symptome in vivo</p>	<p>häufiges Auftreten: Beginn der Modifikation. vereinzelttes Auftreten: Hilfen mit dem Kind vereinbaren (z.B. Chorsprechen, die Therapeutin erklärt dem Gesprächspartner die Situation und bittet um Geduld. Sie kann auch die Gesprächssituation übernehmen, sobald das Kind das vereinbarte Zeichen gibt, o.ä.).</p> <p>wenn es zum ersten Mal passiert, in der Situation entscheiden, ob das Kind Hilfe braucht oder selbst die Situation beenden kann → danach Reflektion. Klärung, ob die Hierarchiestufe stimmte. Bei Ablehnung weiterer Versuche Hinweis auf die Metapher “Wasserscheu”: wer mal ins Wasser gefallen ist und danach Wasser vermeidet, wird seine Angst vergrößern. Besondere Verstärker, wenn danach wieder eine Situation aufgesucht wird.</p> <p>Nutzung des Symptoms zur Identifikation. In diesem Falle ist es sogar willkommen als einmalige Gelegenheit.</p>
<p>Umgang mit Verzagtheit: das Kind stellt sich und die ganze Therapie infrage.</p>	<p>Grund kann ein Misserfolg, aber auch die lange Therapiedauer oder kritische Äußerungen von anderen sein.</p> <p>Nicht bagatellisieren! Ernst nehmen und gemeinsam Lösungen suchen! Anlass für ein Bilanzgespräch, ggf. mit Kurskorrektur (siehe “Bilanzgespräche” unter Vertragsarbeit), dabei den Blickwinkel vom “Nichtgeschafften” aufs “Erreichte” ausweiten. Die nächsten Schritte in Richtung Endziel fragmentieren, Teilerfolge außerhalb der Therapie suchen, aktuellen Schwerpunkt hinterfragen, ggf. Kompromisse aushandeln</p> <p>Übungen mit “Erfolgsgarantie” durchführen</p>
<p>kommunikativ-pragmatische Unsicherheit</p>	<p>Siehe Rahmentherapie und Kuckenberg (2015)</p>
<p>kulturelle oder sprachliche Barrieren</p>	<p>Keine unvereinbarten Integrationsversuche (dafür gibt es keinen Auftrag!) Absprache von alternativen Möglichkeiten innerhalb des Bezugsrahmens und der Umgebungsbedingungen der Familie</p>

	<p>Desensibilisierungsübungen per Telefon in der Erstsprache, Andere einladen, Lesen mitgebrachter Texte, Kind erklärt den Eltern Inhalte und Aufgaben in deren Sprache</p> <p>Sprachbarriere durch viel Modell ausgleichen, Material der BVSS nutzen; überlegen, wer innerhalb der Familie/des Bekanntenkreises als Übersetzer fungieren kann</p> <p>Weitere Anregungen finden sich in Scharff Rethfeldt (2013)</p>
Grundhaltung "Die Therapeutin soll mich heilen, ich brauche nicht aktiv zu werden."	Information über die grundsätzlich nicht verhandelbaren Aspekte der Vorgehensweise und Überprüfung des Vertrages. Ggf. direktiveres Vorgehen (verordnen, was getan werden soll). Auch die Beendigung der Therapie mit dem Angebot einer Wiedervorstellung ist möglich.
Aufschub- und sprachliches Vermeiden bleiben bestehen	<p>In der Regel bewirkt die Desensibilisierung, dass Aufschub, Starter und Vermeideverhalten im Alltag seltener werden. Da sich die Angst vor dem Stottern reduziert, werden sie überflüssig. Wenn diese Verhaltensweisen nach längerer Zeit trotz kontinuierlicher Übungen fortbestehen, sind zwei Hypothesen denkbar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Desensibilisierung gegen die echte Kernsymptomatik ist noch nicht ausreichend, da das Kind die Desensibilisierungs-Erfahrungen mit dem Pseudostottern zu wenig mit seinen echten Symptomen in Verbindung bringt → siehe „Wahl des Pseudostotterns“. Das Kind möchte nicht auf die Sicherheit durch das Vermeiden verzichten. → Reflexion dieses Prozesses mit dem Kind anhand des „Wegemodells“. <p>Das Verhalten ist so sehr zur Gewohnheit geworden, dass es nicht einfach abgelegt werden kann. Siehe „Desensibilisierung“</p> <p>Überprüft werden können diese Hypothesen durch die Identifikation.</p>
Kind führt die In-vivo-Aufgaben durch und wirkt dabei "unbeteiligt"	<p>Vermutlich versucht das Kind, sehr starke Gefühle zu kontrollieren und distanziert sich innerlich vom Geschehen, z. B. als Anpassung an den Wunsch der Therapeutin, oder aus dem Anspruch, vor sich selbst nicht als Versager dastehen zu wollen → Erfahrungen können von Kind kaum genutzt werden, unabhängig davon, wie positiv die Gesprächspartner auch reagiert haben mögen - das Kind nimmt sie nicht richtig wahr</p> <p>→ deutlich niedrigere Hierarchiestufe suchen, die Erlaubnis geben, offen ‚Nein‘ zu sagen, weil man dann gemeinsam Alternativen überlegen kann. Deutlich machen, dass ‚Nein-sagen‘ Mut kostet, manchmal mehr Mut als die eigentliche Mutprobe, und klären, ob es auch ein Ziel sein kann, besser ‚Nein‘ sagen zu können in der Therapie.</p>
Das Kind entfernt sich von der Therapeutin, wenn diese in vivo pseudostottert	Dem Kind mehr Kontrolle über das Pseudostottern der Therapeutin einräumen (Häufigkeit, Symptomart, Dauer, Anzahl der Iterationen). Das Kind steht direkt neben der Therapeutin und gibt ein Berührungssignal (z.B. unauffällig auf den Fuß steigen), wann und wie lange gestottert werden soll. Klären, ob das Kind lieber selbst das Gespräch führen will statt zuzuschauen.
Gesprächseröffnung (in vivo) zu angstbesetzt	Therapeutin eröffnet das Gespräch, das Kind führt fort. Eignet sich gut für Umfragen und bei Informationsgesprächen am Telefon/in Geschäften.
Gesprächspartner antworten nicht dem Kind, sondern der Therapeutin	<p>Dem Kind vermitteln, dass viele Erwachsene nicht gewohnt sind, von Kindern angesprochen zu werden und deshalb lieber mit einem Erwachsenen sprechen.</p> <p>Das Kind/die Therapeutin informiert den Gesprächspartner vorneweg darüber, dass das Kind eine Übung in Verbindung mit einer Stottertherapie durchführt.</p> <p>Therapeutin steht etwas entfernt und beobachtet.</p>

<p>Gesprächspartner reagiert unangemessen, z.B. beschämt zur Seite schauen, das Kind so behandeln, als wäre es dumm, Lachen, Ermahnung zum ‚Luftholen‘, bei Umfragen inhaltlich falsche, ggf. sogar kränkende Antworten, endlose Monologe, ungefragte Belehrung über Therapiemethoden</p>	<p>Solche Situationen sind zwar für das Kind unangenehm, bieten aber die Gelegenheit, sie genauer zu analysieren und aufzuzeigen, dass auch Gesprächspartner ungeschickt oder unhöflich sind und Fehler machen, oft ohne es zu merken. → vorbeugend vereinbaren, dass die Therapeutin eingreifen darf, wenn sich der Gesprächspartner unangemessen verhält oder das Kind sich überfordert fühlt (ggf. Geheimzeichen vereinbaren). Ob in Umfragen geäußerte Vorurteile und fehlerhaftes Wissen über Stottern von der Therapeutin richtiggestellt werden, muss im Einzelfall entschieden werden. Dabei leiten folgende Fragen: Muss sich vorrangig um die Betroffenheit des Kindes gekümmert werden? Fühlt sich die Therapeutin selbstsicher genug? → Auch mit Aufregung ist sie ein glaubwürdiges Modell für das Kind. Würde eine Richtigstellung in eine endlose und nutzlose Diskussion mit dem Gesprächspartner führen? Ist die Reaktion wichtig, um dem Kind zu signalisieren, dass man nicht akzeptiert, dass es gekränkt wird? In der Desensibilisierung fortgeschrittene Kinder können geäußerte Vorurteile richtigstellen (vorher im Rollenspiel üben, siehe auch „Rahmentherapie“).</p>
<p>Kind achtet im Gespräch nicht auf die Reaktionen des Gesprächspartners</p>	<p>Um negative Phantasien über den Gesprächspartner und sein Verhalten zu überprüfen, ist es wichtig, dessen Reaktionen wahrzunehmen und sachlich zu interpretieren. → Ursache suchen über Verhaltensbeobachtung und Gespräch mit den Eltern über deren Vermutungen Beispiele für Ursachen: Einengung der Wahrnehmung aufgrund von Aufregung, Angst, den vorbesprochenen Text nicht richtig wiederzugeben und etwas zu vergessen, Unsicherheit in pragmatischen Ritualen (Begrüßung, Verabschiedung, Dank etc.), Fluchtwünsche (“ins Mausloch verkriechen”), zu häufige Wiederholung derselben Situation und daraus resultierendes Desinteresse. Die Maßnahmen richten sich nach den Gründen: leichtere bzw. schwierigere Sprechsituationen, Training pragmatischer Fähigkeiten, Aufmerksamkeitslenkung auf die Antworten des Gesprächspartners mit einem Beobachtungsbogen, Erlaubnis und “Übung” zur Improvisation, Angebot von Hilfestellungen im Gespräch etc.</p>
<p>Verdacht auf Bagatellisierung</p>	<p>In der Familie wird betont, dass das Stottern GAR NICHTS ausmacht, weder dem Kind noch anderen Familienmitgliedern → klären, ob das eine Bagatellisierung ist oder authentisch. Zur genaueren Abklärung kann der Fragebogen zum Sprechen (Susanne Cook, 2013) oder der OASES-S (Euler et al., 2015) abgenommen werden, aber auch Verfahren, in denen das Kind sein Stottern malt (siehe „Rahmentherapie“). Bagatellisierung kann dazu führen, dass das Kind sich nicht auf die Desensibilisierung einlässt oder sich überfordert, da es ja keine Probleme haben darf → klären: Wovor hat die Familie/das Kind Angst, wenn die wahre Tragweite anerkannt würde? Gibt es ausreichend Informationen über Stottern, Verläufe, Prognose etc.? Gibt es Schuldgefühle oder weitere Familienangehörige, die Druck machen? Wird Stottern als Versagen der Eltern angesehen?</p>
<p>„Abfuhr“ bei In-Vivo</p>	<p>Vorher ankündigen, dass es vorkommen kann, dass ein Gesprächspartner sich nicht auf ein Gespräch einlassen will. Mut anerkennen, das Gespräch begonnen zu haben. Situation analysieren, um die Ursache der Abfuhr besser zu verstehen (z.B. eiliger Passant oder Kind nimmt nicht eindeutig Kontakt auf). Situation ggf. im Rollenspiel durchspielen. Dafür sorgen, dass am Ende der Stunde eine positive Erinnerung an Erfolg steht, d.h. noch in derselben Sitzung im Anschluss mehrere Situationen aufsuchen. Hilfen: z.B. größere Verstärkung und niedrigere Hierarchiestufe. Gute Anregungen auch in (Wendlandt, 2003)</p>

<p>Desensibilisierungs- Hausaufgaben werden nicht gemacht</p>	<p>Ursachenforschung: Therapeutenseite: Sinn nicht vermittelt, nicht verbindlich erarbeitet, unzureichende Vermittlung von Material, Vorgehensweise für Eltern/Kind, kein Verstärkungssystem, Hausaufgabe gegeben, bevor Eltern und Kind sich sicher fühlten. Kindseite: Schützt das Kind die unzureichend desensibilisierten Eltern? Schützt sich das Kind vor didaktisch ungeschickten Eltern? Vertrag für alle klar? Geschwisterkonkurrenz? Zeitliche Ressourcen? Kulturelle Unterschiede Elternseite: Überforderung inhaltlich, zeitlich, bzgl. der Rahmenbedingungen (Geschwister, Tageslauf...), Rolle als Ko-Therapeutin nicht übernommen/nicht übernehmbar. → nach gemeinsamer Ursachenforschung gemeinsame Problemlösung und Aufstellen eines neuen Vertrags</p>
<p>Kein Blickkontakt während eines In-vivo- Gesprächs</p>	<p>Überprüfen: Ist der Blickkontakt tatsächlich in solchen Situationen unangemessen? Ist er nur während des Pseudostotterns nicht vorhanden? kein Blickkontakt, um sich auf das Pseudostottern konzentrieren zu können → Blickkontakt in einfacheren Aufgaben üben Peinlichkeitsreaktion: Desensibilisierungshierarchie zum Blickkontakt, ggf. ohne Berücksichtigung von Stottern/Pseudostottern generelle Schüchternheit, kultureller Hintergrund: prüfen, ob das überhaupt Therapieauftrag sein sollte, ggf. mit Kind und Eltern klären.</p>

Checkliste 3: Desensibilisierung (Kap. 2)

Inhalt	Kommentar	Datum
Enttabuisierung (2.4.1)		
Information Eltern		
Information Kind		
Kontrollverlust und eigene Symptomatik		
Sprechen und Stottern analysieren		
Verursachung		
Sprechtechnik		
Zuhörerreaktionen und Vorurteile		
Schulsituation macht direkte Intervention nötig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Therapieansatz		
Familientermin		
Erstes Bilanzgespräch und Vertragsrevision		
Desensibilisierung gegen Symptomatik (0)		
Einbezug Identifikation (artikulatorische Phonetik/ Symptomanalyse)		
Einbezug Modifikation (Prolongation)		
Pseudostottern eingeführt		
geeignete Version	<input type="checkbox"/> Pseudo-Wiederholungen <input type="checkbox"/> Pseudo-Dehnungen <input type="checkbox"/> Pseudo-Blockierungen <input type="checkbox"/> Pseudostottern löst regelmäßig Kontrollverlust aus → Prolongation vorziehen?	
Hausaufgaben eingeführt	<input type="checkbox"/> Kind allein <input type="checkbox"/> mit Unterstützung der Eltern <input type="checkbox"/> nicht möglich	

<p>Training Pseudostottern linguistische Ebene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wortebene <input type="checkbox"/> Satzmusterebene <input type="checkbox"/> Satzebene <input type="checkbox"/> kurzer Monolog <input type="checkbox"/> kurzer Dialog <input type="checkbox"/> langer Monolog <input type="checkbox"/> langer Dialog 	
<p>Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen (0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Information und Vertrag <input type="checkbox"/> Hierarchie (Mutleiter) erarbeitet <input type="checkbox"/> Anzahl durchgeführter Situationen (Strichliste) mit unbearbeitetem Stottern: mit Pseudostottern: mit Prolongation/Pullout: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> im Therapieraum im Rollenspiel <input type="checkbox"/> im Therapieraum mit Gästen <input type="checkbox"/> in der Praxis <input type="checkbox"/> außerhalb der Praxis <input type="checkbox"/> am Telefon 	
<p>Vermeideverhalten direkt bearbeitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> situatives Vermeideverhalten <input type="checkbox"/> sprachliches Vermeideverhalten 	
<p>Rahmentherapie einbezogen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemlöseverhalten <input type="checkbox"/> Pragmatik <input type="checkbox"/> Schulbesuch 	

3 Identifikation

In der Identifikation werden die eigene Symptomatik, bei Bedarf auch Aspekte des Begleitverhaltens, des Vermeidens und der psychischen Reaktionen analysiert und bei manchen Kindern bereits das Stoppen als erste Möglichkeit der Kontrolle über Stotterersymptome erarbeitet. Die Identifikation dient einerseits der Desensibilisierung gegen die eigene Symptomatik und erarbeitet andererseits die kognitiven, sensorischen und motorischen Grundlagen für Sprechtechniken im Symptom. Da die Identifikation zu einem großen Teil parallel zur Desensibilisierung stattfindet, ist die eigentliche Identifikationsphase sehr kurz und manchmal nicht als eigene Phase erkennbar, vor allem, wenn die Identifikation anschließend parallel zur Modifikation weitergeführt wird.

Die Identifikation besteht aus vier Arbeitsbereichen:

1. die artikulatorische Phonetik zur Vermittlung der Grundlagen zur Analyse, bewussten Steuerung und Beschreibung von Sprechen und Stottern
2. die Symptomanalyse, in der die artikulatorische Phonetik zur Anwendung kommt. Als Arbeitsmaterial dienen echte und imitierte Stotterereignisse, also Symptome, die in der Selbstwahrnehmung von Anstrengung und Dauer dem echten Symptom möglichst nahekommen.
3. Vermeideverhalten, Gedanken und Gefühle in Verbindung mit Sprechen und Stottern
4. die Symptomregistrierung („Monitoring“)
Dies ist die Aufmerksamkeitslenkung auf das Auftreten von Stotterereignissen und stellt die Voraussetzung für das kontrollierende Eingreifen in Symptome mit einer Technik dar.

Durch die Identifikation von Anstrengungsverhalten im Symptom und durch das Pseudostottern reduziert sich häufig motorisches Begleitverhalten. Feste sprachliche Vermeidemuster (Starter und Aufschub) werden öfter durch offenes Stottern ersetzt. Durch das Stoppen eines Symptoms in der Symptomanalyse wird das Kontrollgefühl über ein Symptom gestärkt.

3.1 Einbezug von Elementen aus anderen Therapiephasen

Bei Schul-KIDS muss die Phase der Desensibilisierung keineswegs abgeschlossen sein, bevor die Identifikation beginnt. Vielmehr beginnt das Identifizieren bereits zu Beginn der Desensibilisierungsphase und durchzieht alle Phasen des Therapiekonzepts.

Die Identifikation im üblichen Therapieverlauf (Abbildung 10) beginnt mit der artikulatorischen Phonetik, in der die Grundlagen zur Analyse und Beschreibung von Sprechen und Stottern vermittelt werden. Die artikulatorische Phonetik wird während der Enttabuisierung eingeführt und läuft im selben Zeitraum wie die Desensibilisierung gegen die Kernsymptomatik. Die Symptomanalyse wird von Anfang an exemplarisch an fremden und eigenen, imitierten und echten Symptomen mit den dem Therapiestand entsprechenden Möglichkeiten durchgeführt. Wenn die artikulatorische Phonetik beendet ist und somit die sprechmotorischen und sensorischen Voraussetzungen gegeben sind, schließt sich aus der Modifikation die Erarbeitung der Prolongation an, unabhängig vom Stand der Desensibilisierung oder der Fähigkeit zur Symptomanalyse. In der Identifikation wird die Symptomanalyse jetzt intensiviert, da die Aussicht darauf, bald Symptome kontrollieren zu können, die damit verbundene emotionale Belastung verringert. Sobald das Kind seine Symptome gut analysieren und vereinzelt selbst bemerken kann, beginnt die Symptomregistrierung, also das schnelle systematische Bemerkens von Symptomen. Hier kann das Stoppen von Symptomen vorgezogen werden, was später in der Modifikationsphase bei der Erarbeitung des Pullout genutzt wird, um schnell in Symptome einzugreifen.

Auch während der Modifikation, der Generalisierung und Nachsorge wird identifiziert. Die Symptomregistrierung ist die Voraussetzung zur kontinuierlichen Anwendung der Techniken. Die erworbenen Fähigkeiten zur Analyse dienen aber auch zum Troubleshooting bei Problemen mit der Technik oder bei Rückfällen nach Therapieende bzw. bei Auffrischungen.

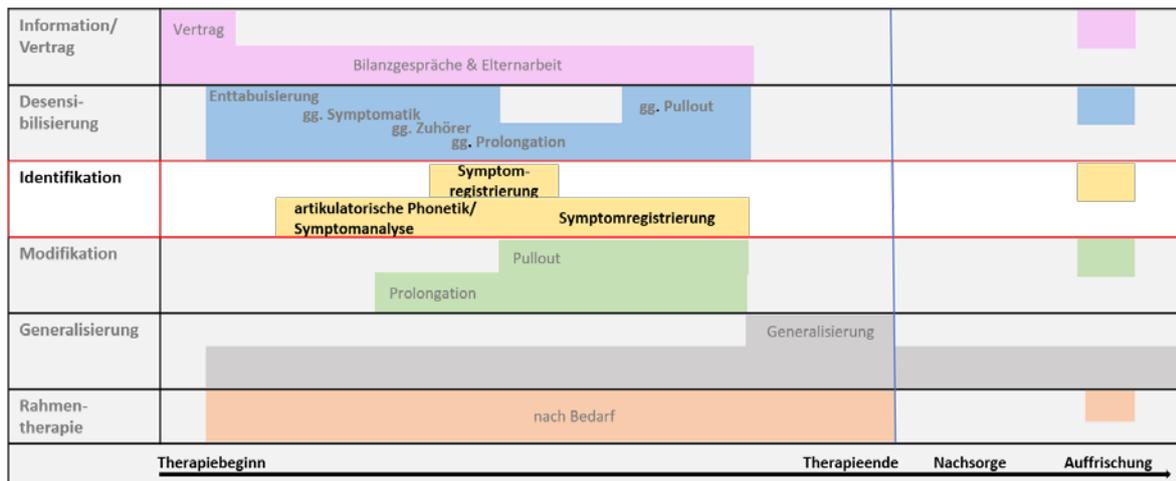


Abbildung 10: Standardvorgehen in der Identifikation mit Einbezug von Elementen anderer Phasen

Abbildung 11 zeigt, wie sich der übliche Ablauf der Identifikation verändert, wenn die propriozeptive Wahrnehmung und Steuerung von Artikulation und Phonation und das Monitoring schwerfallen. Dann dauern artikulatorische Phonetik und Symptomanalyse länger und auch mit der Prolongation kann wahrscheinlich erst später begonnen werden. Die Fortschritte in der Desensibilisierung sind unabhängig davon. Erst im Therapieverlauf wird sich zeigen, ob die Fähigkeit zur Symptomregistrierung Symptomlösetechniken zulässt.

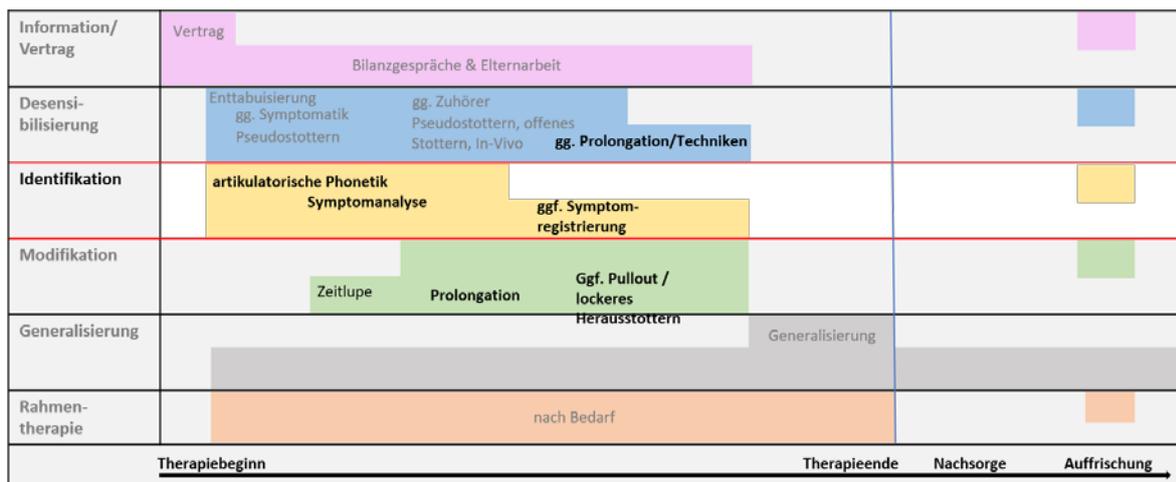


Abbildung 11: Variante der Identifikation, wenn die propriozeptive Wahrnehmung und Steuerung von Artikulation und Phonation und das Monitoring schwerfallen

3.2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist die grundsätzliche Bereitschaft des Kindes, sich mit echten Symptomen auseinanderzusetzen, selbst wenn es sich dabei zu Anfang erkennbar unwohl fühlt. Inwieweit das gegeben ist, kann von Anfang an festgestellt werden, da schon die artikulatorische Phonetik immer wieder imitierte und echte Symptome untersucht. Von Beginn an braucht es daher eine klare Absprache mit dem Kind, dass echte Symptome analysiert werden. Dem Kind muss klar sein, welches Ziel damit verfolgt wird und wie die Identifikation das Eingreifen in Symptome erleichtert.

3.3 Ziele

1. Das Kind kann eigene Symptome wahrnehmen, imitieren/variieren und beschreiben hinsichtlich der Kriterien Symptomart, Dauer, betroffenes Wort/Laut, artikulatorische Eigenschaften, Begleitverhalten, Vermeideverhalten und emotionale Reaktionen.
2. Das Kind registriert Symptome während des Sprechens zeitnah (Monitoring).
3. Das Kind kann in Symptomen das Sprechen stoppen.
4. Das Kind setzt sich ohne negative Emotionen mit der eigenen Symptomatik auseinander.
5. Das Kind thematisiert Emotionen, die mit dem Stottern, dem Sprechen und der Identifikation verbundenen sind.
6. Das Kind zeigt überwiegend offenes Stottern.
7. Das Kind kennt eigenes Vermeideverhalten und kann dieses reduzieren.

3.4 Vorgehensweise

Schon während der Enttabuisierung beginnt man, vereinzelt echte Symptome zu analysieren. Denn mit dem Wissen über eigene Symptome wird auch die Zielsetzung präziser und die Motivation zur Veränderung klarer. Die Konfrontation mit eigenen Symptomen ist ein wesentlicher Teil der Desensibilisierung. Dabei muss sorgfältig darauf geachtet werden, das Kind nicht zu über- aber auch nicht zu unterfordern.



Variationen der Identifikation

Um die richtige Hierarchiestufe zu finden, kann man Umgebungsbedingungen, Stimulus und Konsequenz beeinflussen:

2. Umgebungsbedingungen (Auswirkungen auf die Organismusvariable)

Dies betrifft im Wesentlichen die Haltung der Therapeutin (siehe Antithetisches Verhalten und Erlaubnisarbeit): sachlich, neugierig, begeistert bei Entdeckungen, Hinweis auf die Sprechtechniken und die freiere Kommunikation, die dadurch möglich wird). In der Therapie wird eine Situation hergestellt, die mit den bisher negativen Gefühlen nicht vereinbar ist, z.B. eine positiv neugierige Atmosphäre von "Jugend forscht", ein spannendes Wettspiel mit hoher Aussicht, zu gewinnen etc.

Stimulus

Generell können in der Identifikation folgende Aspekte variiert werden:

fremde (z.B. Videos von anderen stotternden Kindern oder Erwachsenen) oder eigene echte Symptome

Schweregrad des Symptoms (Art, Dauer, Begleitverhalten)

Art der Darbietung (von Aufzeichnung: Audio, Video, live registrieren, mit Spiegel, beschreiben, imitieren durch Kind, durch Therapeutin)

Anzahl der analysierten Symptome (zunächst nur vereinzelt, später systematisch)

Fokus der Analyse, jeweils abhängig vom Kenntnisstand (z.B. Symptomart, Dauer, betroffenes Wort/Laut, artikulatorische Eigenschaften, Begleitverhalten, Vermeideverhalten, emotionale Reaktionen)

Konsequenz

Die gelungene Identifikation von Symptomen kann durch verbale Anerkennung (s. Haltung der Therapeutin) und systematisches Feedback über Erfolge verstärkt werden (z.B. Dokumentation in der ‚Stotterzwiebel‘ (Mat. 2_Zwiebelschalenmodell), eigene Seite anlegen im Detektivheft (Mat. 1_Metaphern-Vertrag). Zusätzlich kann in Übungen auch ein Verstärkungssystem (z.B. jedes analysierte Symptom = 1 Strich, 5 Striche = 1 Punkt, 10 Punkte = 1 Sticker) genutzt werden (Mat. 0_Verstärkungssysteme).



Material Identifikation

Mat. 3_Elterninfo Identifikation

Mat. 2_Zwiebelschalenmodell

Mat. 1_Metaphern-Vertrag

Mat. 0_Verstärkungssysteme

3.4.1 Artikulatorische Phonetik

Während der Erarbeitung der neurophysiologischen Steuerung des Sprechens in der Enttabuisierung wird die artikulatorische Phonetik eingeführt (Mat. 3_Elterninfo AK-Phon) und dann neben Pseudostottern und Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen kontinuierlich als kurzes Element der Stunden und als Hausaufgabe (Mat. 3_AK-Phon-Hausaufgaben) weitergeführt, bis sie in die Symptomregistrierung und - weitgehend unabhängig vom Stand der Desensibilisierung - in die Erarbeitung der Prolongation übergeht.

In der artikulatorischen Phonetik erwirbt das Kind die Fähigkeit zur bewussten Selbstbeobachtung der Artikulationsbewegungen und der Phonation, zu deren Beschreibung und bewussten motorischen Ausführung. Es lernt, dieses Wissen auf flüssiges Sprechen, auf imitiertes und echtes Stottern bei anderen und sich selbst anzuwenden.

Während der Enttabuisierung wurden bereits die beim Sprechen beteiligten Organe und durch die Geschichte von den kleinen Boten auch die neurophysiologischen Fehleranfälligkeiten bei deren Steuerung besprochen. Anschließend daran werden nun in einer Grundhaltung von *Jugend forscht* die Artikulationsarten vermittelt (Verwendung von Spiegel, Videokamera, anatomische Abbildungen, Kehlkopfmodell, Echtzeit-MRT-Aufnahmen (Mat. 3_Identifikation-Videobeispiele). Dabei werden die Kontraste Plosiv/dehnbar (Kontinuant), Vokal/Konsonant und stimmhaft/stimmlos gegenübergestellt und kindgerecht visualisiert (Mat. 3_AK-Phon-Visualisierungen).

Anhand von flüssigem Sprechen lernt das Kind dann, eigene Sprechbewegungen wahrzunehmen, sie zu imitieren bzw. bewusst anzusteuern und sie mit geeignetem Vokabular zu beschreiben (Mat. 3_AK Phonaufbau). Vor allem die Untersuchung des flüssigen Sprechens im Kontrast zu imitierten und vereinzelt zu echten Symptomen geschieht in einer forschenden Atmosphäre, wodurch negativen Gefühlen vorgebeugt wird (vgl. 4.5.2). Das bedeutet, dass jedes neu gelernte Kriterium der artikulatorischen Phonetik möglichst bald zur Symptomanalyse herangezogen wird, die sich so immer weiter ausdifferenziert. Die Erkenntnisse werden in der Stotterzwiebel (Mat. 2_Zwiebelschalenmodell) festgehalten.



Material
artikulatorische
Phonetik

Mat. 3_Elterninfo_AK-Phon
Mat. 3_AK-Phon-Aufbau
Mat. 3_AK-Phon-Visualisierungen
Mat. 3_AK-Phon-Hausaufgaben
Mat. 2_Zwiebelschalenmodell
Mat. 3_Identifikation Videobeispiele

3.4.2 Symptomanalyse

Um dem Kind den Sinn der Identifikation zu begründen, greift die Therapeutin die visuelle Darstellung des Pullouts aus der Informationseinheit mit seinen verschiedenen Phasen wieder auf. Schon in der Enttabuisierung wurde mit der eigenen ‚Stotterzwiebel‘ begonnen. Diese wird kontinuierlich erweitert bzw. aktualisiert. Dabei wird neu erworbenes Wissen über Stottern und aus der artikulatorischen Phonetik erst einmal anhand von Videos anderer Kinder/Erwachsener angewendet, bevor es auf das eigene Stottern bezogen wird. In diesen Videos soll zunächst das Kind stoppen, wenn es glaubt, ein Stottereignis entdeckt zu haben. Gemeinsam wird durch Imitation und Nachspüren ermittelt, welche Symptomart, Dauer, betroffenes Wort/Laut, artikulatorische Eigenschaften, Begleitverhalten (Wo ist die Anspannung im Körper spürbar?), Vermeiderverhalten, emotionale Reaktionen beobachtet wurden (Mat. 3_Symptomanalyse). Dabei wird die Anspannung in imitierten Symptomen variiert. Hier eignen sich Hilfsmittel wie die Metapher ‚Gas-Bremse‘ oder als lautunterstützende Bewegung einen Ball zusammen zu drücken (Mat. 3_Identifikation Visualisierungen). Möglich ist auch, die Hände genauso stark aufeinander zu pressen, wie die Anspannung empfunden wird und mit dieser Anspannung zu experimentieren.

Die Auswahl der Videos von anderen sollte das Kind nicht mit starken motorischen Begleitsymptomen oder unterwürfigem oder peinlichem Kommunikationsverhalten konfrontieren.



"Du hast ja schon viel über Sprechen und Stottern gelernt. Bis jetzt haben wir dafür fast immer nur absichtlich gestottert. Aber du willst ja das echte Stottern besser in den Griff kriegen durch den Pullout. Dazu müssen wir es auch genau erforschen. Wie ein Musiker oder ein Sportler, der immer wieder bei derselben Sache nicht zufrieden ist, herausfinden muss, was da eigentlich passiert und wie er es besser machen könnte."

Im Anschluss an diese Information wird mit dem Kind geklärt, welcher nächste Schritt es am meisten interessieren würde: sich selbst auf Audio oder Video zu analysieren, oder online (während des Sprechens) einzelne Stottereignisse zu erwischen und zu untersuchen. Dabei wird nach den Kriterien Symptomart, betroffenes Wort/betroffene Silbe, Dauer, Begleitsymptomatik und ggf. begleitende Gefühle und Gedanken untersucht. Neue Erkenntnisse werden in der Stotterzweibel festgehalten. Bei sehr häufiger und starker Symptomatik sollte nach Möglichkeit mit einer vorab ausgewählten Aufnahme begonnen werden, da sich so die Konfrontation besser steuern lässt. Man beginnt mit leichten Symptomen und weitet die Identifikation dann auf schwerere Symptome aus. Dabei geht es nicht darum, das Kind mit der stärksten Ausprägung zu konfrontieren, sondern um die Vermittlung: "Wie fühlt sich das an beim Imitieren, was mache ich da anders als beim normalen Sprechen?".

Vor der Übung wird vereinbart, wer die Aufnahme/den Redefluss stoppt, z.B.: „Ich werde dich jetzt stoppen, wenn ein besonders deutliches Stottern war, und wir untersuchen es dann genauer. Einverstanden?“ Langfristig soll vor allem das Kind in der Lage sein, eigenständig Stottereignisse zu bemerken und dort zu stoppen. Eine Aufnahme kann mehrmals angeschaut werden, bis Therapeutin und Kind genau verstanden haben, was passiert und bis sie es auch beide gut imitieren können. Bei der Imitation geht es darum, möglichst nahe an die Qualität des echten Symptoms heranzukommen, also um die Kombination aus motorischer Steuerung und differenzierter Selbstwahrnehmung. Dazu kommt die Verbesserung der Fähigkeit, dies auch zu versprachlichen. Werden Symptome online analysiert, sind Imitation und ggf. Spiegel (Begleitsymptomatik) das einzige Mittel. Allerdings kann man ggf. zur Sicherheit parallel eine Aufnahme mitlaufen lassen. Bei der Reflexion lenken offene Fragen wie „Da habe ich was gehört, wollen wir mal schauen was da war?“ die Aufmerksamkeit besser als geschlossene Fragen wie „War da ein Stottern?“.

Als Hausaufgabe sollen längere echte Symptome analysiert und beschrieben werden (Mat. 3_Identifikation Hausaufgaben). Wenn Eltern gut dazu in der Lage sind, mit deren Unterstützung. Vereinzelt haben Schulkinder Aufschub oder Starter so automatisiert, dass sie auch bei guter Desensibilisierung gegen die Kernsymptomatik kaum noch beeinflusst werden können (ich äh-also-äh bin ge- äh-also-äh –ge- äh-also-äh -kommen). Hier muss das Kind lernen, die Starter/Aufschübe zu identifizieren (z.B. vom Video). Die Konfrontation mit diesem Verhalten motiviert die meisten Kinder, das Verhalten möglichst schnell abzulegen. Bei dieser Konfrontation wird die Funktion als Copingstrategie reflektiert. Die Therapeutin wertet das Verhalten nicht, sondern sie fragt das Kind nach der Brauchbarkeit. Bei entsprechender Vereinbarung wird jedes offene Stottern verstärkt und es erfolgt ein Training mit systematischem Registrieren. Im nächsten Schritt soll das Kind jeden Aufschub/Starter unterlassen und stattdessen offenes Stottern oder Pseudostottern, später auch Prolongationen zeigen. Nehmen die offenen Symptome zu, kann zur normalen Symptomregistrierung übergegangen werden.



**Material
Symptom-
analyse**

Mat. 3_Symptomanalyse
Mat. 3_Identifikation Visualisierungen
Mat. 3_Identifikation Hausaufgaben

3.4.3 Symptomregistrierung

Während bei der Symptomanalyse auf die Qualität von Symptomen geachtet wird, geht es beim Symptomregistrieren um die Quantität. Möglichst viele Symptome sollen in der Spontansprache möglichst früh entdeckt werden. Dadurch kann in der Modifikation schneller in das Symptom eingegriffen werden. Die Symptomregistrierung greift in den unwillkürlichen Ablauf des Symptom-Musters ein, indem bei einem Symptom so früh wie möglich ein Signal gegeben wird, also bestenfalls gleich zu Beginn oder sogar direkt davor. Wenn dann zusätzlich gleichzeitig das Symptom gestoppt wird, bedeutet das eine noch deutlichere Übernahme der Kontrolle über das automatisierte Symptom-Muster.



**Symptom-
registrie-
rung**

Mit der Symptomregistrierung kann begonnen werden, sobald das Kind seine Symptome (mit Hilfe) erkennen und eigenständig ohne negative Emotionen benennen, beschreiben und imitieren kann. Voraussetzung ist, dass sich genügend Symptome offen zeigen. Wenn dies aufgrund von Vermeideverhalten nicht möglich ist, muss dies erst abgebaut werden. In der Symptomregistrierung zeigt sich, ob das Kind seine Stottereignisse schon vor dem Auftreten bemerkt. Solche Kinder haben einen großen Vorteil. Hier lohnt es sich, statt des Pullouts vorbeugende Prolongationen einzuführen und deren Wirksamkeit zu untersuchen. Sollte das der gewählte Weg sein, muss geklärt werden, dass der Therapievertrag sich gerade verändert und nicht mehr an der Modifikation von Stottereignissen gearbeitet wird, sondern an einer vorbeugenden Technik. Kind und Eltern werden darüber informiert, dass im Bedarfsfall auch der Pullout erarbeitet wird.

Wenn Kindern die Symptomregistrierung sehr schwerfällt, weil sie Symptome nicht bemerken (schwaches Monitoring), legt man den Schwerpunkt auf die Modifikation und den Pullout.

Wenn die Symptome nur sehr kurz (weniger als ½ Sekunde) und ohne Begleitsymptomatik sind und vom Kind deshalb nicht wahrgenommen werden, muss man sich die Frage stellen, inwiefern der Pullout oder eine vorbeugende Prolongation nicht auffälliger und aufwändiger für das Kind sind. Dann muss allerdings sichergestellt sein, dass auch im Alltag nur solch kurze, anstrengungsfreie Symptome auftreten und das Kind keinen Kontrollverlust erlebt. Denn häufig ist durch den Schonraumeffekt die Symptomatik während der Sitzungen deutlich leichter als im Alltag, vor allem im Vergleich zur Symptomausprägung in der Schule. Kinder mit sehr häufigen, längeren oder angestregten Symptomen können durch die Symptomregistrierung sehr belastet sein, weil ihnen das Ausmaß ihres Stotterns erst jetzt bewusst wird. Daher sollten Registrierungsübungen bei solchen Kindern nicht zu lang andauern. Hier ist außerdem eine frühe Einführung des Stoppens und des Pullouts zu überlegen.

Wie immer wird zur Einführung dem Kind und den Eltern das Vorgehen begründet. Anhand der Phasen des Pullouts wird erklärt, dass man ein Symptom erst mal entdeckt haben muss bevor man eingreifen kann. Die Symptomregistrierung setzt eine erhöhte geteilte Aufmerksamkeit voraus – auf das Gespräch und gleichzeitig auf die Symptomwahrnehmung. Die Aufmerksamkeit kann verbessert werden durch Wettspiele, wer das Stottern in der Spontansprache zuerst erwischt (Dell, 2001, Mat. 3_Symptomregistrierung). Hier leisten Knackfrösche, Symptomzähler oder andere Signalgeber gute Dienste. Zunächst zeigt die Therapeutin imitiertes Stottern. Dann ist das Kind dran - es darf echte oder, wenn keine echten auftreten, imitierte Symptome zeigen. Das Vorhandensein von echten Symptomen wird als Vorteil seitens der Therapeutin dargestellt. Bei imitierten Symptomen wird das Kind mit Sicherheit vor der Therapeutin das Signal geben und die Wette gewinnen. Jedes erwischte Symptom wird analysiert, mit zunehmender Sicherheit in der Analyse geht das immer schneller.

Es ist anstrengend und u.U. auch emotional belastend, solche Übungen besonders lange auszudehnen. Außerdem ist es nicht für jedes Kind leicht, lange Monologe oder Gespräche zu führen. Daher wird die Dauer solcher Übungen begrenzt, z.B. durch die Anzahl von Symptomen, bei deren Erreichen der Gewinner feststeht und die Übung beendet wird oder eine festgelegte kurze Zeit (z.B. 2 Minuten) in ggf. mehreren kleinen Sequenzen mit Unterbrechungen durch andere Aktivitäten.

Bei der Symptomregistrierung wird die linguistische und situativ-emotionale Schwierigkeit der Sprechanlässe hierarchisch gesteigert (Mat. 0_Sprechanlässe). Wenn man auf die Erarbeitung des Pullouts abzielt, kann die Symptomregistrierung auch bereits während der Identifikationsphase mit dem Stoppen des Symptoms aus der Modifikation verbunden werden (Mat. 0_Stoppen). Sobald in der Modifikationsphase der Pullout am echten Symptom trainiert wird, ist die Symptomregistrierung automatisch integriert. Daher muss sie vor der Modifikation nicht abgeschlossen sein.

Während der Identifikation ist es wichtig, zu vereinbaren und zu erproben, wer dem Kind bei den Hausaufgaben auf welche Weise Feedback geben darf (Mat. 3_Identifikation Hausaufgaben). Denn die Eltern realisieren möglicherweise nicht, dass ihr Kind zu Hause nicht so unempfindlich gegenüber der Symptomidentifikation ist, wie es im Therapieraum wirkt.

In der Identifikation können verschiedene emotionale Reaktionen auftreten, von Zufriedenheit über seltenere und leichtere Symptome über Versuche, die Übungen zu umgehen, bis hin zu Erschütterung über die Häufigkeit oder den Schweregrad einer kaum wahrgenommenen und bisher völlig unterschätzten Symptomatik. Auch wenn die Therapeutin das Kind kleinschrittig mit der eigenen Symptomatik konfrontiert, kann sie solche Reaktionen nicht grundsätzlich verhindern (siehe Troubleshooting).



Anpassung der Planung

Je nachdem, wie ein Kind veranlagt ist, kann die artikulatorische Phonetik, die Symptomanalyse und die Symptomregistrierung sehr leicht oder nur mühsam erarbeitet werden. Entsprechend ist die Planung anzupassen. Kinder mit einem guten Zugang zur Selbstwahrnehmung und Steuerung von Sprechbewegungen können auch sehr schnell die Unterschiede zwischen gestotterten und flüssig gesprochenen Lautfolgen erfassen und meist auch sicher echte Symptome imitieren und analysieren. Die Symptomanalyse dient solchen Kindern eher der Desensibilisierung. Sie können ebenfalls gut ihre Symptome registrieren und haben es beim Erlernen von Prolongation und Pullout leichter. Insgesamt ist zu erwarten, dass die Identifikation zügig erarbeitet werden kann, sofern ausreichend gegen die eigene Symptomatik desensibilisiert ist.

Anderen Kindern fällt es schwer, ihre Sprechbewegungen wahrzunehmen. Sie brauchen viel Zeit und Hilfe und haben keine guten Fähigkeiten zum Monitoring. Um das Kind nicht zu entmutigen, werden die Ziele und das Vorgehen vereinfacht (lediglich Erspüren und Ausführen deutlicher Unterschiede von Artikulationsart und Ort, nur Durchführung kurzer Sequenzen, verstärktes Modell der Therapeutin, deutliche Kontraste). Bei der Symptomanalyse und Symptomregistrierung brauchen nur längere Symptome entdeckt zu werden. Bei schlechtem Monitoring ist möglicherweise die Prolongation nützlicher als der Pullout. Dieser kann aufgrund der schwachen Symptomregistrierung nur bei sehr langen Symptomen eingesetzt werden.



Material Symptom- registrie- rung

Mat. 3_Symptomregistrierung
Mat. 0_Sprechanlässe
Mat. 3_Identifikation Hausaufgaben

3.5 Troubleshooting

<p>Im Therapieraum taucht kaum noch Stottern auf</p>	<p>prüfen, ob der Therapieraum zu sehr ein Schonraum geworden ist oder ob auch in allen anderen Lebensbereichen Stottern nachlässt. Wenn letzteres der Fall ist → prüfen, ob Therapieende eingeleitet werden kann (s. Therapieende).</p> <p>Außerdem prüfen, ob das Kind die Auseinandersetzung mit echten Symptomen mit besonders unauffälligen Strategien vermeidet (s. weiter unten)</p> <p>Grundsätzlich gilt: nicht verbissen auf Symptomjagd gehen, sich mit dem Kind über die geringen Symptome freuen und gleichzeitig bedauern, dass nicht weiter identifiziert werden kann. Vertrauen haben, dass mit der Zeit schon ausreichend Symptome auftauchen werden. Viele Kinder freuen sich, wenn die Therapeutin ganz offen fragt "Ja, was kann ich hier denn in der Therapie machen, damit ich dich wieder mehr stottern höre?"</p> <p>Außerhalb des Therapieraums besteht noch angestregtes und häufigeres Stottern →anspruchsvollere Sprechsituationen sind erforderlich, d.h. Identifikation mit linguistisch komplexen Anforderungen, in vivo oder am Telefon. Dabei kann die kognitive, emotionale und situative Belastung die Symptomregistrierung und das Stoppen erschweren → weitergehen zur Modifikation und parallel jede Gelegenheit nutzen, echte Symptome zu identifizieren. Mit dem Kind vereinbaren, dass es sich während der Sitzung durchgehend selbst stoppt bzw. von der Therapeutin gestoppt werden darf, um ein Stottereignis zu analysieren. d.h. auch schon bei der Begrüßung im Wartezimmer o.ä.</p> <p>Ein weiterer Vertrag betrifft die Hausaufgaben: das Kind soll eigenständig Symptome in den Situationen identifizieren, in denen noch mit Stottern zu rechnen ist. Eine Aufnahme mit dem Smartphone (z.B. während Diskussionen mit den Geschwistern am Abendbrottisch oder der mündlichen Beteiligung im Unterricht) ist ein gutes Hilfsmittel. Die Eltern können einbezogen werden, wenn das Kind zustimmt (Vertrag Eltern-Kind) und eine konstruktive Durchführung sichergestellt ist.</p>
<p>Versuche, Identifikationsübungen zu umgehen</p>	<p>Erlaubnisarbeit (Verständnis, dass Identifikation echter Symptome keinen Spaß macht) und antihetisches Verhalten (Überzeugung, dass das Kind das gut aushalten kann und dass man gemeinsam ein angemessenes Vorgehen finden wird). Konkret heißt das, mit dem Kind realisierbare Kompromisse zu verhandeln. Beispiel: „Es gehört jetzt dazu, echtes Stottern zu untersuchen. Das brauchen wir, damit du als Experte die Stottereignisse kontrollieren kannst. Das ist wie beim Schwimmunterricht, wenn man nie im Wasser übt, lernt man auch nie Schwimmen. Sag mir, ob du dir zutraust 3 oder 5 echte Symptome zu untersuchen).</p> <p>Kompromisse hinsichtlich der Art der Sprechsituation (Audio/Video oder online), der Art/Qualität/Dauer der Symptome, der Anzahl der zu bearbeitenden Symptome, der Dauer der Übung, wer welche Aspekte analysiert, der anschließenden Belohnung etc.)</p>
<p>Das Kind lehnt kompromisslos jegliche Identifikation ab</p>	<p>Ursache suchen: Wurde die Zielsetzung verstanden? Ist das Vorgehen zu konfrontativ? Verbindet das Kind unangenehme Erinnerungen damit? Wird die Therapie grundsätzlich in Frage gestellt? → ggf. Bilanzgespräch bzw. Supervision</p>
<p>Verdacht auf Vermeideverhalten, weil das Kind angibt, die Stottereignisse nicht wahrzunehmen</p>	<p>Überprüfen, ob Problem durch Überlastung (geteilte Aufmerksamkeit) oder Vermeiden entsteht: dafür dem Kind eine Audio- (später auch Video-) Aufnahme vorspielen und es bitten, seine Stottereignisse zu identifizieren. Wenn das ohne Zeichen von Vermeiden geschieht, kann man davon ausgehen, dass es kein Vermeideverhalten war, sondern eine Schwierigkeit des Monitorings in der Sprechsituation.</p>
<p>Das Kind kooperiert, ist aber betroffen über seine Symptomatik</p>	<p>Verständnis zeigen und nicht bagatellisieren. Nicht im Problem verharren, sondern Alternativen aufzeigen: vermitteln, wie durch das Stoppen Kontrolle möglich wird und Vorausschau auf den Pullout. Bei deutlicher Betroffenheit auf die Metaebene gehen → anhand der eigenen Stotterzwickel besprechen „Wie war das damals? Wie ist es jetzt normalerweise? Ist das</p>

	<p>Betroffenheitsgefühl immer da oder nur manchmal oder nur gerade jetzt? Gibt es andere Gefühle wie Wut oder Ärger? Was würdest du mit dem Stottern am liebsten tun, wenn es ein Wesen wäre?“ → anknüpfen an Visualisierungen oder damit anfangen (siehe Rahmentherapie). Zurückmelden, wenn die Symptomatik im Vergleich zur Erstdiagnostik leichter geworden ist (ggf. Video). Gemeinsam reflektieren, wo positive Entwicklungen in Gang sind. Vermittlung, welche Voraussetzungen zur Modifikation es schon gelernt hat und Vorschau auf die nächsten Schritte der Modifikation.</p> <p>Bericht von anderen Kindern, die auch ihre “Durchhänger” haben, mit welchen Sätzen oder Vorstellungen sie sich geholfen haben (z.B. “Jedes erwischte Stottern stecke ich in eine Tüte, die blase ich auf und lasse sie platzen. Ich bin stärker als das Stottern.”) und wie deren Therapie weiterging. Ggf. gemeinsames Gespräch mit den Eltern, die darüber informiert werden, wie anstrengend oder emotional belastend die Therapie oder das Stottern gerade sind. Gemeinsam wird überlegt, wie sie ihr Kind unterstützen können. Das Kind muss die Wertschätzung spüren, die es für seinen Mut bekommt.</p>
<p>Frustration, weil es noch keine Technik gibt, um nach dem Stoppen weiterzusprechen</p>	<p>In diesem Fall das Sprechen mit Pseudostottern nach dem Stoppen wieder aufnehmen und später mit der Prolongation, sobald diese erlernt wurde. Wenn nötig, wird aus der Wahrnehmung der Anspannung beim Stoppen auch erarbeitet, wie sich die Anspannung reduzieren lässt. Der Pullout wird also nachträglich zusammengefügt (Siehe Modifikation: lockeres Herausstottern und Pullout).</p>
<p>Symptomanalyse und -registrierung fällt schwer, nur langsamer Lernzuwachs</p>	<p>Schwäche in geteilter Aufmerksamkeit/Monitoring → das Kind nicht frustrieren, nicht verbissen üben, sondern eingestreut in Übungen mit einer Schwierigkeit, die Erfolg garantiert. Unabhängig davon weiter zur Modifikation gehen: dort ggf. Anpassung der Vorgehensweise an die Schwierigkeit des Monitorings. Frühzeitig mit Eltern und verordnender Ärztin über langsame Fortschritte sprechen.</p>

Checkliste 4: Identifikation (Kap. 3)

Inhalt	Kommentar	Datum
Artikulatorische Phonetik (2.4.1)		
Artikulationsarten vermittelt	<input type="checkbox"/> Plosiv/Kontinuant <input type="checkbox"/> Vokal/Konsonant <input type="checkbox"/> stimmhaft/stimmlos <input type="checkbox"/> Artikulationsorte	
Laute wahrnehmen		
Laute imitieren/bewusst Ansteuern		
Lautbildung beschreiben		
Symptomanalyse (3.4.2)		
fremde Symptome		
eigene Symptome	<input type="checkbox"/> Wahrnehmen <input type="checkbox"/> imitieren/bewusst ansteuern <input type="checkbox"/> beschreiben	
von Audioaufnahme	<input type="checkbox"/> wahrnehmen <input type="checkbox"/> imitieren/bewusst ansteuern <input type="checkbox"/> beschreiben	
von Videoaufnahme	<input type="checkbox"/> wahrnehmen <input type="checkbox"/> imitieren/bewusst ansteuern <input type="checkbox"/> beschreiben	
online (während Sprechen)	<input type="checkbox"/> wahrnehmen <input type="checkbox"/> imitieren/bewusst ansteuern <input type="checkbox"/> beschreiben	
Hausaufgabenvertrag mit Eltern		
Identifikation von Vermeideverhalten	<input type="checkbox"/> registrieren <input type="checkbox"/> stattdessen Pseudo- oder offen stottern	
Symptomregistrierung (3.4.3)		
bei anderen		
bei sich selbst		
Steigerung der Schwierigkeit der Sprechanlässe		
Stoppen eingeführt		

4 Modifikation

Die leitende Idee der Stottermodifikation ist es, sich aus Stotterereignissen befreien zu können und sie leichter zu machen. In dieser Therapiephase wird dem Kind und seinen begleitenden Eltern noch einmal vermittelt, wie man die Kontrolle über das Stottern zurückbekommen kann. Es handelt sich damit um eine funktionelle Arbeit. Sie besteht aus der Vermittlung der Sprechtechnik und der direkten Arbeit am Symptom. Dazu gehören aber auch die dafür benötigte Kontrollüberzeugung und das Gefühl von Selbstwirksamkeit.

Es können folgende drei Techniken vermittelt werden:

1. Die **Prolongation** (preparatory set) zur Vorbeugung eines Symptoms,
2. der **Pullout**, um sich aus dem Symptom zu befreien und
3. das **lockere Herausstottern** als eine vereinfachte Form des Pullouts.

Voraussetzung für die Wirksamkeit der Sprechtechniken ist eine korrekte Ausführung, ohne erhöhte Aufmerksamkeit auf den Ablauf und die korrekte Realisierung richten zu müssen. Die Wiedererlangung der Kontrolle selbst bindet möglicherweise schon sehr viel Aufmerksamkeit. Daher müssen Sprechtechniken ausreichend oft und in guter Qualität geübt werden. Die sichere unabhängige Selbstbeurteilung ist die Voraussetzung dafür, dass das Kind eigenständig üben und im Transfer in den Alltag Fehlerquellen bei der Umsetzung herausfinden und korrigieren kann. Präzise motorische Steuerungsprozesse fallen den meisten Menschen unter Zeitdruck und emotionalem Stress schwer. Daher müssen diese trainiert werden. Hierzu werden dieselben Übungsschritte wie in der Desensibilisierungsphase angewendet.

Da die Sprechtechniken sich deutlich vom normalen Sprechen unterscheiden, ist es für die meisten Kinder nicht selbstverständlich, sie im Alltag und vor allem vor Gleichaltrigen zu zeigen. Selbst wenn sie es versuchen, kann der dadurch ausgelöste emotionale Stress die Umsetzung der Sprechtechnik erschweren. Wenn Kinder nicht spontan versuchen, die Sprechtechniken im Alltag einzusetzen, bzw. wenn ihnen der Transfer in Alltagssituationen unangenehm ist, muss gegen den Zeitverlust durch die Technik und gegen die Techniken selbst desensibilisiert werden. Um Ängsten vor negativen Bewertungen der Sprechtechniken durch Zuhörer vorzubeugen, kann die Therapeutin In-vivo-Gesprächssituationen mit imitiertem Stottern und Technikeinsatz durchführen und im Anschluss die Gesprächspartner um eine Bewertung des Stotterns und der Techniken bitten (Mat. 4_Umfrage Sprechtechniken). Hilfreich ist dabei vor allem die Aufklärung in der Schule und von Gleichaltrigen (Mat. 2_Schulbesuch), um auf die Auffälligkeit der Sprechtechnik vorzubereiten. Eine Stunde mit einem anderen Stotternden, der die Technik anwendet und berichten kann, ist ideal. Das Kind kann ihm selbst Fragen stellen und wird darauf vorbereitet, was es im späteren Verlauf selbst noch erlernen wird.

4.1 Einbezug von Elementen aus anderen Therapiephasen

Während der Modifikationsphase werden Desensibilisierung (v.a. gegen Techniken) und Identifikation (v.a. Symptomregistrierung) fortgeführt (Abbildung 12). Die Generalisierung von Verhaltensweisen, die ausreichend gut erarbeitet sind, läuft immer parallel.

Wenn bei einem Kind das Pseudostottern schon auf Wortebene konsequent zu Kontrollverlust führt und/oder eine Kommunikation aufgrund des Schweregrades der Symptomatik nicht möglich ist, wird die Erarbeitung von Sprechtechniken so früh wie möglich begonnen (Abbildung 8, Abbildung 9). Minimalvoraussetzung ist hierbei die Fähigkeit zur taktil-kinästhetischen und propriozeptiven Wahrnehmung und bewussten Steuerung von Artikulationsbewegungen, wie sie in der artikulatorischen Phonetik erlernt wird. Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung von Stotterereignissen und ihrer Qualität kann parallel erarbeitet werden.

Information/ Vertrag	Vertrag	Bilanzgespräche & Elternarbeit	
Desensibilisierung	Enttabulierung	gg. Symptomatik gg. Zuhörer gg. Prolongation	gg. Pullout
Identifikation		Symptomregistrierung artikulatorische Phonetik/ Symptomanalyse	Symptomregistrierung
Modifikation		Prolongation	Pullout
Generalisierung			Generalisierung
Rahmen- therapie		nach Bedarf	
		Therapiebeginn	Therapieende Nachsorge Auffrischung

Abbildung 12: Standardvorgehen in der Modifikation mit Einbezug von Elementen anderer Phasen

4.2 Voraussetzungen

Das Kind beherrscht die artikulatorische Phonetik und kann die Art und Qualität eigener Symptome benennen. Die Symptomanalyse ist weitestgehend gelassen möglich. Die Fähigkeit zur Symptomregistrierung muss noch nicht sicher gelingen, wie auch das Stoppen noch nicht erarbeitet sein muss. Bezüglich der Symptomatik können Anstrengungsverhalten und Mitbewegungen noch anwesend sein, jedoch sollte das sprachliche Vermeideverhalten deutlich reduziert sein.

4.3 Ziele

1. Das Kind führt die erlernten Sprechtechniken sicher aus, ohne erhöhte Aufmerksamkeit auf den Ablauf und die korrekte Realisierung richten zu müssen.
2. Das Kind kann die Qualität eingesetzter Sprechtechniken sicher und unabhängig beurteilen und damit eigenständig und im Alltag Fehlerquellen bei der Umsetzung herausfinden und korrigieren.
3. Das Kind wendet die Sprechtechniken auch unter Stress sicher an.
4. Das Kind steht zur Auffälligkeit der Sprechtechnik(en).

4.4 Vorgehensweise

Abhängig von den Fähigkeiten und Vorlieben eines Kindes können unterschiedliche Techniken erarbeitet oder auch weggelassen werden. Auch wenn die meisten Kinder Prolongation und Pullout erlernen, ist zu Beginn der Modifikation zu reflektieren, welche Technik für das betreffende Kind geeignet ist.



Auswahl Technik(en)

Man versucht bei jedem Kind, die Prolongation zu erarbeiten. Wenn diese erarbeitet werden konnte, steht die Entscheidung an, ob sie die einzige Technik bleiben soll oder ob der Pullout angebahnt wird.

Eine Beschränkung auf die Prolongation kann ausreichen

wenn sich in der Spontansprache in allen Lebensbereichen nur sehr kurze lockere Symptome zeigen, die meistens nicht registriert und auch nicht als unangenehmer Kontrollverlust erlebt werden, und bei denen der Pullout aufwändiger wäre als das Symptom selbst.

wenn Symptome schon vor ihrem Auftreten bemerkt werden und durch Prolongationen abgefangen werden können (Vorbeugung).

Wenn die Prolongation abgelehnt wird oder aus sprechmotorischen Gründen nicht gelingt und das Kind Pseudostottern bevorzugt, wird der vereinfachte Pullout, das lockere Herausstottern, erarbeitet.

Der Pullout bzw. das lockere Herausstottern wird in jedem Fall eingeführt, wenn sich in der Spontansprache Symptome zeigen, die länger als ½ Sekunde und angestrengt genug sind oder als unangenehmer Kontrollverlust erlebt werden. Hintergrund ist, dass der Pullout

bzw. das lockere Herausstottern lockerer und oder kürzer sind als die Symptome und mit einem besseren Kontrollgefühl einhergehen.

Dementsprechend ist zur Entscheidungsfindung wichtig zu klären, wie lange die Symptome im Alltag andauern und wie locker sie sind. Häufig bewirkt der Einsatz von Pseudostottern und Prolongationen eine deutliche Reduktion von Symptommhäufigkeit, -dauer und Anstrengung. In diesem Fall gilt es abzuwägen, ob nicht der Einsatz von Pullouts aufwändiger und die Kommunikation belastender ist als ein gut desensibilisiertes akzeptables Reststottern. Andererseits bestehen jetzt die besten Voraussetzungen, den Pullout zumindest am Pseudosymptom einmal gelernt zu haben. Das Kind wird an dieser Entscheidungsfindung beteiligt, denn bei ausreichender Motivation bzw. als Vorbereitung auf eine mögliche Zunahme der Symptomatik kann der Pullout dennoch eingeführt und geübt werden.

Der zeitliche Ablauf und Umfang der Modifikationsphase hängt dementsprechend davon ab, welche Techniken erarbeitet werden. In Tabelle 6 wird die Reihenfolge dargestellt, wenn alle denkbaren Techniken trainiert werden.

Tabelle 6: Zeitliche Abfolge der Modifikation (für Erarbeitung aller Techniken)

Dauer in TE	Inhalt	Vorgehen
fakultativ	Zeitlupe in sinnlosen Silben	Zielsetzung und Begründung Ggfs. grobmotorische Vorübung Lernen am Modell mit phonetisch geeignetem Übungsaufbau Ggfs. Fehleranalyse (bei ausgeprägten Fehlern)
variabel	Prolongation	Fehleranalyse Training in linguistischer und situativ-emotionaler Hierarchie Tägliche „Fingerübungen“ zur Automatisierung Desensibilisierung gegen Prolongationen
variabel	Pullout	Erarbeiten des Stoppens und Einfrierens (oder Aufgreifen aus der Symptomregistrierung) Kombination der Teilschritte zum Pullout Fehleranalyse Training am Pseudosymptom in linguistischer und situativ-emotionaler Hierarchie Transfer auf echte Symptome
variabel	Lockeres Herausstottern	Vereinfachter Pullout als Alternative

4.4.1 Prolongation

Als Vorübung für die Prolongation beginnt man mit der Zeitlupe (Sandrieser & Schneider, 2015; Zückner, 2014a). Sinnlose Silben werden mit zeitlupenartiger Verlangsamung der Artikulationsbewegungen gesprochen. Je nach Kind kann diese Vorübung unterschiedlich ausführlich ausfallen. Manche Kinder können die verlangsamte Bewegung und den weichen Stimmeinsatz spontan vom Modell der Therapeutin übernehmen und auf unterschiedliche Lautgruppen anwenden. Dann entfällt die Zeitlupe und man kann direkt zur Prolongation auf Wortebene weitergehen. Anderen Kindern fällt die verlangsamte Bewegungssteuerung sehr schwer. Hier wird die Zeitlupe systematisch erarbeitet.

Die Erarbeitung folgt phonetischen Prinzipien, wie sie in Tabelle 7 dargestellt sind. Dabei wird eine Lautgruppe zuerst mit Zeitlupe in sinnlosen Silben, dann mit Prolongationen von sinnvollen Wörtern erarbeitet, bevor zur nächsten Lautgruppe weitergegangen wird. Wenn sich zeigt, dass die erste Lautgruppe (sichtbar, dehnbar) unerwartet schwerfällt, kann man testen, ob Plosive dem Kind leichter fallen (da sie deutlicher zu spüren sind). Ist das Prinzip einmal verstanden, fällt vielen Kindern die Übertragung auf andere Lautgruppen leicht.

Tabelle 7: Erarbeitung der Zeitlupe und Prolongation – phonologische Kriterien

Reihenfolge der Lautgruppen	Aktivität	Laute
Labial (dehnbar, gut sichtbar)	Verlangsamer Übergang vom Konsonanten zum Vokal	/f/w/m/
Lingual/Nasal (übrige dehnbare Laute)		/s/sch/j/l/n/r/
Labial (Plosiv, gut sichtbar)		/p/b/
Lingual, erst vorne, dann hinten (übrige Plosive)		t/d/k/g
Glottal (Vokale, Umlaute, Diphthonge)	Weicher Stimmeinsatz	/a/e/i/o/u/ö/ä /ü/au/eu/ai
Aspirant	Direkt in den Stimmeinsatz gehen	/h/
Cluster	Verlangsamer Übergang von Laut zu Laut bis in den Vokal	

Gegenüber dem Kind und den Eltern wird das Vorgehen mit der Geschichte von den kleinen Boten erklärt und anschaulich dargestellt (Mat. 4_Elterninfo Modifikation, Mat. 4_Einführung Kind Modifikation, Mat. 4_Einführung Prolongation, Mat. 4_Elterninfo Prolongation, Mat. 4_Visualisierungen Prolongation).



Kleine Boten

„Beim normalen Sprechen arbeitet die Sprechkommandozentrale vollautomatisch. Wir müssen über nichts nachdenken, die Worte kommen wie von selbst, die Boten werden automatisch zur rechten Zeit an die richtige Stelle geschickt. Aber beim Stottern macht die Sprechkommandozentrale Fehler und schickt die kleinen Boten aus Versehen in falsche Richtungen oder zur falschen Zeit los. Also muss die Automatik vorübergehend abgeschaltet werden. Die Zeitlupe und später die Prolongation ermöglicht, die kleinen Boten bewusst und fehlerfrei loszuschicken. Dafür muss alles eine Zeit lang etwas langsamer geschehen, sonst verliert die Kommandozentrale doch wieder die Kontrolle.“

Zur Veranschaulichung demonstriert die Therapeutin ein Symptom und die Anwendung von Prolongation und Pullout und betont, dass die Zeitlupe nur eine Vorübung dafür ist. Kinder, die auf völlig unauffällige Sprechtechniken gehofft haben, sind enttäuscht, dass ihr Sprechen nach der Therapie nicht völlig normal klingen wird. Im Sinne von Erlaubnisarbeit und antithetischem Verhalten wird dem Kind Verständnis dafür gezeigt, die Enttäuschung verbalisiert, aber auch der Effekt beschrieben, dass bei vielen Kindern die Symptomatik dadurch seltener und kürzer wird, dass es ein gutes Gefühl ist, sein Stottern kontrollieren zu können und dass es wieder die schon bekannten Mutproben gibt, um sich daran zu gewöhnen. Auch die Prolongationen, die die Therapeutin in ihre Spontansprache immer wieder einfließen lässt, tragen zur Gewöhnung bei.

Erarbeitet wird die Zeitlupe zunächst durch spontanes Vor- und Nachmachen von sinnlosen Silben (Mat. 4_Items Zeitlupe, Mat. 0_Go-Training). Die Therapeutin kann dabei eine Handpuppe nutzen, die neben vielen richtigen Versuchen verschiedene Fehler macht, die denen des Kindes ähneln und die die Therapeutin korrigiert. In den Versuchen des Kindes achtet sie auf richtige Aspekte und verstärkt diese. Nun zeigt die Therapeutin (oder die Handpuppe) neben überwiegend richtigen Versuchen vereinzelt Fehler und das Kind registriert, analysiert und korrigiert diese (Mat. 4_Fehleranalyse Prolongation). Beim Rollentausch kann die Therapeutin beabsichtigte und ungewollte Fehler des Kindes korrigieren. Am Schluss bewertet das Kind sich selbst und korrigiert sich bei Bedarf (Feedback geben und sofort verstärken!). Wenn das Kind die Zeitlupe innerhalb einer Lautgruppe prinzipiell richtig realisiert (Perfektion ist hier noch nicht erforderlich), werden die erarbeiteten Silben innerhalb von sinnvollen Wörtern aufgegriffen und somit die Prolongation eingesetzt.

Wenn die Eltern mit dem Kind Hausaufgaben machen, wird geklärt, wie sie Feedback geben und verstärken können. Langfristig geht es um die Etablierung von ‚Fingerübungen‘ wie beim Klavierspielen. Übungs-CDs und Spiele auf Lautebene unterstützen die Hausaufgaben (Kuckenberg & Zückner, 2015).

Der Übergang von der Zeitlupe (sinnlose Silben) zur Prolongation (sinnvolles Wortmaterial) ist fließend. Für viele Kinder behält man den Begriff Zeitlupe bei oder verwendet andere Wörter wie „Zauberwörter“, „Rutschbahn“ oder „Kaugummiwörter“ (Mat. 4_Visualisierungen Prolongation), da es für die Kinder schwer ist, das Wort Prolongation korrekt auszusprechen.

Da die Prolongation direkt das Sprechen verflüssigt, ist die Versuchung bei Eltern groß, von ihrem Kind zu erwarten, dass sie diese den ganzen Tag zeigen. Daher wird mit Eltern und Kind ein Vertrag über die Hausaufgaben geschlossen, in dem die Einsatzzeiten und Grenzen klar definiert sind (Mat. 4_Hausaufgaben Prolongation).

Bei der Prolongation wird genauso wie bei der Zeitlupe nur der Übergang zum Vokal verlangsamt. In der Regel wird die erste Silbe eines Wortes oder Teilwortes prolongiert. D.h. im Wort

„Wassermelone“ kann sowohl „**W a** ssermelone“ als auch „Wasserm **e** lone“ prolongiert werden.

Es wird dieselbe phonetische Reihenfolge angewendet, mit der das Kind am besten die Zeitlupe gelernt hat (Mat. 4_Items-Prolongation). Wenn nötig unterstützt die Therapeutin das Kind bei der Ausführung der Prolongation anhand für das Kind passender Hilfestellungen (Tabelle 8)Tabelle 8.

Bei der Erarbeitung erfolgt die Beurteilung anfangs immer sofort nach dem prolongierten Wort.

Auch hier wird mit einer Fehleranalyse gearbeitet, damit keine Fehler eingeübt werden. Es ist viel aufwändiger und frustrierender, eingeschliffene Fehler in der Prolongation nachträglich zu korrigieren, als von vorneherein auf eine gute Qualität zu achten.



ungeeignete Hilfen

Bei der Erarbeitung der Prolongation vor initialen Konsonanten sollte niemals der Einsatz von /m/, /n/, oder /ng/ oder eine bewusste Ein- oder Ausatmung als Hilfe angeboten werden! Gleiches gilt bei initialen Vokalen für ein /h/ oder eine bewusste Ein- oder Ausatmung! Beide vermeintlichen Hilfen beinhalten die Gefahr, dass sich daraus neue Auffälligkeiten entwickeln.

Wenn diese Hilfen vom Kind spontan eingesetzt werden, kann die Fehleranalyse zur Prolongation (Mat. 4_Fehleranalyse Prolongation) hilfreich sein.

Geübt wird wie bisher mit linguistisch und situativ-emotional strukturiertem Material (Mat. 0_Sprechanlässe). Fortschritte im hierarchischen Übungsaufbau können mit der Abbildung einer Leiter veranschaulicht werden (Mat. 4_Prolongations-Leiter). Die Therapeutin modelliert in ihrer Spontansprache konsequent Prolongationen. Sobald Prolongationen auf Satzebene beherrscht werden, werden sie nach denselben Methoden desensibilisiert wie in der Desensibilisierungsphase beschrieben. Hierbei liegt der Fokus auf den befürchteten Zuhörerreaktionen und dem Zeitverlust. In den Übungen kann per Zufallsprinzip immer wieder eine Aufgabe mit Prolongation, Pseudostottern oder ohne jeden Technikeinsatz (offenes Stottern) vorkommen.

Tabelle 8: Hilfen für Zeitlupen und Prolongationen

Hilfe	Vorgehen	Material
Modell	Therapeutenmodell Kind gibt sich selbst Modell	Video/Audio Aufnahmen, in denen das Kind die richtige Technik demonstriert
Lautunterstützende Bewegungen, Intentionshilfen	Zauberschnecke, die die Zauberwörter mit einer weichen Bewegung verlangsamt spricht weiche Handbewegung die das Gleiten über eine Rutschbahn nachahmt Zeitlupe grobmotorisch ausführen (gehen etc.) Daumen und Zeigefinger öffnen sich langsam nach einem ganz zarten Kontakt = Analogie zur Bewegung der Artikulatoren bei Konsonanten	Schnecke (Folkmanis-Puppe)
Hilfen für weichen Stimmeinsatz	weiche Handbewegung Vorstellungshilfe „ein Tier trösten, ein Fell streicheln“ Vorstellungshilfe Sirene: Wer kann den leisesten Ton machen und dann lauter werden?	Kuscheltier, Fell
„Biofeedback“	Daumen unter dem Kiefer, Finger am Jochbein: Kieferöffnung spüren. Finger an Ober- und Unterlippe, um den Öffnungsgrad der Lippen zu spüren Selbstbeobachtung im Spiegel/Video	Spiegel/Video Mat. 4_Biofeedback Prolongation mit Zeichnung der Handhaltung
Artikulatorische Phonetik	Analyse der Bewegungsabläufe, z.B. An welchem Artikulationsort geht die Bewegung los? Wie fühlt sich die Öffnung zum Vokal an?	Mat. 3_AK-Phon-Aufbau, Mat. 3_AK-Phon-Visualisierungen
Fehleranalyse	Bewusst vom Partner gemachte Fehler erwischen und korrigieren	Mat. 4_Fehleranalyse Prolongation
Rolle des Lehrenden	Kind vermittelt Zeitlupe an Eltern	Mat. 0_Go-Training
Erinnerungshilfen	Gegenstände als visuelle Erinnerung an die Bewegung	Schnecke/Rutschbahn/Kaugummi



Material Prolongation

- Mat. 4_Elterninfo Modifikation
- Mat. 4_Einführung Kind Modifikation
- Mat. 4_Elterninfo Prolongation
- Mat. 4_Einführung Prolongation
- Mat. 4_Visualisierungen Prolongation
- Mat. 4_Items Zeitlupe
- Mat. 0_Go-Training
- Mat. 4_Items Prolongation
- Mat. 4_Fehleranalyse Prolongation
- Mat. 3_AK-Phon-Aufbau
- Mat. 3_AK-Phon-Visualisierungen
- Mat. 4_Hausaufgaben Prolongation
- Mat. 4_Biofeedback Prolongation
- Mat. 4_Prolongations-Leiter

4.4.2 Pullout

Wie oben bereits beschrieben, besteht der Pullout aus zwei Bestandteilen. Zum einen das Stoppen und Einfrieren der Artikulationsbewegung (Freezing), um die Kontrolle zu erlangen, und zum anderen die Prolongation als kontrollierter Sprechbeginn, um dem Konsistenzeffekt vorzubeugen (Wiederauftreten von Stottern an derselben Stelle wie vorher), (Natke & Alpermann, 2010). Anhand unterschiedlicher Geschichten kann dem Kind und den Eltern die Wirkweise erklärt werden (Mat. 4_Elterninfo Pullout, Mat. 4_Metaphern Pullout, Mat. 4_Visualisierungen Pullout).



Erläuterung
Pullout

Geschichte vom kleinen Boten

„Beim automatischen Sprechen ist ein Fehler in der Sprechkommandozentrale aufgetreten. Die Boten rennen wild durcheinander, nichts geht mehr weiter, es herrscht große Aufregung. Damit das Chaos nicht endlos weitergeht, muss die Automatik möglichst schnell abgeschaltet werden. Stopp! Beim Stoppen wird erst mal Ruhe und Ordnung in der Sprechzentrale geschaffen, bevor die Boten wieder losgeschickt werden können. Und weil die noch ganz verwirrt sind, muss das ganz langsam und bewusst, eben mit einer Prolongation geschehen. Sonst besteht die große Gefahr, dass gleich wieder das Chaos ausbricht.“

„Autopilot“-Metapher (Starke, o.J.)

„Wenn wir sprechen, müssen wir normalerweise nicht darüber nachdenken, was unser Mund als Nächstes tun soll. Das funktioniert nur, weil unser Sprechen ganz automatisch und von allein abläuft. Das lässt sich mit dem Autopiloten eines Flugzeuges vergleichen. Der steuert das Flugzeug bei ruhigem Wetter, und der Pilot kann in Ruhe aus dem Fenster schauen und braucht nichts zu tun. Wenn aber ein Sturm kommt oder eine schwierige Landung, dann schafft der Autopilot das nicht. Es wird auf Handsteuerung umgestellt, und der Pilot steuert selbst. Genauso ist es, wenn du beim Sprechen in einen Stottersturm kommst. Damit du da möglichst schnell heil rauskommst brauchst du die „Handsteuerung“. Das sind entweder „Prolongation“, „Pullout“ oder „Locker Herausstottern“. Und wenn der Stottersturm vorbei ist, kann dein Autopilot wieder die Steuerung übernehmen und du sprichst ganz normal weiter.“

Die Einführung des Pullouts geschieht am Pseudosymptom als sogenannter Pseudo-Pullout. Die Problemstellung eines Symptoms kann mit einem Stock, der das Wort symbolisiert, dargestellt werden (Mat. 4_Visualisierungen Pullout). Dieser wird mit einer Hand, welche die Artikulatoren darstellt, festgehalten (Stotterstadium). Das Kind soll nun Lösungsideen entwickeln, wie der Stock aus der festhaltenden Hand freikommen kann und seine Ideen auf das Sprechen übertragen. Im gemeinsamen Ausprobieren werden die drei Elemente 1) Stoppen, 2) Warten bis sich die Anspannung löst und 3) Weitersprechen mit einer Prolongation erarbeitet und mit analog einer Ampel visualisiert (Mat. 4_Visualisierungen Pullout). Nun werden die benötigten Teile je nach Fähigkeiten und Schwierigkeiten des Kindes vertieft geübt und kombiniert. Kinder, die sehr gut am Modell lernen oder eine schnelle Auffassungsgabe haben, können den Pseudo-Pullout gleich in seiner ganzen Abfolge erarbeiten und üben. Wenn dem Kind einzelne Schritte schwerfallen, werden sie separat geübt und anschließend zum vollständigen Pullout kombiniert.

Das Stoppen besteht aus drei Schritten:

1. Ein Symptom registrieren,
2. Stoppen,
3. Eine Unterbrechung des Sprechversuchs (unter Beibehaltung der Artikulationsstellung), die mit einer Reduktion der Anspannung einhergeht (Freezing, Van Riper, 2006)



Stoppen

Das Stoppen kann bereits in Verbindung mit der Symptomregistrierung während der Identifikation erarbeitet werden. Die Therapeutin schätzt nach dem Verlauf der bisherigen Therapie ein, ob das Kind in der Lage ist, die Übungen zum Stoppen auszuhalten, ohne danach mit Technik oder Pseudostottern weitersprechen zu können. Falls das Kind hier besonders belastet wirkt, ist es sinnvoller, zuerst die Prolongation einzuführen und dann



**inhibitory
control**

das Stoppen. Wenn mit dem Stoppen begonnen wird und die Prolongation schon zur Verfügung steht, kann sehr schnell direkt der Pullout angebahnt werden.

Das Stoppen einer bereits eingeleiteten Bewegung oder Handlung (inhibitory control) ist eine besondere Herausforderung, die vielen stotternden Kindern in Stopp-Signal-Aufgaben schwerer zu fallen scheint als Nichtstotternden (Eggers, Nil & van den Bergh, 2013). Ob das auch auf das Stoppen bei Symptomen übertragbar ist, kann bis jetzt noch nicht gesagt werden.

Damit das Kind weiß, warum das Stoppen geübt wird, greift die Therapeutin die visuelle Darstellung des Pullouts mit seinen verschiedenen Phasen wieder auf (Mat. 4_Visualisierungen Pullout). Zunächst wird am Pseudosymptom gearbeitet, damit die drei Schritte des Stoppens geläufig werden. Für das Stoppen im Pseudo-Symptom gibt man sich gegenseitig ein Signal.

Ganz wichtig ist danach, dass man beim Unterbrechen des Sprechversuchs nicht einfach den Mund zumacht und sofort neu beginnt. Das Risiko, dass dann das Stotterereignis gleich wieder kommt, ist viel zu groß. Die Dauer, für die das Sprechen angehalten wird, variiert in den Übungen. Um gegen diesen Zeitverlust zu desensibilisieren, kann man sich gegenseitig „verzaubern“. Der Zauber ist erst zu Ende, wenn ein Signal gegeben wird.

In der Pause, die entsteht, soll die Anspannung auf eine Nutzspannung reduziert werden. Dies kann in Anlehnung an die Progressive Muskelentspannung (Jacobson, 2011) durch die Variation von An- und Entspannung geschehen. Man kann auch versuchen, innere Ruhe und Gelassenheit herzustellen und die Anspannung auf diese Weise zu senken. Hierzu kann man mit dem Kind auf die Suche gehen nach einer Situation, in der es Ruhe und Gelassenheit erfahren hat oder bei jemand anderem (auch im Film o.ä.) beobachtet. Die Erinnerung kann wachgerufen werden und die betreffende Körperhaltung eingenommen und nachgespürt werden. Das hilft Kindern, die es nur schwer aushalten, warten zu müssen, bis sie weitersprechen dürfen. Geduld und Frustrationstoleranz sind nötig. Es muss deutlich bewusst gemacht werden, dass mit dem Stoppen zum ersten Mal das Symptom kontrolliert werden kann, also eine erste, wenn auch noch nicht so elegante Alternative zum hilflosen "Durchstottern" besteht. So kann das Gefühl von Selbstwirksamkeit unterstützt werden.

Die bewusste Unterbrechung des Redeflusses durch das Stoppen ist das Gegenteil des Ideals vom flüssigen Sprechen und wird möglicherweise als „uncool“ empfunden. Sie muss daher sowohl geübt als auch desensibilisiert werden.

Tabelle 9: Vorgehen bei der Erarbeitung des Stoppens

Inhalt	Vorgehen	Material
Vorbereitende Übungen	Einführung des "so-schnell-wie-möglich-Stoppens und Einfrierens"	Spiel „Hexenstopp“ Mat. 4_Stoppen
Stoppen erarbeiten	im Pseudosymptom im echten Symptom jeweils Beibehalten (Einfrieren) der AK-Stellung und Wahrnehmung der Anspannung Reduzieren der Spannung beim Einfrieren	Spiel „Verzaubern“ mit Zauberstab Artikulatorische Phonetik Spannung darstellen: Gashebel, Softball drücken Vorstellung einer gelassenen Körperhaltung
Stoppen üben	ausreichend lange Symptome provozieren	Anspruchsvolle Sprechsituationen Wettspiel: wer stoppt zuerst?

Nun werden zunächst auf Wortebene am Pseudo-Symptom die Elemente Stoppen, Einfrieren und Prolongation (oder ggf. das lockere Herausstottern) kombiniert. Hierfür demonstriert die Therapeutin zunächst den Ideal-Pullout mit geeigneten Symbolen für die Teilschritte. Dann zeigt sie vereinzelt Fehler. Das Kind registriert, analysiert und korrigiert diese. Dann erfolgt ein Rollentausch. Am Ende bewertet und korrigiert das Kind sich selbst. Sofort nach dem korrigierten Wort wird dem Kind Feedback gegeben und jeder positive Aspekt verstärkt (Mat. 4_Fehleranalyse Pullout).



Rolle der Eltern

Bevor die Eltern die neue Technik mit dem Kind zu Hause üben dürfen, muss sichergestellt sein, dass sie die Kriterien sicher beurteilen können, ein aufbauendes Feedback geben können, und dass sie sich an die vereinbarten Übungsvorschriften handeln. Da der Pullout die von ihnen lang erwartete Technik ist, besteht die Versuchung, sie zu viel und ungeduldig mit dem Kind zu üben und sie zu früh in der Spontansprache vom Kind zu erwarten. Das kann zu einer großen Frustration und einem Einbruch der Therapiemotivation führen.

Da die Eigenverantwortung des Kindes gerade beim Pullout wichtig ist, legt eine sorgfältige Vertragsarbeit mit den Eltern fest, inwieweit sie Hausaufgaben unterstützen und zum Üben anhalten dürfen. Das Kind darf sehr wohl selbständig mit dem Transfer aufs echte Symptom experimentieren, die Eltern dürfen es jedoch nicht dazu auffordern, die Technik auf echtes Stottern anzuwenden (Mat. 4_Hausaufgabenvertrag Pullout). Das wäre während der Erarbeitung des Pseudo-Pullouts eine Überforderung. Kinder, die den Transfer auf eigene Faust versuchen, sollte man ermutigen („was du selbst herausgefunden hast, ist besonders wirksam“), ihnen jedoch auch gleichzeitig vermitteln, dass es Zeit und Geduld braucht, bis man das Kontrollgefühl herausgefunden hat. Das ist vor allem wichtig bei den Kindern, die nur noch selten längere und angestrenzte Symptome erleben und die in der Therapie fast ausschließlich flüssig sprechen.

Sobald der Pseudo-Pullout qualitativ gut beherrscht wird, wird er in den üblichen Trainingshierarchien stabilisiert und desensibilisiert. Fortschritte können mit der Abbildung einer Leiter veranschaulicht werden (Mat. 4_Pullout-Leiter). Echte Symptome werden während dieser Übungen genutzt, um den Transfer auf echte Symptome zu versuchen. Zur besseren Automatisierung werden nach Möglichkeit zuhause tägliche kurze Übungen etabliert. In den Übungen während der Therapie werden die Erinnerungshilfen zunehmend ausgeblendet. Wenn spontane Pullouts berichtet oder beobachtet werden, ist das Anlass für große Anerkennung.

Bei den Übungen zum Pseudo-Pullout in immer anspruchsvolleren Übungen wird die Bereitschaft des Kindes beobachtet, die (Sprech-)Handlung zu unterbrechen. Wie gut erträgt es den Zeitverlust durch die Technik? Versucht es, die Pause immer kürzer zu machen und die Prolongation zunehmend schneller durchzuführen? Dann wird es für jedes Einhalten der vereinbarten Pausendauer (Mat. 4_Desensibilisierung Pullout) besonders verstärkt.

Bei der Desensibilisierung zeigt sich, als wie unangenehm es das Kind empfindet, beim Pullout von Zuhörern beobachtet zu werden. Entsprechend werden Übungshierarchien zur Desensibilisierung durchgeführt. Dazu gehört, ein regelmäßiges Modell des Pullouts durch die Therapeutin zu vereinbaren. Als Vorbereitung für die Generalisierung in der Schule können bei einem Schulbesuch Informationen über die Technik an Freunde, Mitschüler und Lehrer gegeben werden. In den Übungen kann per Zufallsprinzip immer wieder eine Aufgabe mit Prolongation, Pseudostottern oder ohne jeden Technikeinsatz vorkommen.

Beim Transfer aufs echte Symptom wird grundsätzlich genauso vorgegangen wie am Pseudosymptom. Sobald ein Symptom bemerkt wird, wird gestoppt, unter Beibehaltung der Artikulationsstellung (Einfrieren) die Anspannung gelöst und dann mit der Prolongation weitergesprochen. Dabei kann die Therapeutin wie beim Pseudo-Pullout die einzelnen Teilschritte suggestiv anleiten.

Ein systematisches Üben des Pullouts am echten Symptom ist oft schwer, wenn die Kinder auch in vivo nur noch leichte und kurze oder gar keine Symptome mehr zeigen. Dann wird vereinbart, dass jedes Symptom, das in der Stunde auftaucht, bearbeitet werden soll. Feedback (Fremd- und Selbstbeurteilung) wird anfangs immer sofort nach einem bearbeiteten Wort gegeben, wobei die Vereinbarung getroffen wird, dass das Kind unterbrochen werden darf. In diesem Feedback wird zunächst der positive Aspekt hervorgehoben, sei er auch noch so klein! Wurde ein Symptom übersehen, stoppt die Therapeutin möglichst schnell nach dem Symptom und bittet das Kind, es noch einmal mit einem Pseudo-Pullout zu sprechen. Als Erklärung für das Kind kann die Autobahn-Metapher oder Radiergummi-Metapher dienen (Mat. 4_Metaphern Pullout). Dieses Vorgehen entspricht im weiteren Sinne der Nachbesserung (Van Riper, 2006).



Nachbesserung

Die Nachbesserung (Cancellation) wird von van Riper (2006) als Vorübung zum Pullout erarbeitet. Sie besteht aus drei Schritten:

- 1) Jedes Symptom wird zu Ende gestottert.
- 2) Pause und Vorbereitung auf die Prolongation
- 3) Prolongation, anschließend ohne Technik weitersprechen

Die Nachbesserung hat neben dem sprechmotorischen vor allem einen psychologischen Effekt, da sie sehr stark gegen den Einsatz von Techniken (Auffälligkeit, Zeitverlust) desensibilisiert.

Tabelle 10: Vorgehen beim Pullout

Inhalte	Vorgehen	Material
Kombination der Einzelschritte zum Pullout	Symbole für zeitliche Abfolge und Kriterien Therapeutin macht die Technik vor Kind stoppt die Therapeutin so schnell wie möglich (z.B. Berührung mit einem Zauberstab, Stopp-Kelle eines Polizisten, Stopp-Schild, Ampel auf Rot) Kind beobachtet, ob die Therapeutin jeden Schritt berücksichtigt und gut ausführt sich wechselseitig zu jedem Schritt anleiten	Mat. 4_Visualisierungen Pullout Mat. 4 Metaphern Pullout Mat. 4_Pullout-Meister
Fehleranalyse	Nur beobachtete Fehler des Kindes werden thematisiert	Mat. 4_Fehleranalyse Pullout
Übung mit steigender linguistischer und situativ-emotionaler Anforderung		Mat. 0_Sprechanlässe
Transfer aufs echte Symptom		Mat. 0_Sprechanlässe
Desensibilisierung gegen den Pseudo-Pullout	Übungshierarchien (Mutleiter) Befragung von Dritten zur Bewertung des Pullout im Vergleich zu Stottersymptomen	Mat. 2_Mutleiter Mat. 4_Desensibilisierung Pullout
„Fingerübungen“	Tägliche kurze Übungen von Pseudo-Pullout und Prolongation	Mat. 4_Hausaufgaben-Pullout
Ausblenden von Erinnerungshilfen		Mat. 4_Erinnerungshilfen Pullout



Motivation

Autobahn-Metapher

„Die kleinen Boten müssen bei einem echten Stottern mühsam über krumme, steinige und anstrengende kleine Wege klettern mit Löchern, in denen man feststecken kann. Wenn sie den Pullout machen, wechseln sie auf einen glatten und sicheren Weg. Der ist anfangs ganz klein, eine kaum sichtbare noch ein wenig holprige Spur im Gras. Aber jedes mal, wenn die kleinen Boten den Pulloutweg laufen, machen sie den kleinen Weg größer und glatter. Sie gießen bei jedem Pullout ein wenig Teer auf den Weg, der dann von der Prolongation glatt gemacht wird. Und je öfter sie den Pullout-Weg teeren, desto glatter und breiter wird er, erst ein Feldweg, dann eine Straße und am Schluss eine Autobahn. Und je größer die Straße, desto einfacher haben es die kleinen Boten, desto leichter wird der Pullout. Und die alten holprigen mühsamen Wege beim Stottern werden kleiner, je seltener Boten darauf laufen.“



Material Pullout

- Mat. 4_Elterninfo Pullout
- Mat. 4_Metaphern Pullout
- Mat. 4_Visualisierungen Pullout
- Mat. 4_Stoppen
- Mat. 4_Fehleranalyse Pullout
- Mat. 4_Desensibilisierung Pullout
- Mat. 4_Pullout-Meister
- Mat. 0_Sprechanlässe
- Mat. 2_Mutleiter
- Mat. 4_Hausaufgaben Pullout
- Mat. 4_Erinnerungshilfen Pullout
- Mat. 4_Hausaufgabenvertrag Pullout
- Mat. 4_Pullout-Leiter
- Mat. 4_Ankervorstellungen

4.4.3 Locker Herausstottern

Das lockere Herausstottern ist eine vereinfachte Form des Pullouts, da nach dem Einfrieren das Sprechen nicht mit der Prolongation, sondern mit einem Pseudostottern wieder eingeleitet wird. Das lockere Herausstottern hat den Vorteil, dass es früh erarbeitet werden kann. Schließlich ist die Prolongation nicht die Voraussetzung dafür. Es eignet sich, wenn das Pseudostottern zu einer guten Sprechkontrolle führt und vom Kind gut akzeptiert wird, wenn es der Prolongation vorgezogen wird oder die Prolongation sprechmotorisch zu anspruchsvoll ist.

Sobald nach dem Stoppen und während des Einfrierens das Gefühl entsteht, weitersprechen zu können, geschieht das mit einem kurzen Pseudostottern, bevor das „automatische Sprechen“ wieder beginnen kann. Unabhängig von der Art des echten Symptoms werden Pseudo-Teilwortwiederholungen (K'....kakakartoffel) verwendet. Pseudo-Dehnungen (K'... kaaaartoffel) sind aus den oben genannten phonetischen Gründen schwieriger umzusetzen, bieten weniger Kontrolle und begünstigen die Entwicklung von Anspannung. Die Vorgehensweise bei der Kombination der Einzelschritte und bei der Übung bis hin zum Transfer in Alltagssituationen ist analog zum Pullout. Dort sind auch die entsprechenden Anleitungen zu finden.

4.5 Troubleshooting

4.5.1 Troubleshooting Prolongation

Motorische Mitbewegung	Häufig entsteht bei Zeitlupe und Prolongation spontan eine Mitbewegung, meist ein Vorbeugen des Kopfes, die möglichst früh verhindert/abgebaut werden muss, damit sie sich nicht unbewusst dauerhaft etabliert → Bewusstmachung durch Video/Spiegel, bewusste Imitation (ggf. übertrieben) und im Kontrast dazu eine ganz kleine bewusste Gegenbewegung in Form einer leichten Aufrichtung. Der Versuch, gar keine Mitbewegung zu machen führt leicht zur Verkrampfung. Übung in stark motivierenden Spielen (z.B. Wettbewerbsspiele mit Punkteverlust bei Mitbewegungen – jede Mitbewegung ist, als ob man in einen Hundehaufen gestiegen wäre), Hausaufgaben erst, wenn die Mitbewegung nicht mehr auftritt. Ggf. Eltern einbinden zum häuslichen Feedback an das Kind.
Überartikulation	Bei übertrieben großen Artikulationsbewegungen hilft der Vergleich mit einem normal gesprochenen Wort mit Videofeedback oder vor dem Spiegel. Auch das Erfühlen einer angemessenen und übertriebenen Artikulationsweite kann genutzt werden.
Einsatz von /h/ vor den Stimmeinsatz	Bei der Erarbeitung der Prolongation niemals als Hilfe anbieten! → Gefahr, dass sich daraus Atemauffälligkeiten entwickeln. Bei spontanem Gebrauch rückmelden und weichen Stimmeinsatz im Vergleich erarbeiten.
Die Zeitlupe/ Prolongation ist zu leise bzw. weist eine zu geringe Artikulationsweite auf	Anfangs ist es typisch, bei einer so komplexen Aufgabe leiser zu werden. Wenn die Lautstärke bei sicherer Beherrschung nicht lauter wird → Nutzen der Schallpegelmessung eines Aufnahmegerätes (Laptop, Smartphone) als Feedback

Kein Blickkontakt bei Einsatz der Prolongation	Auch hier ist es anfangs typisch, bei einer so komplexen Aufgabe keinen Blickkontakt zu halten. Erst wenn das Kind die Prolongation beherrscht, kann beobachtet werden, ob das Kind konsequent den Blickkontakt in Prolongationen abbricht. → nur dann konkrete Arbeit am Blickkontakt während der Prolongation. Endziel ist nicht ein konsequenter starrer Blickkontakt während jeder Prolongation, sondern der pragmatisch einer Gesprächssituation angemessene flexible Blickkontakt unabhängig vom Einsatz einer Prolongation.
Zeitlupe/Prolongation wird zu schnell und ggf. unpräzise realisiert	Feedback über oben genannte Hilfen, Desensibilisierung gegen Zeitverlust (Wettbewerb, wer die langsamste Prolongation schafft oder Extrapunkte für saubere Prolongationen/Punktabzug für schlechte)
Eltern erwarten Einsatz im Alltag	Hier ist die Motivation der Eltern anzuerkennen, jedoch birgt eine Überforderung des Kindes die Gefahr von Frustration und Therapieverweigerung → die Eltern brauchen eine entsprechende Information, ggf. mit Selbsterfahrungsanteilen, bei denen sie gebeten werden, im Elterngespräch konsequent zu prolongieren.

4.5.2 Troubleshooting Pullout

Schwierigkeit, das Symptom zu stoppen	Stoppsignal im Symptom - taktiler Signal (Zauberstab), akustischer Signal (Hupe, Halli-Galli-Klingel, Symptomzähler), optischer Signal (Rote Ampel, Stopp-Kelle o.ä.), Signal für „weiter“ vereinbaren → herausfinden, welche Hilfe am besten hilft. Schrittweise die Hilfe wieder ausblenden.
Kontrollverlust beim Versuch der Prolongation	Hier muss man mit dem Kind zusammen erproben, welche Möglichkeit am ehesten hilft: pantomimisch stumme Vorwegnahme der Prolongation und erst im nächsten Schritt die richtige Prolongation mit Stimme stumme Vorwegnahme des Zielvokals, dann die richtige Prolongation isolierte Dehnung des ersten Lautes auf die Kontaktstellen achten Vorwegnahme der Prolongationsbewegung nur in der Vorstellung (vergleichbar dem mentalen Training von Spitzensportlern) lautunterstützende Bewegung: während des Sprechens einen Softball o.ä. in der Hand halten. Sobald ein Symptom auftaucht den Ball zusammenpressen, in der Pause den Druck der Hände lösen, sobald der Druck gering genug ist die Prolongation starten lautunterstützende Bewegung für die Prolongation, z.B. aufeinandergelegte Daumen- und Zeigefingerkuppe, die sich langsam öffnen, Handbewegung zu Verdeutlichung des Rutschens über eine Rutschbahn.
Es treten kaum noch bearbeitbare Symptome auf	Zum Üben wird vereinbart, das Kind jederzeit unterbrechen zu dürfen, auch außerhalb der Übungen in der Stunde. Außerdem werden Sprechsituationen geschaffen, in denen die emotionale oder linguistische Anforderung so hoch ist, dass Symptome ausgelöst werden. Dadurch wird allerdings meist auch die Schwierigkeit, flexibel und schnell auf das Symptom mit Stoppen zu reagieren und in den „Bearbeitungsmodus“ umzuschalten erhöht, so dass die Gefahr besteht, dass die Kinder einfach „durchstottern“. Für diesen Fall vereinbart man schon vorher, dass dann das Symptom imitiert und mit einem korrekt ausgeführten Pseudo-Pullout gelöst wird. Es kann ansonsten nur an imitierten Symptomen geübt werden, bei denen das Kind versucht, so nahe wie möglich ans Erleben von echten Symptomen heranzukommen. Treten die zu bearbeitenden Symptome nur noch in der Schule auf, kann auch der Schwerpunkt zur Prophylaxe mit Prolongationen gewechselt werden. Ein Schulbesuch (falls nicht schon erfolgt) ist hier dringend anzuraten!
Symptomregistrierung gelingt nicht gut	Vorab ist zu klären, wie lang und angestrengt die Symptome im Alltag und in der Sitzung sind → Wenn die Symptome sehr kurz und unauffällig sind kann es sein, dass sie aufgrund einer guten Desensibilisierung nicht mehr registriert werden. Dann abwägen, wie stark man auf der Symptomregistrierung beharrt, da der Einsatz des Pullouts aufwändiger ist und auch weniger elegant als das

	<p>kurze unbearbeitete Stottereignis. Übt man dennoch daran, muss das vom Kind ausdrücklich gewünscht sein. Damit ein Kind seine Symptome bearbeiten kann, muss es sie bewusst und schnell genug registrieren. Hier setzen wieder die Übungen (Erwischenspiele) ein, wie sie am Ende der Identifikation durchgeführt wurden (0). Zur Musterunterbrechung dient hier bereits das Drücken auf den Symptomzähler. Die Musterunterbrechung wird zielführender, wenn an den Druck auf den Symptomzähler auch das Stoppen und die Prolongation gekoppelt werden. Das Kind bearbeitet hier selbst seine eigenen Symptome. Gelingt dies nicht, kommen Hilfen zum Stoppen oder zur Prolongation zum Einsatz (s.o.).</p>
<p>Im Pullout werden Stoppen und Pause stark verkürzt oder weggelassen</p>	<p>Hier ist, z.B. nach einer Therapiepause, die Ausführung der Technik nicht mehr korrekt → abwägen zwischen der Anerkennung dafür, dass das Kind eine Technik übt und anwendet und der möglicherweise als frustrierend erlebten Korrektur und Erarbeitung einer korrekten Ausführung. Hilfreich ist es, zusammen mit dem Kind die Wirksamkeit in verschiedenen In-vivo-Situationen, zu Hause und in der Schule zu prüfen.</p>
<p>Sprachliches Vermeiden bleibt bestehen</p>	<p>Manche Kinder möchten nicht auf den Schutz durch ihr sprachliches Vermeideverhalten verzichten. Dass sich Kinder schützen, ist in manchen Situationen sehr sinnvoll. Solange keine Alternativen bestehen, sollten sie demnach das Vermeideverhalten nicht völlig aufgeben. Wird das Vermeideverhalten jedoch in vielen Situationen gezeigt, vor allem, wenn keine negativen Konsequenzen zu erwarten sind, besteht noch Desensibilisierungsbedarf. Diese sollte sowohl Pseudostottern als auch den Einsatz von Sprechtechniken betreffen.</p>
<p>Keine Motivation zum Selbsttraining</p>	<p>Zunächst gilt es, die Gründe durch Verhaltensbeobachtung, ein Gespräch, ggf. in Verbindung mit dem Motivationsfragebogen (Mat. 1_Fragebogen Stottertherapie, Mat. 1_Fragen zur Motivation) herauszufinden. Folgende Möglichkeiten könnten in Orientierung an der Abwertungstabelle aus der Transaktionsanalyse (Schulze, 2005) bestehen:</p> <p>Die Symptomatik besteht zwar, wird aber kaum wahrgenommen. Dies ist häufig bei Polter-Stotternden zu beobachten → Stottern wird nicht als belastendes Problem erfahren und die Technik als nicht notwendig angesehen. Je nach Ausprägung und Häufigkeit der Symptomatik und daraus resultierender Beeinträchtigung von Kommunikationssituationen ist zu überlegen, ob die Symptomatik im Rahmen der Identifikation noch deutlicher und systematischer konfrontiert werden sollte. Abzuwägen ist die Irritation über das eigene Sprechen und der vorübergehende Verlust der Unbekümmertheit in der Kommunikation gegen die Motivation, etwas an seinem Sprechen zu verändern.</p> <p>Die Symptomatik wird wahrgenommen, aber nicht als Problem bewertet. Dies ist häufig bei gut desensibilisierten Schulkindern der Fall, vor allem, wenn die Klasse und weitere Umgebung gut aufgeklärt sind. Dann besteht einfach nicht mehr die Notwendigkeit, ihr Stottern zu verändern und das Mandat durch das Kind besteht nicht mehr. Dies kann zu einer komplexen Situation führen, solange das Mandat der Eltern fortbesteht. Bevor man in diesem Fall die Therapie beendet, ist also genau zu prüfen, ob es nicht heimliche, vom Kind nicht gezeigte Anliegen gibt (z.B. keine Akzeptanz der Technik, keine Bereitschaft, Zeit zu investieren) und ob das Kind wirklich so gut desensibilisiert ist, wie es scheint. Wenn tatsächlich ein Therapieende sinnvoll sein sollte, ist ein Dreiecksvertrag mit Kind und Eltern zu entwickeln, ggf. mit einer weiterführenden Beratung der Eltern (siehe Therapieende).</p> <p>Die Symptomatik wird als unlösbares Problem bewertet. Dies ist der Fall, wenn ein Kind die Technik nicht akzeptiert, da sie zu auffällig ist und zu lang dauert. Kurz: die von der Therapeutin angebotene Technik ist aus Sicht des Kindes keine akzeptable Lösung und wird konsequenterweise auch nicht geübt. Auf die Desensibilisierung gegen die Technik wird sich ein Kind in diesem Fall kaum einlassen. Man ist in der sprichwörtlich unlösbaren Situation „wasch mich und mach mich nicht nass“. Und genau</p>

	<p>diese Rückmeldung steht an der Stelle an und dann die gemeinsame Suche, wie die Klippe überwunden werden kann. Erst wenn das Kind die Möglichkeit in Betracht zieht, dass es lernen kann, sich auf die Techniken einzulassen, greifen die Strategien wie das Therapeutenmodell, das Modell Gleichaltriger oder die Befragung von Gesprächspartnern, wie die Technik auf sie wirkt. Dann entsteht die Bereitschaft, in den relevanten Umgebungsfeldern über Stottern und die Technik zu informieren.</p> <p>Ein erster, weniger belastender Schritt kann die Desensibilisierung gegen das Auffallen durch „Anders sein“ sein, indem nicht aufs Sprechen bezogene Variationen von Kleidung, Frisur o.ä. von Kind und Therapeutin gezeigt werden und die Reaktion von Mitmenschen beobachtet wird. Auch hierbei wird hierarchisch vorgegangen (Ausmaß der Veränderung, Ort, wo sie gezeigt wird). Wenn die Therapeutin genauso wie das Kind etwas verändert und darüber berichtet, ist dies besonders motivierend für das Kind.</p> <p>Die eigene Fähigkeit, die Technik zu lernen und anzuwenden wird nicht gesehen. Grundsätzlich glaubt das Kind in diesem Fall, dass die Technik genau die richtige ist und helfen wird. Bei den Übungen stellt es aber immer wieder fest, dass es das ohnehin nie schaffen wird und als „Beweis“ dafür wird es mehr auf die Fehler schauen als auf die erfolgreichen Anteile. Allerdings muss man hier genau nachfragen, denn das kann auch der Versuch eines angepassten Kindes sein, zu verbergen, dass es grundsätzlich nicht an die Brauchbarkeit der Techniken glaubt. Zweifelt das Kind aber an seinen persönlichen Fähigkeiten, kann man ihm seine bisherigen Erfolge verdeutlichen, es bei seinem Stolz und Ehrgeiz packen, einen Bereich suchen, in dem es sich etwas zutraut, untersuchen, wie anders sich das anfühlt (wo im Körper, Haltung, Blick, Stimme etc.) und aufzeigen, wie sich das in kleinen Schritten erreichen lässt. Metaphern von Pferden, die sich auch nicht beim ersten Versuch des Zureitens reiten lassen oder anderen schwierigen Lernsituationen.</p>
Eltern drängen auf Umsetzung	<p>Selbsterfahrung: Eltern und Therapeutin setzen Technik in einem Gespräch konsequent über einen längeren Zeitraum ein, um die Anstrengung bewusst zu machen und die Leistung des Kindes zu würdigen. Mit dieser Erfahrung werden realistische Therapieziele bewusst. Es wird ein Dreiecksvertrag geschlossen, wie die Eltern und das Kind an einer realistischen Umsetzung der Technik arbeiten und wie die Therapeutin beide dabei unterstützen kann.</p>
Die Technik funktioniert nur in Anwesenheit der Therapeutin	<p>Wenn man herausgefunden hat, ob die Therapeutin wie eine Erinnerungshilfe wirkt oder ob sie durch ihre Anwesenheit Ruhe und Zuversicht vermittelt, das Symptom kontrollieren zu können, kann man mit dem Kind gemeinsam entsprechende Schritte entwickeln. Das können Erinnerungshilfen sein, aber auch Ankervorstellungen (Mat. 4_Erinnerungshilfen, Mat. 4_Ankervorstellungen), mit denen das Kind sich das Gefühl von Sicherheit selbst geben kann.</p>
Kein Transfer in die Schule	<p>Die Schule stellt für viele Kinder die größte Herausforderung für den Transfer dar. Sie wollen nicht schon wieder mit einer Veränderung auffallen und im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Selbst wenn niemand in der Klasse den Unterschied bemerken würde, die Angst ist doch da. Kinder sind damit überfordert, alleine die Verantwortung dafür zu übernehmen, in der Schule eine Technik zu implementieren. Gemeinsam wird überlegt, welche Verbündete in Frage kommen, es werden kleine realistische Absprachen getroffen und der Beratungsanteil in der Therapie wird größer (siehe 5 Generalisierung)</p>
Technik wirkt nicht mehr bei Anwendung auf echte Symptome	<p>Wenn nach ursprünglich guter Wirkung der Technik die Wirksamkeit nachlässt, kann das an einer unsauberen Ausführung liegen. Zu beobachten ist: ist die Pause für das Einfrieren lang genug, wird sogar versucht, sie ganz wegzulassen? Wird die Prolongation stark beschleunigt? Entsprechend ist zu klären, ob dies Verhalten an einer mangelnden Desensibilisierung gegen den Zeitverlust oder an einer „Faulheit“ liegt</p>

Checkliste 5: Modifikation (Kap. 4)

Aktivität	Kommentar	Datum
Modifikationstechniken erklärt und begründet	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Eltern	
Entscheidung für eine oder mehrere Sprechtechniken	<input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Pullout <input type="checkbox"/> Locker Herausstottern	
Zeitlupe (4.4.1)		
Prolongation (4.4.1 Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.)		
Fehleranalyse etabliert		
linguistisch gesteigert		
Hausaufgaben etabliert		
Umfeld über Techniken informiert		
Desensibilisierung gegen Prolongation	<input type="checkbox"/> in vivo <input type="checkbox"/> Telefon	
Pullout (4.4.2)		
Pseudo-Pullout erklärt und begründet	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Eltern	
Stoppen erarbeitet		
Pseudo-Pullout erarbeitet	<input type="checkbox"/> Fehleranalyse <input type="checkbox"/> linguistisch gesteigert	
Hausaufgabenvertrag: Rolle der Eltern vereinbart		
Desensibilisierung gegen Pseudo-Pullout	<input type="checkbox"/> in vivo <input type="checkbox"/> Telefon	
Transfer auf echte Symptome		
Locker Herausstottern (4.4.3)		

5 Generalisierung

Über die gesamte Therapie hinweg ist die Generalisierung ein Therapiebestandteil. Dadurch können stets kleine überschaubare Inhalte in den Alltag übertragen werden, wodurch Überforderung und Frustration vermieden und die Umsetzung von Therapieinhalten beobachtet und hinsichtlich ihrer Stabilität und Wirkung über einen längeren Zeitraum beobachtet werden kann.

Am Ende der Therapie folgt dann die Phase der Generalisierung, in der keine grundlegend neuen Inhalte mehr vermittelt werden. In dieser Phase geht es um drei wesentliche Inhalte:

1. die Ausweitung des bisher Erarbeiteten auf möglichst viele Lebensbereiche,
2. die Vorbereitung des Therapieendes und
3. die Nachsorge.

Dafür ist von Beginn an eine kontinuierliche Vertragsarbeit, Beratung und Problemlöse-Arbeit nötig. Eltern und andere Personen aus der Umgebung können mit einbezogen werden.

Die Generalisierung ist nur möglich, wenn das Kind Eigeninitiative und Verantwortung übernimmt. Sie hat begonnen, sobald das Kind im Alltag versucht, in seine Stotterereignisse einzugreifen oder etwas anderes aus der Therapie im Alltag anzuwenden versucht und dabei vereinzelt Erfolg hat. Eine Generalisierung setzt auch ein, wenn das Kind sich vereinzelt zur Sprechtechnik äußert (z.B. fragt es nach, weist darauf hin, dass es sie eingesetzt hat o.ä.).

Eine Anwendung der Sprechtechniken in allen Sprechsituationen ist unrealistisch. Wichtig ist vielmehr das Kontrollgefühl, das dem Kind die Angst in Kommunikationssituationen nimmt. Wichtig sind auch eine Fehlertoleranz und ein unterstützendes Netzwerk, wodurch Momente, in denen das Kind nicht erfolgreich war, leichter zu verarbeiten sind.

In der Generalisierungsphase zeigen sich immer wieder Situationen, in denen ein Kind die Techniken nicht einsetzen möchte, da es nicht ausreichend desensibilisiert ist. Dies sind häufig Situationen, die auch der Therapie nicht direkt zugänglich sind, wie Sprechsituationen in der Schule oder im Verein. Hier erschwert möglicherweise die „Coolness“, die in dieser Altersgruppe von großer Bedeutung ist, dem Kind, Veränderungen zu zeigen.

Im Hinblick auf das Therapieende gilt zu bedenken, dass Stottern typischerweise in Phasen verläuft und auch nach Therapieende eine Wiederzunahme der Symptomatik (Rückfall) nicht auszuschließen ist. Die Generalisierung etabliert also zum einen die Aufrechterhaltung der erreichten Fähigkeiten, zum anderen das Vorgehen bei einem Rückfall.

Im Anschluss an das Therapieende muss die Nachsorge geplant werden, allerdings in einer Form, die das Kind nicht unnötig an die Therapeutin bindet. Hier laufen Therapeutinnen, die dem Kind einen Rückfall ersparen wollen oder glauben, doch noch eine bessere Generalisierung erreichen zu können, Gefahr, die Therapie endlos fortzuführen.



Sehr gute praxisbezogene Anregungen bieten die drei Bücher von Wendlandt „Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag“ (1984), „Veränderungstraining im Alltag“ (2003) und „Therapeutische Hausaufgaben“ (2002) (Wendlandt, 1984, 2002, 2003).

Generalisierung

5.1 Einbezug von Elementen aus anderen Therapiephasen

Die Generalisierung der jeweils erarbeiteten Inhalte durchzieht die gesamte Therapie von Anfang an. Im Anschluss an die Modifikation folgt die Generalisierungsphase, in der Elemente aus allen Therapiephasen aufgegriffen werden (Abbildung 13), je nachdem, was gerade aufgefrischt oder vertieft werden muss, um im Alltag angewendet werden zu können. Daher sind kontinuierlich die Identifikation von Vermeide- und Stotterverhalten, aber auch die Fehleranalyse aus der Modifikation und die Reflexion von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen erforderlich, um zu erkennen, wo Handlungsbedarf besteht. Die Generalisierung bereitet das Therapieende vor. Für die Nachsorge sollten mindestens 6 Monate eingeplant werden, um etwaige Rückfälle begleiten zu können. Sie umfasst Kontrolltermine in großen Abständen und bei Handlungsbedarf auch Auffrischungssitzungen.

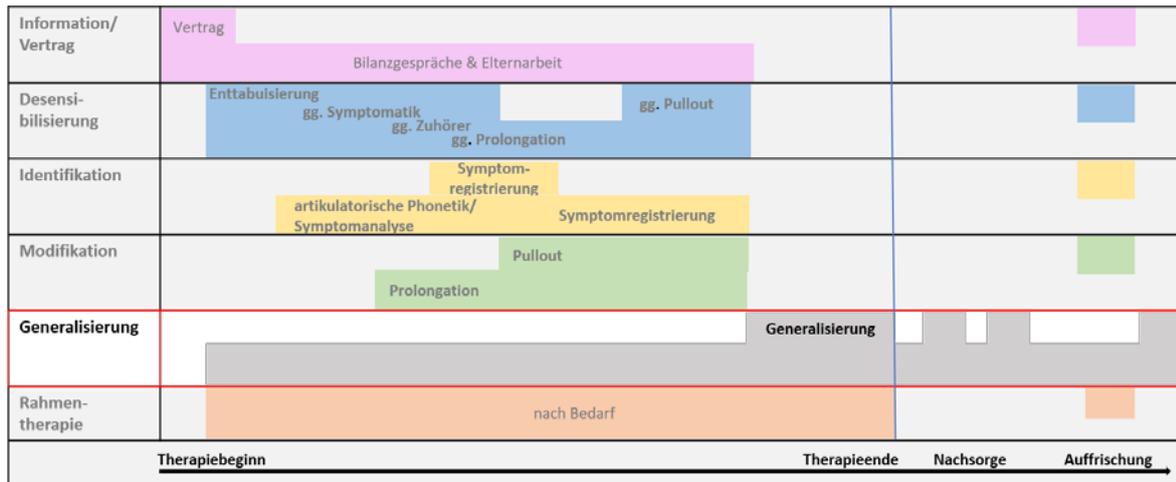


Abbildung 13: Standardvorgehen in der Generalisierung mit Einbezug von Elementen anderer Phasen

5.2 Voraussetzungen

Für die Generalisierung ab Therapiebeginn gilt, dass eine Verhaltensweise erst sicher im Therapieraum erarbeitet werden muss, bevor sie in den Alltag übernommen werden kann (z.B. Pseudostottern, offenes Stottern, die Kommunikation in bisher vermiedenen oder angstbesetzten Situationen). Die Generalisierung als eigenständige Phase am Ende der Therapie beginnt erst, wenn die Sprechtechniken im Therapieraum etabliert wurden.

5.3 Ziele

1. Das Kind zeigt Eigenengagement zur Übernahme des Gelernten in den Alltag.
2. Das Kind wendet Sprechtechniken im Alltag an, wenn es ihm/ihr wichtig ist.
3. Das Kind traut sich, im Alltag offenes Stottern ohne Vermeideverhalten und motorisches Ankämpfen zu zeigen.
4. Das Kind akzeptiert die Sprechtechniken als ein Werkzeug, um flüssiger zu sprechen.
5. Das Kind ist über mögliche Verlaufsformen des Stotterns nach Therapieende informiert.
6. Das Kind verfügt über die Kompetenz zur selbständigen Aufrechterhaltung des Gelernten nach Therapieende („Reiserucksack“).
7. Das Kind fühlt sich im Umgang mit Symptomatik und Ängsten nach Therapieende sicher („Notfallkoffer“).
8. Zwischen Eltern und Kind ist geklärt, wer nach Therapieende für das kontinuierliche Üben, Selbsthilfe bzw. eine Wiedervorstellung zu einer Auffrischung verantwortlich ist.
9. Das Kind erkennt seine Leistung und Erfolge wertschätzend an.

5.4 Vorgehensweise

Die folgenden Kapitel stellen das Vorgehen bei der Generalisierung während der Therapie, während der Generalisierungsphase und die Vorbereitung des Therapieendes und der Nachsorge dar.

5.4.1 Generalisierung während der Therapie

Die Generalisierung während der Therapie ist bei den jeweiligen Therapiephasen immer dann beschrieben, wenn von Hausaufgaben und von in vivo die Rede ist.

Von Anfang der Therapie an geht es darum, erarbeitete Inhalte in den Alltag zu transferieren. Dies wird durch häufiges Üben, vor allem auch in vivo und in Hausaufgaben erreicht. Nach Möglichkeit sollten die Eltern hierbei über klare verbindliche Absprachen einbezogen werden. Ein ganz wesentlicher Schwerpunkt ist es, das Kind zur Eigenverantwortung zu ermutigen. Dies wird im Wesentlichen mit der Vertragsarbeit in Orientierung an die Transaktionsanalyse (Sandrieser & Schneider, 2015; Schlegel, 1995; Stewart, 1993) erreicht. Mit dem Begriff ‚Vertrag‘ sind verbindliche, positiv formulierte Vereinbarungen gemeint.



Vertrag

„Ich übe jeden Morgen auf dem Schulweg im Auto 30 Prolongationen. Mama darf mich daran erinnern. Einmal in der Woche darf ich mir freinehmen. Am Wochenende wird nicht geübt.“ oder „Ich stelle meine Starwars-Figuren als Videoclip vor und baue dabei 6 Mal Pseudostottern ein. Ich bringe den Clip nächste Stunde mit. Papa leiht mir dafür sein Smartphone.“ oder „Am Donnerstag und am Montag erzähle ich auf den Anrufbeantworter der Praxis einen Witz und verwende jedes Mal drei Pullouts bei echtem oder absichtlichem Stottern.“

Wenn die Eltern mitarbeiten, sind Dreiecksverträge zur Festlegung ihrer Rolle und Funktion erforderlich, beispielsweise:

„Jan und Mama üben montags und donnerstags nach dem Mittagessen für 10 Minuten. Wenn die Übung gut war, essen die beiden ein Eis und machen einen Stempel auf die Karte. Mama darf Jan nicht dazwischen zum Üben auffordern. Wenn das Üben an einem Tag ausgefallen ist, wird es an einem anderen Tag nachgeholt.“

Diese Vereinbarungen beziehen sich nicht nur auf die Hausaufgaben, auch während der Stunde werden Vereinbarungen getroffen, denn auch dann soll das Kind an der Verantwortung beteiligt werden. Das Einbeziehen des Kindes in die Absprachen wirkt sich positiv auf das Selbstwertgefühl aus. Auch wenn es viele Vereinbarungen mit dem Kind gibt, behält die Therapeutin die Führung, je nach Kind und Eltern unterschiedlich direktiv. Wichtig ist eine Haltung, die dem Kind vermittelt, dass es ernstgenommen wird, indem es Begründungen für Übungen erfährt, nach seiner Meinung gefragt wird und Einfluss darauf nehmen kann.



Vertrag aushandeln

„Du weißt ja jetzt, wie das Extrastottern geht. Damit du das richtig gut lernst, gehen wir jetzt ans Schaufenster vom Laden nebenan und spielen „Ich sehe was, was du nicht siehst“ mit Extrastottern. Und wenn jeder 20 x pseudogestottert hat, gehen wir wieder rein. Einverstanden?“ Kind: „Vor dem Laden? Muss das?“ Therapeut: „Nein, aber draußen schon!“ Kind: „vor der Tür“. Therapeut: „ok, vor der Türe!“

5.4.2 Generalisierung am Ende der Therapie

In dieser Phase geht es um die Übernahme der Sprechtechnik in immer mehr relevante Lebensbereiche. Dazu wird die Technik im Therapieraum, in vivo und in Hausaufgaben automatisiert. Diese Übungen werden immer entlang der zwei Achsen – linguistische Anforderung und emotional-situative Anforderung – geplant (Mat. 0_Sprechanlässe, Mat. 4_Erinnerungshilfen, Mat. 2_Mutleiter). Für den Alltag werden außerdem tägliche kurze Übungen von Prolongationen und/oder Pseudo-Pullouts auf Wort oder Satzebene etabliert (Mat. 4_Hausaufgaben, siehe 0).



Technik Generali- sierung

Wenn es darum geht, den Pullout und/oder die Prolongationen im Alltag zu etablieren ist es günstig, zwei Mal die Woche oder öfter zu therapieren und dazwischen Telefontermine zu vereinbaren.

Sobald die Technik sicher beherrscht wird und das Kind Eigeninitiative übernimmt, werden größere Abstände zwischen den Sitzungen vereinbart. Die Dauer der Pausen zwischen den Sitzungen ist davon bestimmt, welchen Zeitraum die Therapeutin dem Kind bzw. das Kind sich selbst zutraut, eigenständig voranzukommen. Hier sind auch telefonische Feedbackschleifen eine gute Möglichkeit zu einer offeneren Begleitung.

Zu Beginn der Generalisierungsphase steht der Ausblick auf das Therapieende und was als ein erfolgreicher Endzustand definiert wird. Dabei wird bewusst, dass dies die letzte und wichtigste Phase der Therapie ist, in der zunächst die Sprechtechniken, aber auch der Mut, nicht zu vermeiden, in den Alltag übertragen werden. Kind und Eltern werden informiert, dass in dieser Phase Selbsthilfemaßnahmen zur Vorbereitung des Therapieendes erarbeitet werden und dass auch nach dem Therapieende die Möglichkeit von Auffrischungen besteht. Auf der Basis bisheriger Erfahrungen werden bereits bewältigte Situationen und mögliche Klippen benannt und realistische Ziele vereinbart. Dazu gehört es, die Verantwortlichkeiten für Mutproben bei der Übertragung in den Alltag zu klären, einen realisierbaren Übungsaufwand festzustellen und einen Verstärkungsplan zu vereinbaren. Die Metapher eines Trainervertrages im Fußball kann hier das Verständnis

erleichtern, in dem die Rechte und Verantwortlichkeiten des Spielers (Patient) und der Trainerin (Therapeutin) festgelegt sind. Von Stunde zu Stunde, von Telefontermin zu Telefontermin werden nun kleine konkrete Verträge zu Teilzielen geschlossen, die das Kind erfolgreich bewältigen kann. Hierbei muss an mögliche Befangenheiten des Kindes in der Schule oder vor Freunden etc. und daraus entstehende, ggfs. zuwiderlaufende, geheime Anliegen gedacht werden. Während der Stunde schätzt man sich außerdem meist mutiger ein, als man dann in der Echtsituation tatsächlich ist. Daher geht es in der Generalisierungsphase häufig vor allem darum, das Kind bei der Stange zu halten, ihm das Erreichte bewusst zu machen, es anzufeuern und ihm Mut zu machen.

Dazu gehört auch deutlich zu machen, dass es immer Situationen geben wird, in denen die Angst bestehen bleibt und auch das Stottern nicht bearbeitet werden kann, z.B. ein Gespräch mit dem Schuldirektor. Hier muss berücksichtigt werden, dass fast alle Kinder in vergleichbaren Situationen große Ängste haben. Es ist unrealistisch zu erwarten, dass die Therapie stotternde Kinder selbstbewusster macht als Gleichaltrige, und dass sie sich in solchen Situationen gelassen aus Symptomen befreien könnten. Auch dies ist mit den Eltern und dem Kind zu klären.

In der Generalisierungsphase gelten die oben genannten Maßnahmen zur Förderung der Eigeninitiative in besonderem Maße (Mat. 5_Dreiecksvertrag Selbsttraining, Mat. 5_Auswahlmenge Selbsttraining, Mat. 5_Reflexionsbogen Selbsttraining). Hier erschwert dem Kind möglicherweise die „Coolness“, die in dieser Altersgruppe von großer Bedeutung ist, Veränderungen zu zeigen. Cool ist, wer keine Probleme hat. Cool ist auch, wer Probleme hat, aber so tut, als hätte er keine. Wer nun etwas an seinem Sprechen oder Verhalten verändert, läuft Gefahr, uncool zu sein, denn er gibt dadurch zu, dass das Stottern für ihn ein Problem darstellt. Coolness ist stark mit dem Bedürfnis verbunden, sich vor Gesichtsverlust zu schützen. Wie in der Desensibilisierung sind Absprachen und Vereinbarungen im Sinne der Vertragsarbeit eine Möglichkeit für das Kind, selbst zu bestimmen, wie weit es sich aus dieser selbst gewählten Schutzzone herauswagen will. Sobald sich ein Kind zu sehr unter Druck gesetzt oder manipuliert fühlt, kann das zu Ausweichen (ggf. mit äußerlicher Anpassung) oder verdeckter bzw. offener Abwehr führen.



Stundenplanung

Die Therapiesitzungen beinhalten vor allem die Reflexion der Zeit zwischen den Sitzungen, die Würdigung von Erfolgen und Untersuchung von Schwierigkeiten, die Entwicklung von Vorgehensweisen und ggf. deren Erprobung in vivo, Fingerübungen und ggf. Auffrischung oder Vertiefung von Desensibilisierung oder Sprechtechniken. Von Zeit zu Zeit sollte auch das Pseudostottern wieder aufgegriffen werden, um damit die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen und die Symptomatik aufrecht zu erhalten.

Ein informiertes und wohlwollendes Umfeld erleichtert die Generalisierung. Daher wird gemeinsam überlegt, wer noch Informationen braucht und von wem in welcher Weise informiert werden kann. In den Sitzungen werden immer kurz die „Fingerübungen“ wiederholt, damit die Technik in guter Qualität zur Verfügung steht. Sie sollten möglichst täglich, aber nur kurz geübt werden (5-10 Minuten und es sollte ein Vertrag über die Frequenz und Dauer der Übung pro Woche geschlossen werden (Mat. 4_Hausaufgaben Pullout, Übungs-CDs (Kuckenbergs & Zückner, 2015)). Bei Kindern, die wenig Unterstützung durch die Eltern erfahren, kann das Kind die Übungen auf Anrufbeantworter sprechen oder Sprachnachrichten schicken. Falls möglich, ist es für das Kind motivierend, möglichst bald eine kurze Rückmeldung (z.B. per SMS) von der Therapeutin zu erhalten.



Material Generalisierung

Mat. 0_Sprechanlässe
Mat. 4_Erinnerungshilfen
Mat. 2_Mutleiter
Mat. 4_Fingerübungen Pullout
Mat. 5_Dreiecksvertrag Selbsttraining
Mat. 5_Auswahlmenge Selbsttraining

5.4.3 Vorbereitung der Nachsorge und Therapieende

Eine Therapie ist normalerweise beendet, wenn keine Termine mehr vereinbart werden müssen. Für eine Stottertherapie trifft das nicht uneingeschränkt zu. Da phasenweise Schwankungen von Symptommhäufigkeit und -stärke typisch für Stottern sind, können diese auch nach dem Ende einer Therapie fortbestehen und zu einem Rückfall führen.



Rückfall

Der Begriff Rückfall ist problematisch, da häufig damit konnotiert wird, wieder derselben unangenehmen Situation ausgeliefert zu sein wie zu Beginn der Erkrankung, Oft geht er auch mit einem Versagensgefühl einher. Wenn der Begriff verwendet wird, sollte immer auch die Information erfolgen, dass die phasenweise Zunahme der Symptomatik eine typische Eigenschaft des Stotterns und nicht selbst verschuldet ist.

In jedem Fall muss eine Nachsorge stattfinden, also Maßnahmen für die Zeit nach der fortlaufenden Therapie etabliert werden, unabhängig davon, ob die Voraussetzungen dafür am Ende der Generalisierungsphase oder schon im Verlauf der Desensibilisierung oder der Identifikation erreicht werden. Die Nachsorge umfasst Kontrolltermine nach einem halben oder sogar einem Jahr sowie Auffrischungen zur Therapie. Kind und Eltern gegenüber wird jedoch zum Ende der fortlaufenden Terminvereinbarungen von einem „Therapieende“ gesprochen, auch wenn danach noch Kontrolltermine oder ggf. Auffrischungssitzungen stattfinden. Grund hierfür ist das Signal an Kind und Eltern, dass Ihnen zugetraut wird, ab jetzt unabhängig und eigenverantwortlich mit dem Stottern umgehen zu können. Darum sollte auch bei der Vereinbarung der Kontrolltermine darauf geachtet werden, dass sie, ganz im Gegensatz zu ihrem Wortlaut, nicht der Kontrolle dienen, sondern dem wechselseitigen Erfahrungsaustausch. Dieser beinhaltet auch die Möglichkeit, nach Unterstützung zu fragen. So spricht man auch besser von „Treffen“ oder ganz neutral von einem „Termin, um zu hören wie es geht“.



Nachsorge

Um zu klären, ob die regelmäßigen Therapietermine beendet und die Nachsorge begonnen werden kann, werden mit Kind und Eltern folgende Aspekte überprüft:

- Stotterverhalten** (Qualität, Quantität) in unterschiedlichen Lebenssituationen
- Einsatz von Sprechtechniken** (Qualität, Quantität) in unterschiedlichen Lebenssituationen
- psychische Faktoren:** Emotionalität, Erwartungen, Sorgen, Hoffnungen, Erfahrungen und Kompetenzgefühl (Selbstwirksamkeitsgefühl, Zuversicht)
- Risikofaktoren:** Schulsituation, Übergang zur weiterführenden Schule, soziale Integration, Sozial- und Kommunikationsverhalten, Gesprächsstil in der Familie, mit Gleichaltrigen (Konkurrenz?)
- Umgebungsfaktoren:** Reaktionen anderer auf Stottern, Austausch über Stottern (mit wem und in welcher Form?)

Zur Vorbereitung der Nachsorge werden Übungen zur Aufrechterhaltung des Erarbeiteten entwickelt (Sprechtechniken, Aufrechterhaltung der Desensibilisierung, „Reiserucksack“ (Mat. 5_Reiserucksack), die zunehmend eigenverantwortlich oder mit Unterstützung der Eltern weitergeführt werden. In der Realität lässt die Motivation für ein solches Üben im Laufe der Zeit deutlich nach. Hier muss die Therapeutin entscheiden, ob es sinnvoll ist, die Aufrechterhaltung über Kontrolltermine weiter zu unterstützen (s. Troubleshooting), oder ob sie das Risiko eines Rückfalls zulassen will. Denn ein Rückfall beinhaltet immer auch die Chance, dass das Kind ihn allein bewältigt und dadurch das Gefühl der Selbstwirksamkeit gestärkt wird. Für den Fall der Zunahme von Symptomatik oder Ängsten werden vorbereitend Maßnahmen zur Selbsthilfe in Form eines selbst erstellten Videos oder dem therapiebegleitenden Heft mit den gelernten Hilfsmitteln erarbeitet (Mat. 5_Notfallkoffer). Inhalte des Notfallkoffers sind Erläuterungen bzw. Hinweise zu Sprechtechniken und Desensibilisierung sowie Information über Stottern und Selbstbehauptung. Vor Beginn der Nachsorge wird ein Dreiecksvertrag mit Eltern, Kind und Therapeutin geschlossen. Dieser regelt die Verantwortlichkeiten für das kontinuierliche Üben, Selbsthilfe bei Schwierigkeiten,

Kriterien für eine Wiedervorstellung (Mat. 5_Merkblatt Wiedervorstellung), Vorgehen bei einer Auffrischung, und Kontrolltermine. Die Therapeutin informiert, ob sie bei einer Wiedervorstellung einen Therapieplatz anbieten kann oder welche Alternativen bestehen. (Mat. 5_Vertragsbeispiel Therapieende).

Kinder, die weiterhin stottern, sind meist in einer ambivalenten Gefühlslage. Sie freuen sich über das Ende der fortlaufenden Therapie mit den gewonnenen freien Nachmittagen. Die Zunahme der Lebensqualität wird ihnen noch einmal bewusst. Doch auf der anderen Seite stehen das Bedauern und die Trauer, dass eine Restsymptomatik geblieben ist und dass weiterhin geübt werden muss. Auch Eltern erleben diese Ambivalenz. Hier kann die Situation entstehen, dass das Kind zufrieden die Therapie beendet hat, während die Eltern während der Nachsorge Beratungstermine zu ihren Sorgen über das verbleibende Stottern in Anspruch nehmen. Das Kind wird darüber informiert, dass es hier um die Sorgen der Eltern und nicht mehr um sein Stottern geht.

Im letzten Termin vor der Nachsorge werden mit einer Abschiedsfeier die Leistungen und Erfolge von Kind und Eltern in einem feierlichen Rahmen gewürdigt. Es können relevante Bezugspersonen eingeladen werden (Geschwister, Großeltern, Freunde). Das Kind stellt seine Therapie im Rückblick dar (ggf. Video aus der Eingangszeit und zum Abschluss der Therapie), erklärt die Sprechtechniken und „Mutproben“, informiert, dass es nicht ungewöhnlich ist, wenn das Stottern wieder mehr und stärker wird und was es in diesem Fall tun wird.



Einleitung Nachsorge

Kriterien für die Einleitung der Nachsorge

3. Das Kind zeigt für die Dauer von einem Monat flüssiges Sprechen oder kurze (ca. ½ Sek) Symptome ohne Begleitverhalten und ohne Vermeideverhalten (s. Kriterien für ein Therapieende). Dies kann ein stabiler Zustand bzw. eine Remission sein. Es kann sich aber auch um eine vorübergehende Phase der spontanen Sprechflüssigkeit (auch als „lucky fluency“ bekannt) handeln. Es wird entschieden, ob ein bestimmter Therapieinhalt noch zu Ende erarbeitet wird (z.B. die Prolongation) und dann zunächst eine Therapiepause mit Kontrollterminen zur Beobachtung eingelegt wird. Erst wenn dieser Zustand länger als ½ Jahr (um noch sicherer zu sein 1 Jahr) andauert, kann er als stabil angenommen werden. Zu Beginn der Pause wird auf die Möglichkeit hingewiesen, dass die Symptomatik wieder zunehmen kann und es werden entsprechende Selbsthilfemaßnahmen erarbeitet.

Ein Kind kann sich mit Sprechtechniken gut behelfen, obwohl noch stärkere Symptome oder in eng umgrenzten Bereichen Vermeideverhalten bestehen. Dies ist in der Regel am Ende der Generalisierungsphase zu beobachten. In diesem Fall werden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des erreichten Standes und Selbsthilfemaßnahmen bei wieder zunehmender Symptomatik erarbeitet.



Material Vorbereitung Nachsorge

- Mat. 5_Reiserucksack
- Mat. 5_Notfallkoffer
- Mat. 5_Merkblatt Wiedervorstellung
- Mat. 5_Vertragsbeispiel Therapieende
- Mat. 5_Fühlsprechen

5.4.4 Nachsorge

Dieser letzte Zeitraum der Generalisierung trägt der Tatsache Rechnung, dass von stabilen Therapieeffekten erst nach einem längeren Zeitraum ausgegangen werden kann. Aus Sicht des Kindes ist die Therapie jedoch beendet. In den Kontrollterminen (z.B. nach 6 und 12 Monaten) findet ein Austausch über die allgemeine Lebenssituation, aber auch erfolgreiche und schwierige Erfahrungen in der vergangenen Zeit statt. Es werden Fragen geklärt und bei Bedarf Auffrischungssitzungen zu spezifischen Fragestellungen vereinbart. Je nach Zielsetzung der Therapeutin können auch die zu Beginn verwendeten Fragebögen eingesetzt und die Spontansprache analysiert werden. Besteht kein weiterer Handlungsbedarf, wird nach dem letzten Kontrolltermin die Therapie endgültig beendet. Nur wenn aus dem bisherigen Verlauf deutlich wird, dass Risikofaktoren bestehen und sich die Familie bei Schwierigkeiten nicht melden würde, werden auch nach dem Ende der Nachsorge noch Kontrolltermine vereinbart.

Bei einer vom Kind oder von den Eltern initiierten Wiedervorstellung wird das Anliegen geklärt und der aktuelle Stand ermittelt (Anamnese, bisherige Lösungsversuche, je nach Fragestellung Fragebögen und In-vivo-Diagnostik ohne und mit Technikeinsatz, ggf. Spontansprachanalyse etc.). In der anschließenden Vertragsarbeit werden Ziele und Vorgehensweise für eine begrenzte Zahl von Auffrischungssitzungen vereinbart (z.B. eine Verordnung).

5.5 Troubleshooting

Die Bearbeitung der möglichen Probleme wurde bereits unter Modifikation und Desensibilisierung genannt.

Probleme bei den Sprechtechniken	Siehe 4 Modifikation
Probleme bei der Desensibilisierung	Siehe 2 Desensibilisierung
Symptome werden zu spät registriert	Siehe 3 Identifikation
Kind vergisst, die Techniken anzuwenden	Mit dem Kind gemeinsam Erinnerungshilfen entwickeln, z.B. Weckfunktion des Handys, Aufkleber auf Federmäppchen, Münzen für jede Prolongation von der linken in die rechte Hosentasche, Verstärkeranreize Im Therapieraum und in vivo üben (Vorlesen, Referat) Freund einweihen, Lehrer einbeziehen
Kind fühlt sich entlastet und möchte nicht mehr üben	Abklären, ob dahinter das heimliche Anliegen steht, der Desensibilisierung auszuweichen, eine Phase der Therapiemüdigkeit besteht oder ob aus Sicht des Kindes tatsächlich kein Handlungsbedarf mehr besteht → je nach Ursache geheimes Anliegen ansprechen und einen Desensibilisierungsvertrag vereinbaren, eine Therapiepause einplanen oder überprüfen, ob die Therapie beendet werden kann.
zu frühzeitiges Therapieende aus Sicht der Therapeutin	Das Kind /die Eltern möchten die Therapie beenden, obwohl die Symptome noch lang, teilweise angestrengt sind und/ oder noch Vermeideverhalten besteht → Ursachenforschung im Bilanzgespräch nicht überreden wollen Vertrag überprüfen ggf. an neue Situation anpassen (Therapiepause für die Dauer des Hausbaus) Bei Beendigung: Beratung zur späteren Wiederaufnahme einer Therapie und alternativen Ansätzen. Schuldgefühlen vorbeugen. Auf unseriöse Verfahren hinweisen.

<p>Es liegen noch sehr häufige leichte und kurze Symptome vor</p>	<p>Eine Reduktion der Symptomhäufigkeit ist vorübergehend möglich durch das aus dem propriozeptiv überwachten Sprechen von Ripers (2006) weiterentwickelte Kinästhetisch Kontrollierte Sprechen (KKS Zückner, 2014b). Dies liegt in einer für Kinder modifizierten Form des „Fühlsprechens“ (Mat. 5_Fühlsprechen, Schneider 2018) vor.</p>
<p>Wunsch zur Fortführung der Therapie, obwohl die Kriterien für das Therapieende erreicht wurden</p>	<p>Hintergrund kann der Wunsch nach völliger Heilung sein. Da Deckeneffekte bestehen, ist der Aufwand, um mit Schul-KIDS weitere Verbesserungen zu erreichen, sehr hoch. Ggf. kann, vor allem bei häufigen, aber leichten Symptomen ein Fluency Shaping empfohlen werden, etwa in Anlehnung an die Bonner Stottertherapie (Prüß & Richardt, 2014). In diesem Fall wird jedoch nicht mehr nach Schul-KIDS behandelt.</p>
<p>Endlose Fortführung der Generalisierung</p>	<p>Ursachenforschung → Beispiele: Das Kind zeigt kein Engagement für die Generalisierung, möchte aber weiter Therapie. Gibt es ein geheimes Anliegen? Sich und den Eltern etwas vormachen: „Ich tu ja was“ (und schütze mich vor Änderungen, Schuld ist die schlechte Therapie). Ansprechen, Bedingungen für sinnvolle Therapie aufzeigen, Therapie unterbrechen, ggf. beenden. Therapeutin kann das Kind nicht gehen lassen → Reflexion, ggfs. Supervision</p>
<p>Die Eltern erwarten vom Kind die Generalisierung, das Kind möchte die Therapie beenden.</p>	<p>s.o.</p>

Checkliste 6: Generalisierung (Kap. 5)

Inhalt	Kommentar	Datum
Generalisierung am Ende der Therapie (5.4.2)		
Ziele und Vorgehensweise mit Kind und Eltern geplant		
Dreiecksvertrag über Ziele, Aufgaben und Verantwortlichkeiten geschlossen		
Heimtraining der Sprechtechniken etabliert		
zu übende Bereiche festgelegt	<input type="checkbox"/> Qualität der Techniken <input type="checkbox"/> Erinnerung/Monitoring <input type="checkbox"/> Desensibilisierung	
Generalisierung in unterschiedlichen Bereichen gefördert	<input type="checkbox"/> im Therapieraum <input type="checkbox"/> im Alltag <input type="checkbox"/> Familie, Schule, Freunde, Verein	
Vorbereitung Nachsorge und Therapieende (5.4.3)		
geprüft, ob zur Nachsorge übergegangen werden kann		
über mögliche Verläufe/ Rückfälle informiert		
Hilfen zur Aufrechterhaltung erarbeitet (Reiserucksack)		
Hilfen zur Selbsthilfe erarbeitet (Notfallkoffer)		
Dreiecksvertrag über die Nachsorge geschlossen		
Emotionale Ambivalenz angesprochen	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kind	
Abschiedsfeier geplant und durchgeführt		
Nachsorge (0)		
Eltern während der Nachsorge beraten		
Kontrolltermine vereinbart		
Auffrischungen geplant		
Therapieende festgelegt		

6 Rahmentherapie

Eine Stottertherapie findet eingebettet in den Lebenskontext eines Kindes und seiner Familie statt. Daher gibt es immer wieder Gründe, im Einzelfall Bereiche in die Therapie einzubeziehen, die nicht direkt zu Schul-KIDS gehören und somit der „Rahmentherapie“ zuzuordnen sind. Dieser Begriff wurde gewählt, weil sie den Rahmen bildet, innerhalb dessen Schul-KIDS durchgeführt wird.

6.1 Einordnung der Rahmentherapie in die Therapiephasen

Da die Rahmentherapie nach Bedarf einbezogen wird, kann ihr keine feste Therapiephase zugeordnet werden (Abbildung 14). Häufig zeigt sich jedoch schon während der Anamnese und Eingangsdiagnostik, der Vertragsphase und der Enttabuisierung, wo Maßnahmen der Rahmentherapie erforderlich sind. Manchmal wird erst im Therapieverlauf deutlich, welche Themen bearbeitet werden müssen, z.B. das Selbstbild mit Stottern, der Umgang mit Misserfolgen oder die Verarbeitung von belastenden Erfahrungen. Das bedeutet, dass in der Regel die Rahmentherapie zu Beginn der Therapie eingeleitet wird, dass aber in jeder Phase im Therapieverlauf Schwerpunkte hinzukommen oder sich ändern können. Die Interventionen können als Bestandteil jeder Stunde erfolgen, z.B. als wiederkehrendes Ritual (Mat. 6_Rituale), oder in einer Sequenz zu einem bestimmten Thema, z.B. die Erarbeitung von Konfliktlösestrategien und pragmatischen Fähigkeiten eingebettet in die Desensibilisierung gegen Zuhörerreaktionen.

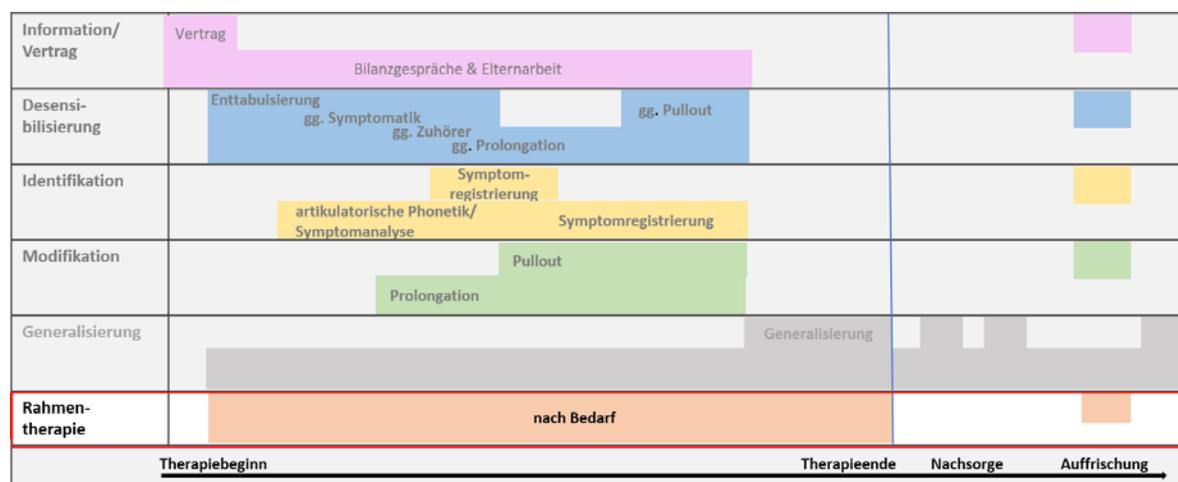


Abbildung 14: Rahmentherapie im Standardablauf der Therapiephasen von Schul-KIDS

6.2 Voraussetzungen

Die Indikation für eine Rahmentherapie besteht, wenn

1. Voraussetzungen für einzelne Therapieschwerpunkte aus Schul-KIDS erarbeitet werden müssen und/oder
2. Risikofaktoren bestehen, die Stottern triggern oder die die Resilienz bezogen auf Stottern schwächen.

Die Rahmentherapie ist nicht beliebig hinsichtlich Inhalt und Vorgehensweise und nur dann gerechtfertigt, wenn

ein begründeter Zusammenhang zum Stottern und zur Stottertherapie vorliegt und ein Auftrag dafür besteht.

Grenzen für die Logopädin in der Rahmentherapie sind von ihrer therapeutischen Kompetenz und Befugnis bestimmt, aber auch durch die Charakteristika des jeweiligen Falles (z.B. psychische Erkrankung des Kindes, Funktionalisierung des Stotterns im Familiensystem (Sandrieser & Schneider, 2015)). Kann die Logopädin bestimmte Teile der Rahmentherapie selbst nicht durchführen, berät sie die Eltern zum weiteren Vorgehen.

6.3 Ziele

1. Das Kind verfügt über für die Therapie erforderliche Einstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten.

2. Faktoren, die das Stottern triggern bzw. die Resilienz schwächen, sind abgebaut bzw. gemindert.
3. Protektive Faktoren in Bezug auf das Stottern sind gestärkt.



Zu 1. Beispiele für entsprechende Zielsetzungen sind der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und von Motivation, Verbesserung der Sensomotorik im Bereich der Artikulatoren, Aufmerksamkeitslenkung, Fähigkeit zur Spannungsregulierung i.V.? mit dem Pullout, Erarbeitung eines weichen Stimmensatzes für die Prolongation.

Zu 2. Hier kann bei der Zielerarbeitung die ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005) zur Orientierung herangezogen werden: personenbezogene Faktoren, z.B. emotionale Verarbeitung belastender Erfahrungen, Stärkung von Selbstwertgefühl und Kontrollüberzeugungen. Umgebungsfaktoren, z. B. emotionale Verarbeitung von Sorgen um das Kind, Beratung und Information von Personen im Umfeld des Kindes, Nachteilsausgleich in der Schule, Unterstützung der Eltern, als Multiplikatoren aufzutreten. Aktivität und Teilhabe, z.B. pragmatisch kommunikative Fähigkeiten, Problemlöseverhalten, Konfliktverhalten, Umgang mit Hänkeln.

6.4 Vorgehensweise

Hinsichtlich der Fähigkeiten und Fertigkeiten, die als Voraussetzung für die Arbeit am Stottern erarbeitet werden (z.B. Entspannungsverfahren und Tonusregulierung, Förderung der Sensomotorik im Artikulationsbereich, Aufmerksamkeitslenkung), wird auf die einschlägige logopädische Fachliteratur verwiesen. Für den Bereich der Einstellungen, Gefühle und Gedanken sowie Problemlöseverhalten werden im Folgenden Anregungen gegeben.

Besteht die Indikation für eine Rahmentherapie werden in der Vertragsarbeit zu Beginn oder ggf. im weiteren Therapieverlauf Indikation, Ziele und Vorgehensweise der Rahmentherapie besprochen und der Auftrag transparent geklärt. Wenn es um Umweltfaktoren geht ist zu klären, wer beteiligt ist. Wenn die Therapeutin aus zeitlichen oder inhaltlichen Gründen (z.B. Verordnung, Qualifikation) selbst nicht aktiv wird erfolgt eine Beratung, welche Berufsgruppe besonders geeignet für die Intervention ist. Generell gilt, dass die Eltern so viel wie möglich selbst übernehmen und von der Logopädin dabei gecoacht werden (siehe Elternbeteiligung).

Werden andere Therapeutinnen einbezogen (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie) sind Absprachen nötig, wer welche Bereiche abdeckt. Damit soll vorgebeugt werden, dass die Therapeutinnen einander in Bezug auf das Stottern und den Umgang damit widersprechen.

Auch wenn kurzzeitig die Rahmentherapie im Vordergrund stehen kann, z.B. wenn es um die Fähigkeit zur Abgrenzung gegen Hänkeln geht, bleibt die mit Eltern und Kind vereinbarte direkte Stottermodifikationstherapie nach KIDS der zentrale Ansatz. Davon darf auch nur übereinstimmend und in Absprache mit den Eltern abgewichen werden.

In der Rahmentherapie sind je nach Qualifikation der Therapeutin sehr unterschiedliche Vorgehensweisen möglich. So können durchaus Elemente aus der Gestalttherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Hypnotherapie, aus NLP, dem Improvisationstheater oder dem therapeutischen Puppenspiel etc. zur Anwendung kommen. Daher werden exemplarisch mögliche Vorgehensweisen in einzelnen Bereichen vorgestellt, während zu vielen anderen Bereichen die einschlägige Literatur Auskunft gibt.

6.4.1 Kognitive und emotionale Reaktionen auf Stottern

Hier geht es um die Verarbeitung von Beschämung und Kränkungen, den Abbau von Ängsten und von negativen Überzeugungen über sich und andere, die Entwicklung von unterstützenden Bildern und Visionen sowie von Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl.

In diesem Bereich wird gearbeitet, wenn die Arbeit am Stottern (Identifikation, Desensibilisierung, Pseudostottern) schwerfällt oder starke Emotionen auslöst, wenn das Kind sich wiederholt hilflos fühlt (geringe Selbstwirksamkeitserwartung) und/oder Misserfolgserwartungen äußert.

Man beginnt mit der Erweiterung des Therapievertrages um die Vereinbarung mit Kind und Eltern, dass an diesem Thema gearbeitet wird. Eine solche Vereinbarung kann z.B. lauten: meine Kraft und Stärke entdecken, um mit dem Stottern (der Angst vor dem Stottern, der Angst, ausgelacht zu werden etc.) gut zurechtzukommen.

Im Folgenden werden einige exemplarische Methoden aus der Hypnotherapie vorgestellt, mit denen das Kind seine Befindlichkeit selbstsuggestiv positiv beeinflussen kann. Voraussetzung ist immer, dass das Kind psychisch gesund ist und die Zustimmung der Eltern besteht. Eine weitere Voraussetzung ist ein gutes Vertrauensverhältnis und dass das Kind motiviert ist, an dem Thema und mit der vorgeschlagenen Methode zu arbeiten. In der hypnotherapeutischen Herangehensweise werden Trance-Zustände hergestellt und genutzt. Eine hypnotische Trance ist ein Bewusstseinszustand, der durch einen tief entspannten Wachzustand gekennzeichnet ist, bei dem die Aufmerksamkeit nach innen gerichtet ist, z.B. auf Erfahrungen, Erinnerungen und Vorstellungen im Bereich der Sinne, besonders des Sehens, Hörens und Fühlens. Nach außen kann dieser Zustand schlafähnlich wirken. Die Kritikfähigkeit des Bewusstseins wird eingeschränkt und das Unbewusste wird direkt ansprechbar. Dadurch kann leichter Zugang zu den persönlichen Ressourcen und Lösungsfähigkeiten gefunden werden. Bevor eine Trance induziert (eingeleitet) wird, klärt man Kontext, Zielsetzung und Vorgehensweise mit dem Kind. Mit einer die Aufmerksamkeit nach innen fokussierenden Anleitung wird dann der Trancezustand hergestellt. Ist dieser Zustand erreicht, wird das Kind auf eine Vorstellungsreise eingeladen, die das Kind auch mitgestalten kann. Ist diese Vorstellungsreise beendet, wird das Kind behutsam ins Hier und Jetzt zurückgeführt. Je nach Thema kann eine Reflektion der Anwendbarkeit im Alltag folgen. Nähere Informationen zur hypnotherapeutischen Trance finden sich u.a. bei Signer-Fischer, Gysin und Stein (2014) und bei Short und Weinspach (2017). Diese Vorgehensweise ähnelt entfernt den in der Logopädie häufiger verwendeten Phantasiereisen. Arbeitet man ohne hypnotherapeutische Qualifikation und ohne einen Trance-Zustand herzustellen und lässt das Kind stattdessen ggf. Bilder malen, ist die suggestive Wirkung kleiner. Wenn sich ein Kind darauf einlassen kann, wird es dennoch davon profitieren können. Entscheidend ist, dass die Therapeutin das Kind und seine Interessen und seine Welt gut kennt, so dass sie es bei der Entwicklung eigener Metaphern und Bilder gut begleiten kann. Dabei bleibt sie mit ihm in einem Dialog, um zu hören, welche Prozesse das Kind innerlich gerade durchläuft. Sie hält sich aber auch ausreichend zurück, um dem Kind Raum zur Entwicklung eigener Bilder zu geben. Gute Anregungen zur Arbeit mit Kindern finden sich in Signer-Fischer et al. (2014). Generell wird vermittelt wie man in schwierigen Zeiten seine **Stimmung positiv beeinflussen** kann (Mat. 6_Gute Momente - Insel finden) (Signer-Fischer et al., 2014, S. 49). Im Materialteil werden aus diesem Buch Übungen zu verschiedenen Themen vorgestellt.

Übungen zum Thema **Hilflosigkeit und Selbstwirksamkeit** beziehen sich bei Signer-Fischer et al. (2014) nicht direkt aufs Stottern, sie können jedoch gut darauf übertragen werden. Im Zusammenhang mit Stottern ist das Kontrollbedürfnis von großer Bedeutung. Es geht um die Kontrolle über das eigene Sprechen aber auch über die Umwelt. Die Überzeugung, diese Kontrolle ausüben zu können, erleichtert es dem Kind, Selbstverantwortung zu übernehmen.

Um erfolgreich kontrollierend handeln zu können müssen drei Bedingungen erfüllt sein:

1. objektive Handlungsmöglichkeiten: Wissen (z.B. über Vorurteile und sachlich richtiges Wissen), Fertigkeiten (z.B. Pullout), Fähigkeiten (z.B. Einschätzung der Kommunikationssituation, Einsatz des Pullout)
2. subjektive Handlungsmöglichkeiten: genug Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen
3. Glück

(siehe auch Signer-Fischer et al. (2014, S. 53))

Das bedeutet, dass es nicht genügt, Kontrolltechniken wie Prolongation oder Pullout zu vermitteln, sondern auch die Überzeugung, damit wirksam seine Situation positiv beeinflussen zu können. Kinder, die generell an ihrer Selbstwirksamkeit zweifeln können von der Übung „Selbstwirksamkeit“ (Mat. 6_Selbstwirksamkeit) profitieren.

Die Entwicklung von Kontrollüberzeugungen kann unterstützt werden, indem man die Fähigkeiten zum Problemlösen stärkt (s. dort) und das Kind immer wieder zur Reflexion anhält, wenn es mutig eine Situation selbstverantwortlich beeinflusst hat (Mat. 6_Mut-Tagebuch).

Häufig ist das Thema **Angst** ein sehr bedeutender Faktor in der Stottertherapie. Angst ist ein Gefühl, das entsteht, wenn zu wenig Sicherheit und Kontrollüberzeugungen bestehen. Sicherheitsgefühl und Angst befinden sich in einem Wechselspiel. Wenn die Angst nicht mehr in einem Gleichgewicht zur inneren und äußeren Sicherheit steht entwickelt sich Leidensdruck. Angst kann eine wichtige Warnfunktion haben, kann aber auch bewirken, dass keine Lösungswege mehr gefunden werden können. Sie kann realitätsbezogene aber auch phantasierte Auslöser haben. Eltern erhalten gute Hinweise zum Umgang mit Angst in den Videos der Akademie für Lerncoaching in Zürich (Mat. 6_Material Problemlösen). Darin wird u.a. darauf hingewiesen, dass Ängste ernstgenommen und nicht durch Schonung und Vermeidung verstärkt werden sollen. Wenn das Kind sich bewusst eingestehen darf, dass es Angst hat, ist das der erste Schritt, den Umgang mit der Angst zu lernen. Wenn es um belastende Ängste im Rahmen einer Stottertherapie geht sollte abgeklärt werden, ob sich die Angst auf Kommunikationssituationen und Stottern bezieht, oder ob andere Auslöser für Ängste bestehen (z.B. im Familiensystem, durch Mobbing o.ä.). Bei Unsicherheit sollte eine psychologische Abklärung erfolgen, damit bei Bedarf die richtige Behandlung eingeleitet werden kann.

In der Therapie können Kinder auch lernen, ihre Ängste mit „magischen“ Methoden zu beeinflussen. Dies entspricht dem magischen Denken, das im Kinder und Jugendalter noch gut ausgebildet ist. Parallel zu diesen „magischen“ Übungen sollte die Fähigkeit, Konflikte auszufechten gestärkt werden (s. Problemlösen). Die Methode, sich ein magisches „Krafttier“ zu zähmen, dient zur Unterstützung der Kontrollüberzeugung (Mat. 6_Stärkung der Kontrollüberzeugung) (Signer-Fischer et al., 2014, S. 71). Dabei soll dem Kind bewusst sein, dass das Krafttier an die eigene Kraft erinnert und nicht wirklich die Situation löst. Wird das Krafttier nicht mehr benötigt, wird es bewusst verabschiedet. Die Übung „Schutzmantel“ senkt die Verletzlichkeit und stärkt das Gefühl innerer Sicherheit (Mat. 6_Stärkung der Kontrollüberzeugung) (Signer-Fischer et al., 2014, S. 73-74).

Bei sehr verunsicherten Kindern besteht die Möglichkeit, in Anlehnung an die Traumatherapie einen sicheren Rückzugsort (Safe-Place, Gahleitner, Katz-Bernstein & Pröll-List, 2013) zu etablieren, der ggf. sogar in imaginierter Form mitgenommen werden kann.

Symptomspezifisch können auch Vorstellungshilfen entwickelt werden, um leichter die **Kontrolle im Symptom** zu bekommen. Hierzu kann die Metapher „Bremsen lösen“ (Signer-Fischer et al., 2014, S. 79) entsprechend modifiziert werden (Mat. 6_Kontrolle im Symptom).

Stottern beeinflusst die Überzeugungen über sich, andere und die umgebende Welt (Sandrieser & Schneider, 2015). Stottern kann dazu führen, dass ein Kind **ungesunde innere Dialoge** führt (z.B. „ich hasse mich, weil ich dieses Stottern habe/nicht in den Griff kriege, ich bin ein Versager“ etc.). Hier geht es darum, eine versöhnliche Perspektive auf sich selbst zu entwickeln und dem Stottern keinen zu großen Einfluss einzuräumen. Die Therapeutin kann zeigen, dass sie diese Schlussfolgerungen nachvollziehen kann, aber dass man sich damit selbst nichts Gutes tut. In Mat. 6_konstruktiver innerer Dialog wird mit dem Kind eine gesunde Art, mit sich zu sprechen entwickelt. **Misserfolge** können dem Kind auch in der Stottertherapie widerfahren. Sie sind unvermeidbar und sogar eine gute Gelegenheit zu lernen, wie man damit umgehen kann. Anregung hierzu findet sich in „Analysieren eines Misserfolgs“ (Mat. 6_Umgang mit Misserfolg) (Signer-Fischer et al., 2014, S. 116-117).

Eine gesunde **Integration des Stotterns in das Selbstbild** kann mit Vorstellungsbildern (Signer-Fischer et al., 2014) oder gestalterischen Mitteln (Mortola & Oaklander, 2011; Oaklander & Schomburg, 2007) und deren Reflexion unterstützt werden. Eine mögliche Einführung des Themas bieten einzelne Bilder und Texte aus dem Buch „Meine Worte hüpfen wie ein Vogel“ (Heap, 2005), in dem andere Kinder ihr Stottern, sich selbst und die anderen dargestellt haben. Es wird gemeinsam überlegt, wie sich die Urheber fühlten und was sie wohl dachten. Es wird deutlich, dass sie das Stottern als belastenden, z.T. sogar bedrohlichen Teil von sich empfinden. Dann wird das Kind aufgefordert, selbst ein Bild zu malen oder etwas zu schreiben, in dem es dem eigenen Stottern eine Gestalt (z.B. Wolf, böser Geist, bockiges Pferd) gibt. Die Zeit dafür sollte in den Sitzungen

eingeleitet werden. Man kann das Kind fragen, ob es einverstanden ist, dass man versucht, seine Darstellung nachzuzeichnen, um sich genauer einfühlen zu können. Während das Kind arbeitet, sollte man nicht in andere Gespräche ausweichen sondern eher schweigen. Wenn überhaupt, kann man in Bezug auf das entstehende Werk höchstens, ohne zu werten, Beobachtungen formulieren wie z.B. „Du hast den Stift jetzt ganz fest aufgedrückt. So stark, dass er fast abgebrochen ist. Und dein Gesicht hat ganz grimmig geschaut.“ oder „Interessant, der stottert gerade und lächelt dabei“. Bei der Reflexion und Weiterarbeit geht es nicht um die Interpretation der Bildelemente durch die Therapeutin! Fokus ist das konkrete Nachvollziehen und Weiterführen der dargestellten Geschichte.

Im der folgenden dialogischen Phantasiearbeit wird gemeinsam mit dem Kind ein Weg gefunden, wie das Stotterwesen gezähmt und erzogen werden kann (nicht zerstört!). In der Vorstellung wird das Kind zum Chef über das Wesen, das nun keine bösen Absichten mehr hegt, auch wenn ihm manchmal Missgeschicke passieren.

Nun wird überlegt, was das Stotterwesen braucht, damit es nicht mehr so zerstörerisch wirkt und wie es gut versorgt werden kann.



Stottern malen

Ein Kind hat sein Stottern als einen Wolf gemalt.

Therapeutin: „Dein Stotterwolf hat aber grimmige Zähne. Was macht er denn damit?“

Kind: Er beißt in meinen Hals, so!“

Therapeutin: „Mmh, du sagst, er beißt in deine Kehle und dann musst du stottern. Ziemlich fies, oder? Das fühlt sich nicht schön an. Was würdest du denn am liebsten mit dem Stotterwolf machen?“

Kind: „Töten“

Therapeutin.: Das kann ich verstehen, dann wärst du das Stottern los. Leider sitzt das Stottern ja in dir drin. Du musst dir was anderes ausdenken.

Kind: „Den Wolf fangen und zähmen.“

Therapeutin.: „Erzähl mal, wie du den Stotterwolf zähmst (... ..)! Was sagst du ihm, damit er gehorcht? Und gehorcht der Wolf jetzt? Musst du noch etwas tun oder sagen, damit er gehorcht? Bist du jetzt der Bestimmer über den Wolf? Wie kannst du dafür sorgen, dass du der Bestimmer bleibst? ...Therapeutin.: „Jedes Wesen muss versorgt werden. Was braucht denn der Wolf, damit es ihm gut geht?“

Kind: „fressen und spielen.“

Therapeutin.: „Jetzt ist es ja kein echter Wolf. Was könnte ihm den gut tun. Wie kann das denn mit dem Spielen gehen?“

Kind: „Wenn ich merke, dass das Stottern mich ärgert weil es Hunger hat, könnte ich Fußball spielen.“

Therapeutin.: „Mal bitte jetzt ein Bild, auf dem du mit dem gezähmten Wolf zu sehen bist.“

Auf solche Bilder kann bei der Erarbeitung von neuen Inhalten aber auch bei Schwierigkeiten oder Motivationsverlust Bezug genommen werden, z.B. bei Schwierigkeiten bei der Identifikation: „Erinnerst du dich an das Bild vom Stotterwolf? Was macht er denn gerade? Weißt du noch, wie du ihn zähmen kannst? Oder muss er anders versorgt werden? Was braucht er denn gerade?“

Jedes Mal, wenn man den Wolf wieder ein bisschen mehr gezähmt hat und die Hilflosigkeit und die Angst vor dem Symptom überwunden hat, kann man sie in eine Papiertüte packen, die man dann platzen lässt.



**Material
kognitive +
emotionale
Reaktionen**

Mat. 6_Rituale

Mat. 6_Gute Momente - Insel finden

Mat. 6_Selbstwirksamkeit

Mat. 6_Mut-Tagebuch

Mat. 6_Material Problemlösen

Mat. 6_Stärkung der Kontrollüberzeugung

Mat. 6_Kontrolle im Symptom

Mat. 6_konstruktiver innerer Dialog

Mat. 6_Umgang mit Misserfolg

6.4.2 Problemlöseverhalten und soziale Kompetenz

Stotternde Kinder müssen damit rechnen, dass sie genauso wie jedes andere Kind immer wieder mit schwierigen Situationen konfrontiert sind. Ihre Handlungsfähigkeit in solchen Situationen hängt wie oben bereits beschrieben, von drei Faktoren ab:

1. objektive Handlungsmöglichkeiten: Wissen (z.B. über Vorurteile und sachlich richtiges Wissen), Fertigkeiten (z.B. Pullout), Fähigkeiten (z.B. Einschätzung der Kommunikationssituation, Einsatz des Pullout)
2. subjektive Handlungsmöglichkeiten: genug Kontrollüberzeugung, Selbstvertrauen
3. Glück

Im Folgenden wird dargestellt, wie die **objektiven Handlungsmöglichkeiten gestärkt** werden können. Wertvolle Hinweise finden sich außerdem in Sandrieser und Schneider (2015) und in Kuckenberg (2015). Ziele im Bereich Problemlöseverhalten und soziale Kompetenz sind

- Situationen durchschauen (z.B. neugieriges Fragen nach der Symptomatik von Hänkeln unterscheiden)
- sich pragmatisch adäquat verhalten
- Konflikte austragen (z.B. seine Interessen vertreten, sich gegen Hänseleien zu Wehr setzen, bei Neugier adäquat informieren)
- belastende Erfahrungen verarbeiten

Indiziert ist die Arbeit im Bereich Problemlöseverhalten und soziale Kompetenz, wenn sich das Kind wiederholt in einer Situation hilflos fühlt oder sich vor Situationen fürchtet, in denen es sich als hilflos einschätzt und sie deshalb vermeidet

wenn es sich wiederholt selbst in Situationen bringt, die es überfordern

wenn Probleme mit anderen häufig in einer ungünstigen Weise (z.B. mit Gewalt oder Rückzug) gelöst werden und ein Selbstsicherheitstraining (Intakt, Kinderschutzbund o.ä.) nicht zur Verfügung stand oder aufgrund der stotterspezifischen Situation allein nicht ausreichte sollte.

Bei entsprechender Indikation wird im gemeinsamen Konsens der Therapievertrag um die Vereinbarung mit Kind und Eltern erweitert, dass an diesem Thema gearbeitet wird. Unabhängig davon zeigt die Therapeutin immer wieder Verhaltensweisen, die in liebevoll-humorvoller Weise das Kind herausfordern, so dass es immer wieder die Gelegenheit erhält, flexibel mit kleinen Irritationen umzugehen.

Bei der **Einführung des Themas** kann ein Bericht des Kindes aufgegriffen werden oder Geschichten (ggf. mit offenem Ende), Berichte von (fiktiven) anderen Kindern, Bilder, Videoausschnitte (Mat. 6_Problemlösen) etc. vorgegeben werden.

Das **Erfassen der Situation** geschieht, indem sie im Rollenspiel nachgespielt wird (Rollenverteilung klären. Dabei erleichtern eine „Bühne“ (d.h. Ortswechsel im Therapieraum) und Requisiten die Rollenübernahme, ein authentischeres Spiel und die anschließend nötige Distanzierung von der Rolle. Auch ein zweites oder drittes Rollenspiel, in dem das Kind jeweils eine andere Rolle übernimmt, können sinnvoll sein. Wenn belastende erlebte oder ernsthaft befürchtete Situationen bearbeitet werden sollen, kann es für ein Kind leichter sein, statt eines Rollenspiels die Situation mit Handpuppen, Bauklötzen, Spielfiguren oder Kuscheltieren nachzustellen oder zu zeichnen. Da es hier gleichzeitig die Rolle eines Regisseurs hat, kann es leichter die Distanz zu den Gefühlen wahren und möglicherweise besser aus den unterschiedlichen Perspektiven reflektieren.

Fragestellungen zur Reflexion sind etwa: Wie ist die Situation verlaufen? Was geschah vorher (Hinweis auf mögliche Vorbeugung)? Was geschah danach? Wie haben die Protagonisten die Situation erlebt, warum haben sie sich so verhalten? (ggf. noch einmal in die Rolle gehen und Gefühle und Gedanken wahrnehmen und ausdrücken) Sind diese Gefühle und Gedanken hilfreich, um die Situation zu einem guten Ende zu führen?

Wird dem Kind das Spiel zu unangenehm, darf es das Rollenspiel wie einen Videoclip stoppen (ggf. imaginäre „Fernbedienung“ bereitlegen). Dann werden die Situation reflektiert (s.o.) und

Verhaltensmöglichkeiten überlegt. Indem man das Rollenspiel (den imaginären Videoclip) weiterlaufen lässt wird die erdachte Fortsetzung ausprobiert. Wenn sich im Rollenspiel Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung eingestellt haben trägt die Wahrnehmung des positiven Körpergefühls dazu bei, die negative Erinnerung an die ursprüngliche Situation zu verarbeiten.

Ansonsten werden nach der Erfassung der Situation mögliche Lösungen gesucht (Mat. 6_Problemlöseraster), wobei zunächst alle Möglichkeiten (d.h. auch Gewaltphantasien) zugelassen und nicht bewertet werden. Hier geht es in erster Linie darum, mehrere Wege zu finden, damit deutlich wird, dass es nie nur eine Lösung gibt. Als erster Schritt aus der Hilflosigkeit dürfen auch Machtphantasien ausgelebt werden. Die unterschiedlichen Lösungsideen werden im Rollenspiel ausprobiert und Motive, Reaktionen und Gefühle der Protagonisten sowie kurz- und langfristige Konsequenzen ihres Verhaltens reflektiert. Kinder, denen keine Lösungen einfallen, kann man in die Rolle eines Mitschülers (oder des oben genannten Krafttiers) schlüpfen lassen, der sich gut zu behaupten weiß. Alternativ kann die Therapeutin eine Auswahl von Lösungen vorlegen (Mat. 6_Konfliktlösungen – Auswahl, Mat. 6_Konfliktlösung) und das Kind bitten, zu beobachten, wie andere sich in ähnlichen Situationen verhalten.

Die Bewertung der Lösungsversuche erfolgt erst an dieser Stelle. Hierbei wird auch darauf geachtet, in welchem Rollenspiel das Kind besonders authentisch aufgetreten ist. Bei Bedarf werden weitere Rollenspiele mit steigender Schwierigkeit (Desensibilisierung), ggf. unter Einbezug anderer Kinder aus der Wartezone durchgeführt.

Die Umsetzung in der Wirklichkeit ist nicht immer planbar. Daher empfiehlt es sich, zusätzlich mit dem Kind im Bereich der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen (s.o.) zu arbeiten.



Material

Problemlösung

+ soziale

Kompetenz

Mat. 6_Problemlösen
Mat. 6_Problemlöseraster
Mat. 6_Konfliktlösungen – Auswahl
Mat. 6_Konfliktlösung
Mat. 6_Mobbing

6.5 Trouble-Shooting

Es liegt der Verdacht auf Mobbing/Bullying vor	Warnsignale checken Auf Beratung und Hilfsangebote verweisen (Mat. 6_Mobbing)
Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung	Viele Symptome und Beobachtungen, die auf Mobbing hinweisen entsprechen auch den Hinweisen auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (T. Idsoe, Dyregrov & E. Idsoe, 2012; Korittko & Pleyer, 2016; Roland & Idsøe, 2001). In diesem Fall ist es genauso wie bei Mobbing sinnvoll, eine Beratungsstelle bzw. eine Psychotherapie anzuraten. Die direkte Arbeit an der Desensibilisierung sollte in enger Absprache mit der Psychotherapie und sehr kleinschrittig erfolgen und dem Kind viele Möglichkeiten bieten, selbst den Prozess zu kontrollieren. Generell ist eine gegenseitige Schweigepflichtentbindung zwischen Psychotherapie bzw. Beratungsstelle und Logopädie wichtig, um ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen.

Checkliste 7: Generalisierung (Kap. 6)

Inhalt	Kommentar	Datum
Indikation für Rahmentherapie gegeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	
Begründeter Zusammenhang zur Stottertherapie		
Vorgehen Kind und Eltern erklärt und begründet	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Eltern	
Auftrag erhalten für		
Schwerpunkt	<input type="checkbox"/> kognitive und emotionale Reaktionen auf Stottern (6.4.1) <input type="checkbox"/> Problemlöseverhalten und soziale Kompetenz (6.4.2) <input type="checkbox"/> Sonstiger:	
Übernahme des Therapieschwerpunkts durch	<input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige:	
Einbezug von anderen Personen	<input type="checkbox"/> Lehrer <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> sonstige:	

7 Literaturempfehlungen

- Cave, K. & Riddell, C. (1994). *Irgendwie Anders*. Hamburg: Oetinger.
- Decher, M. (2011). *Therapie des Stotterns: ein Überblick über aktuelle Therapieansätze für Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Köln: Demosthenes.
- Dell, C. (2001). *Therapie für das stotternde Schulkind*. (3. Aufl.) Köln: Demosthenes.
- Döge E. (2015). *Der kleine Drache Lavazahn*. Köln: Demosthenes.
- Heap R. (Hrsg.) (2005). *Meine Worte hüpfen wie ein Vogel. Kinder malen ihr Stottern. Ein Bilderbuch für Erwachsene*. Köln: Demosthenes.
- Kuckenberg, S. (2011) *FAQ zum Stottern für Schulkinder*. Natke, Neuss.
- Kuckenberg, S. (2015). *Intensiv-Modifikation Stottern für Kinder: Soziales Kompetenztraining* (1. Aufl.). Neuss: Natke.
- Kuckenberg, S. & Zückner, H. (2015). *Intensiv-Modifikation Stottern für Kinder. Die Modifikationsphase bei stotternden Kindern zwischen 7 und 12 Jahren* (3. Aufl.). Neuss: Natke.
- Lattermann, C. & Neumann, K. (2005). Stotternde Schüler – Ratlose Lehrer: Anregungen zur Unterrichtsgestaltung. *PÄD Forum: Unterrichten Erziehen*, 34, 8-12.
- Natke, B. (2004). *Benni 1-4. Comics*. Köln: Demosthenes.
- Ramann, A. & Schartmann, G. (2014). *Kai ist(k)ein blöder Name*. Neuss: Natke.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schindler, A. (2001). *Stottern und Schule – Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. (2. Aufl.) Köln: Demosthenes.
- Schneider, P. (2013). *Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen. Ratgeber für Eltern und alle, die mit stotternden Kindern zu tun haben*. Neuss: Natke.
- Schneider, P. & Schartmann, G. (2018). *Murmeli schlau sucht einen Ba-bau*. Neuss: Natke.
- Schneider, P. & Schartmann, G. (2018). *Was ist ein U-U-Uhu?* (6. Aufl.) Neuss: Natke.
- Thum, G. (2011). *Stottern in der Schule: ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. Köln: Demosthenes.
- Wendlandt, W. (1984). *Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag* (Leben lernen, Bd. 56). München: Pfeiffer.
- Wendlandt, W. (2002). *Therapeutische Hausaufgaben. Materialien für die Eigenarbeit und das Selbsttraining: eine Anleitung für Therapeuten, Betroffene, Eltern und Erzieher*. Stuttgart: Thieme.
- Wendlandt, W. (2003). *Veränderungstraining im Alltag*. Stuttgart: Thieme.

8 Literaturverzeichnis

- Breitenfeldt, D. H. & Rustad Lorenz, D. (2002). *Stotterer-Selbst-Management-Programm. Das Trainingsprogramm mit der "Ankündigung" als Entlastungsstrategie für jugendliche und erwachsene Stotterer*. Köln: ProLog.
- Bürkle, D., Willmes, K. & Sandrieser, P. (2014). Kindliches Stottern: Intensivtherapie nach Schul-KIDS. *Sprache · Stimme · Gehör*, 38, e17-e18. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1369970>
- Cook, S. (2013). Fragebogen zur psychosozialen Belastung durch das Stottern für Kinder und Jugendliche. *Logos interdisziplinär*, 21, 79–105. Verfügbar unter <https://up.logos-fachzeitschrift.de/inhalte/originalia-open-access.html?file=files/LOGOS/inhalte/Inhalte%20der%20Ausgaben/2013.2Cook%2097-105.pdf>
- Craig, A., Blumgart, E. & Tran, Y. (2011). Resilience and Stuttering: Factors That Protect People From the Adversity of Chronic Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1485–1496. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0304\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0304))
- Dell, C. W. (1979). *Treating the school age stotterer. A guide for clinicians* (Speech Foundation of America Publication, vol. 14). Memphis, Tenn.: Speech Foundation of America.
- Dell, C. W. (2001). *Therapie für das stotternde Schulkind* (3., überarb. Aufl.). Köln: Demostenes.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (Hrsg.). (2017). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie*. AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. Sprachentwicklung. Zugriff am 21.10.2018. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html>
- ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. (2005). Köln: DIMDI.
- Eggers, K., Nil, L. F. de & van den Bergh, B. R. H. (2013). Inhibitory control in childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.10.001>
- Euler, H. A., Kohmäscher, A., Cook, S., Metten, C. & Miele, K. (2015). *OASES-S. Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering*. McKinney (TX): Stuttering Therapy Resources.
- Gahleitner, B. S., Katz-Bernstein, N. & Pröll-List, U. (2013). Das Konzept des "Safe Place" in Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Resonanzen: E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2, 165–185. Zugriff am 21.01.2019. Verfügbar unter <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/237/166>
- Heap, R. (Hrsg.). (2005). *Meine Worte hüpfen wie ein Vogel. Kinder malen ihr Stottern ; ein Projekt der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V* (1. Aufl.). Köln: Demosthenes-Verl.
- Idsoe, T., Dyregrov, A. & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 901–911. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9620-0>
- Jacobson, E. (2011). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis* (Leben lernen, Bd. 69, 7., erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Korittko, A. & Pleyer, K. H. (2016). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege* (5., unveränderte Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666401985>
- Kuckenberg, S. (2015). *Intensiv-Modifikation Stottern für Kinder: Soziales Kompetenztraining* (1. Aufl.). Neuss: Natke, U.
- Kuckenberg, S. & Zückner, H. (2015). *Intensiv-Modifikation Stottern für Kinder. Die Modifikationsphase bei stotternden Kindern zwischen 7 und 12 Jahren* (3. Aufl.). Neuss: Natke.
- Laiho, A. & Klippi, A. (2007). Long- and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42, 367–382. <https://doi.org/10.1080/13682820600939028>
- Lattermann, C. (2010). *Das Lidcombe-Programm zur Behandlung frühkindlichen Stotterns*. Neuss: Natke.
- Mortola, P. & Oaklander, V. (2011). *Einführung in die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Das Praxisbuch zum Violet-Oaklander-Training*. Wuppertal: Hammer.

- Natke, U. & Alpermann, A. (2010). *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden* (Klinische Praxis, 3., vollst. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Oaklander, V. & Schomburg, K. (2007). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen* (Konzepte der Humanwissenschaften, 14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: a complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 225–233. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>
- Prüß, H. & Richardt, K. (2014). Die Bonner Stottertherapie. Ein patientenorientierter Kombinationsansatz für Jugendliche und Erwachsene. *Forum Logopädie*, 28, 6–17.
- Purat, P., Euler, H. A. & Breitenstein, S. (2016). Beeinflusst die Behandlung mit Fluency-Shaping die Komplexität der sprachlichen Äußerungen bei stotternden Kindern? *Spektrum Patholinguistik*, 9, 159–170. Zugriff am 21.10.2018. Verfügbar unter https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/9905/file/spath09_S_159-170.pdf
- Riley, G. D. (2009). *SSI-4. Stuttering severity instrument* (4th edition). Austin (TX): Pro-Ed.
- Roland, E. & Idsøe, T. (2001). Aggression and bullying. *Aggressive Behavior*, 27, 446–462. <https://doi.org/10.1002/ab.1029>
- Rosenberger, S., Schulte, K. & Metten, C. (2007). Stotterintensivtherapie Susanne Rosenberger. Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Forum Logopädie*, 21, 20–25.
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.): Georg Thieme.
- Scharff Rethfeldt, W. (2013). *Kindliche Mehrsprachigkeit. Grundlagen und Praxis der sprachtherapeutischen Intervention* (Forum Logopädie). Stuttgart u.a.: Thieme.
- Schlegel, L. (1995). *Die transaktionale Analyse. Eine Psychotherapie, die kognitive und tiefenpsychologische Gesichtspunkte kreativ miteinander verbindet* (UTB für Wissenschaft Psychologie, 4., völlig überarb. Aufl.). Tübingen: Francke.
- Schneider, P. (2013). *Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen. Ratgeber für Eltern und alle, die mit stotternden Kindern zu tun haben*. Neuss: Natke.
- Schulze, H. S. (2005). Die "gedrehte Abwertungstabelle". *Zeitschrift für Transaktionsanalyse*, 22, 51–55.
- Short, D. & Weinspach, C. (2017). *Hoffnung und Resilienz. Therapeutische Strategien von Milton H. Erickson* (Dritte Auflage). Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH.
- Signer-Fischer, S., Gysin, T. & Stein, U. (2014). *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (Hypnose und Hypnotherapie, 3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verl.
- Starkweather, C. W. (1987). *Fluency & stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Stewart, I. (1993). *Transaktionsanalyse in der Beratung. Grundlagen und Praxis transaktionsanalytischer Beratungsarbeit* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Thum, G. & Mayer, I. (2014). *Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein methodenkombinierter Ansatz ; 12 Tabellen ; mit CD-ROM mit Audiobeispielen und Zusatzmaterialien* (Praxis der Sprachtherapie und Sprachheilpädagogik, Bd. 12, 1. Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Van Riper, C. (1971). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (2006). *Die Behandlung des Stotterns* (6. Aufl., 10. Tsd). Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe.
- Waelkens, V. (2018). *Mini-kids, stottertherapie bij jonge kinderen (2-6)* (Logopedie & audiologie, Eerste uitgave). Leuven: Acco.
- Wendlandt, W. (1984). *Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag* (Leben lernen, Bd. 56). München: Pfeiffer.
- Wendlandt, W. (2002). *Therapeutische Hausaufgaben. Materialien für die Eigenarbeit und das Selbsttraining : eine Anleitung für Therapeuten, Betroffene, Eltern und Erzieher*.
- Wendlandt, W. (2003). *Veränderungstraining im Alltag* (1. Auflage). s.l.: Thieme.
- Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter. Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe* (Forum Logopädie, 1. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Yaruss, J. S. (2007). Application of the ICF in fluency disorders. *Seminars in Speech and Language*, 28, 312–322. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986528>

Zückner, H. (2014a). *Intensiv-Modifikation Stottern. Therapiemanual*. Neuss: Natke.

Zückner, H. (2014b). *Kinästhetisch-kontrolliertes Sprechen (KKS) bei Poltern und Stottern* (2. Aufl.).
Neuss: Natke Verl.

Anlage 2: Manualergänzende Therapiematerialien KIDS

1_ Informations-Vertragsphase_Aufklärung Kind

0_Übergreifendes Material

0.1_Sprechanlässe - Vorüberlegungen

0.2_Verstärkungssysteme

0.3_Items Silben- und Wortebene

0.4_Spiele Silbenebene

0.5_Spiele Wortebene

0.6_Spiele Satzmusterebene

0.7_Spiele Satzebene

0.8_Dialog

0.9_Monolog

0.10_Go-Training

0.11_Themen-Buchstabenkaertchen



0.1_Sprechanlässe - Vorüberlegungen

Grundlegende Hinweise zu Übungen in der Stottertherapie mit Kindern

Einführung neuer Inhalte

- Die Therapeutin gibt ein prototypisches Modell der neuen Verhaltensweise (z.B. Pseudostottern).
- Sie nutzt dabei unterschiedliche Sinneskanäle (Hören, Sehen, Bewegung) indem sie v.a. bei jüngeren Kindern lautunterstützende Bewegungen, Symbole (z.B. Frosch) und Geschichten (z.B. er hüpf ins Wasserbecken) anbietet. Dies dient einer multimodalen kognitiven Repräsentation des neuen Inhalts.
- Sie erläutert den Nutzen/das Ziel (z.B. Froschwörter helfen, Wörter leichter herauszubringen, wenn sie stecken bleiben.).

Registrieren bei der Therapeutin

- Das Kind soll ein Signal geben, wenn es das neue Verhalten bei der Therapeutin bemerkt.
- Beispiel: Die Therapeutin benennt Bildkärtchen. Bei jedem pseudogestotterten Item klingelt das Kind und erhält das Kärtchen (Verstärkung). Das Kind erhält ein Feedback, was es schon gut kann.

Diskriminieren

- Das Kind soll verschiedene Verhaltensweisen nach bestimmten Kriterien unterscheiden, z.B. Dehnungen von Teilwortwiederholungen oder lockere von angestregten, kurze von langen Symptomen. Günstig ist es, für die Kriterien Symbole (Kärtchen/Gegenstände) zu verwenden, denen die Items zugeordnet werden können (z.B. Schlange vs. Frosch).
- Einstieg: das Kind bestimmt zuerst über die Therapeutin, indem es ihr sagt, welche Verhaltensweise sie zeigen soll. Die Therapeutin kann hier testen, ob das Kind die Kriterien wirklich verstanden hat, indem sie vereinzelt die falsche Verhaltensweise zeigt und so das Kind zum Korrigieren provoziert. Bleibt dies aus, müssen entweder das Spielprinzip oder die Kriterien noch einmal geklärt werden. Dann diskriminiert das Kind die Verhaltensweisen der Therapeutin. Diese achtet darauf, dass keine Regelmäßigkeit der Itemverteilung auftritt, um einem Raten vorzubeugen.
- Feedback und Verstärkung für das Kind.
- Mögliche Hilfen:
 - Aufmerksamkeit lenken: „Du hast doch wirklich gute Ohren, jetzt achte mal ganz genau auf...!“ „Jetzt bin ich mal neugierig, ob du auch raushörst!“
 - Kriterien noch einmal klarstellen
 - Feedback geben, welche Aspekte das Kind schon beherrscht und was es noch nicht kann, aber gleich lernen wird
 - Schwierigkeit senken: prototypischere Items, weniger ablenkendes Material, sprachlich einfacheres Material etc.

Produzieren

- Hat das Kind ausreichend oft das richtige Modell erfahren, ist es gut vorbereitet, das neue Verhalten selbst zu zeigen.
- Mögliche Einführungen:
 - Wahl einer Spielregel, die abwechselnde Spielzüge erfordert
 - die Therapeutin macht Fehler, die das Kind korrigieren soll



- Wahl einer Spielregel, bei der das Kind Aufträge erteilt, die die Therapeutin nur ausführt, wenn das Kind darin das neue Verhalten anwendet, etc.
- Beginn mit linguistisch und emotional einfachem Material
 - Anfangs jeden positiven Aspekt verstärken, z.B. macht das Kind eine Ganzwortwiederholung „Fliege-fliege“. Therapeutin: „Ich höre dich richtig gut hüpfen.“ (die zu geringe Anzahl der Iterationen und die Ganzwortwiederholung werden zunächst ignoriert). Das Kind braucht die Verstärkung, um zu erkennen, dass die Therapeutin die Kooperativität anerkennt und dass es in die richtige Richtung geht. Wenn die Therapeutin dran ist, gibt sie das richtige Modell. Häufig reicht das und das Kind zeigt in ein paar Zügen das richtige Verhalten.
 - Gewünschte Verbesserungen als Ziel formulieren („Prima, jetzt ist er einmal gehüpft. Meinst du, du schaffst es auch, ihn dreimal hüpfen zu lassen?“, „Super, du hast „Fliege-fliege“ hüpfen lassen. Jetzt probieren wir mal, ob wir gemeinsam Flie-flie-fliege schaffen!“)

Fremdbewertung

- Ziel der Fremdbewertung ist, dem Kind Kriterien zur Selbstbewertung zu vermitteln. Aus zeitökonomischen Gründen ist es sinnvoll, sich auf die Fehlertypen zu beschränken, die beim Kind vorherrschen.
- Wenn möglich, werden auch die Eltern zur Fremdbewertung angeleitet. Dabei ist sowohl zu gewährleisten, dass sie die Technik richtig einschätzen können, als auch, dass sie dem Kind das Feedback dazu in einer unterstützenden Weise geben.
- Das Kind bekommt prototypisch die Kriterien für das korrekte Zielverhalten gezeigt, z.B.: Ti-ti-ti-tisch (gut, weil langsam) sowie mögliche Fehler, z.B.: T-t-t-tisch (falsch, weil zu schnell und ohne /i/, ggf. Symbolkärtchen erstellen). Jetzt soll es bewerten, ob die Therapeutin korrekt oder fehlerhaft war und im Falle eines Fehlers die Therapeutin korrigieren und überprüfen, ob sie es dann richtig gemacht hat. Therapeutin kündigt an, dass sie manchmal absichtlich Fehler machen wird.
- Rollentausch – Therapeutin bewertet das Kind, s.o.

Selbstbewertung

- Ziel der Selbstbewertung ist, Fehlern in der eigenständigen Durchführung rechtzeitig vorzubeugen.
- Beispiel: Das Kind benennt Kärtchen mit Pseudostottern und gibt dann mit Hilfe der Kriterienkärtchen an, ob es ausreichend langsam und 3x wiederholt war. Verstärkung für jede richtige Selbstbewertung.



Aufbau von Übungshierarchien

Ziel: Stabilisierung eines neuen Verhaltens (z.B. Pseudostottern)

- Dem Kind/den Eltern das Ziel erläutern (z.B. „heute ist Hüpfwort-Training. Da freue ich mich, wenn ein Kind am Ende richtig gut Wörter hüpfen lassen kann. Dann muss man sich nicht mehr so über Wörter ärgern, die steckenbleiben“).
- Möglichst häufige Wiederholung des Zielverhaltens auf niedriger linguistischer Ebene. Hierzu ggf. Spielregeln ändern, damit das Kind möglichst oft an der Reihe ist (z.B. darf es eine unbegrenzte Anzahl von Memory-Kärtchen aufdecken und behalten, solange es sie pseudostotternd benennt. Sobald das Pseudostottern vergessen wurde oder keine gute Qualität hatte, ist der Mitspieler an der Reihe).
- Kleinschrittig linguistische und emotionale Schwierigkeit steigern. Ablenkende Bedingungen und Störungen „zuschalten“.

Hausaufgaben

- Hausaufgaben sind eigene Feinziele und müssen mit Eltern und Kind erarbeitet werden.
- Diese dürfen erst mitgegeben werden, wenn Eltern und Kind sie im Therapieraum gut durchführen konnten.
- Verstärkung planen, klare Vereinbarungen treffen zu Häufigkeit, Dauer, Teilnehmer, Zeitpunkt, Feedback an Therapeutin.
- Hausaufgabe im Hausaufgabenheft/als Ausdruck mitgeben.

Geeignete Sprechkanäle: Anreiz durch...

Kommunikative Notwendigkeit

- Kinder sind motivierter, ein neu erlerntes Verhalten zu üben, wenn sie dabei tatsächlich relevante Informationen vermitteln, z.B. indem sie eine Bildergeschichte nicht der Therapeutin (die dem Kind die Bildergeschichte als erstes erzählt hatte) nacherzählen, sondern der Mutter (oder einer Handpuppe), die die Geschichte noch nicht kennt.

Verstärkung

- Verstärkungssysteme etc.

Überschaubarkeit der Übung

- „Wenn Du die 10 Kärtchen erklärt hast, spielen wir das nächste Spiel.“

Inhaltliches Interesse

- Pro-Contra-Diskussion z.B. zu WhatsApp für Kinder
- Witze
- Rätsel

Spaß in der Übung

- z.B. motorische Geschicklichkeit einbeziehen (Dart/Kegeln um an die nächsten Wortkärtchen zu kommen, Stäbchen auf Packesel legen für jedes Pseudostottern etc.)



Wettbewerb

- z.B.: „Wer kann ein Froschwort öfter hüpfen lassen?“



0.2_Verstärkungssysteme

Ziele

- Die Verstärkung dient der Anerkennung und Wertschätzung von Bemühungen, Leistungen und Erfolgen.
- Sie sollen dem Kind Leistungen sichtbar machen (Durchhalten einer Übung, Menge einer Tätigkeit, Dauer).
- Sie ist aber auch der Wirkfaktor der operanten Konditionierung, um gewünschte Verhaltensweisen zu etablieren.

Vorgehensweise

- Verstärkung kann spontan (z.B. verbal, nonverbal z.B. Lächeln, Gestik) erfolgen, aber auch im Rahmen von Vereinbarungen, bei denen die Aufgabenstellungen klar operationalisiert worden sind und die Anerkennung für Leistungen (z.B. ein Feld vorrücken, Strichliste, Stempel, Sticker) festgelegt ist.
- Leistung und Verstärkung müssen in einem guten Verhältnis zueinanderstehen. Es darf keine „Inflation“ geben, die die Verstärkung wertlos macht. Daher müssen ggf. die „Tarife“ im Laufe einer Therapie neu verhandelt werden (z.B. zu Beginn für jede gelungene Prolongation 1 Verstärker, bei mittlerer Geläufigkeit für jeweils 5 korrekte Prolongationen 1 Verstärker, beim Transfer ohne Erinnerungshilfen dann wieder pro selbst initiiertes Prolongation 1 Verstärker). Wurde eine vorher vereinbarte Menge an Verstärkern erreicht, kann ggf. eine besondere Anerkennung von den Eltern erfolgen (z.B. zusätzliche Spielzeit, ein Ausflug o.ä.).
- Verstärkung kann im Therapieraum und in-vivo leicht umgesetzt werden. Bei Hausaufgaben ist man auf die Ehrlichkeit des Kindes angewiesen (sofern das Kind sie unabhängig von den Eltern macht und man keine Ton- bzw. Videoaufzeichnungen hat). Hier kann eine höhere Punktzahl vereinbart werden, wenn das Kind bei in-vivo-Aufgaben den Gesprächspartner um eine Unterschrift bittet.
- Wenn Eltern zu Hause verstärken sollen, muss sichergestellt sein, dass sie das Zielverhalten genau erkennen können (z.B. eine qualitativ gute Prolongation), dass sie das Kind nicht überfordern und sich auch dann motivierend verhalten, wenn das Zielverhalten nicht gelingt (Hilfestellungen, Anpassung der Aufgabenstellung, Ermutigung).
- Fortschritte (und die noch ausstehende Anzahl der zu erledigenden Aufgaben) können sichtbar gemacht werden durch das Wegnehmen von bereitgelegten Chips, Strichlisten, Herden von gestempelten Tieren, Türme, Gürtel wie bei Judo, das Füllen einer Schale mit Tokens etc.



0.3_Items Silben- und Wortebene

0.3.1_Items Silbenebene

Beispiele für Übungen

- **Übung 1 - Artikulatorische Phonetik**
 - Artikulationsort (Lippen/Zähne/Stimme) und -art erfühlen
- **Übung 2 - Zeitlupen zur Erarbeitung von Prolongationen/Pullout**
 - Verstärkung nach jeder korrekten Technik
 - Nutzbar z.B. im Spiel: Go-Training

Items Silbenebene nach Lautgruppen

Vorne, Plosiv

[p]

Po, Pa, Pe, Pi, Pu, Peu, Pau, Pui, Pö, Pä, Pü,

[b]

Ba, Be, Bi, Bo, Bu, Beu, Bau, Bui, Bö, Bä, BÜ

Vorne, Frikativ

[f]

Fa, Fe, Fi, Fo, Fu, Feu, Fau, Fui, Fö, Fä, FÜ

[w]

Wa, We, Wi, Wo, Wu, Weu, Wau, Wui, Wö, Wä, WÜ

Vorne, Sonorant

[m]

Ma, Me, Mi, Mo, Mu, Meu, Mau, Mui, Mö, Mä, Mü





Mitte, Plosiv

[t]

Ta, Te, Ti, To, Tu, Teu, Tau, Tui, Tö, Tä, Tü

[d]

Da, De, Di, Do, Du, Deu, Dau, Dui, Dö, Dä, Dü

Mitte, Frikativ

[s] [z]

Sa, Se, Si, So, Su, Seu, Sau, Sui, Sö, Sä, Sü

[sch]

Scha, Sche, Schi, Scho, Schu, Scheu, Schau, Schui, Schö, Schä, Schü

Mitte, Sonorant

[l]

La, Le, Li, Lo, Lu, Leu, Lau, Lui, Lö, Lä, Lü

[n]

Na, Ne, Ni, No, Nu, Neu, Nau, Nui, Nö, Nä, Nü

Hinten, Plosiv

[k]

Ka, Ke, Ki, Ko, Ku, Keu, Kau, Kui, Kö, Kä, Kü

[g]

Ga, Ge, Gi, Go, Gu, Geu, Gau, Gui, Gö, Gä, Gü

Hinten, Frikativ



[j]

Ja, Je, Ji, Jo, Ju, Jeu, Jau, Jui, Jö, Jä, Jü

Sonstige

[r]

Ra, Re, Ri, Ro, Ru, Reu, Rau, Rui, Rö, Rä, Rü

[h]

Ha, He, Hi, Ho, Hu, Heu, Hau, Hui, Hö, Hä, Hü

Vokale

[a]

Aba, Alo, Asi, Ara, Anu, Aschö, Ake

[e] [ä]

Emi, Ela, Eso, Ewü, Eta

[i]

Ino, Isa, Ire, Iwü, Iti

[o]

Ofe, Osi, Onü, Omo

[u]

Ula, Upe, Uso, Uha

[ö]

Öwa, Öffu, Ösche

[ü]

Üre, Üla, Üso, Ütu



0.3.2_Items Wortebene

Inhalt:

- Beispiele Übungen
- Items Wortebene nach Lautgruppen
- Items gemischt

Beispiele Übungen

Übung 1 - Artikulatorische Phonetik

Artikulationsort (Lippen/Zähne/Stimme) und -art erfüllen

Übung 2 - Desensibilisierung gegen Pseudostottern

So lange stottern (TW bei Bedarf auch D, B) bis

- das richtige Wort vom anderen geraten und gezeigt wurde
- der andere durchs Zimmer gelaufen ist

Übung 3 - Training von Prolongationen/Pullout

Verstärkung nach jeder korrekten Technik

Items Wortebene nach Lautgruppen

Vorne, Plosiv

/p/

Post, Popo, Pony, Papa, Panne, Paket, Pille, petzen, Perle, piepsen, Pickel, piepen, Pipi, Pinsel, Pups

/b/

bald, baden, Band, Boden, Bote, Bohne, Bild, Biegen, Bitte, Bügel, bunt, Bude, Bart, besser, Bett, Butter

Vorne, Frikativ

/f/

fahren, falten, Farbe, Finger, Fieber, Fisch, Foto, voll, vorne, Ferne, Feder, Fabel, Feld, Felsen, Vater, Futter, Funken



/w/

Wald, wann, warten, wild, Wiese, Wiege, wollen, wo, Wort, Wunde, Wind, Wesen, Wetter, wie, warum, weil, Wunder, Vase

Vorne, Sonorant

/m/

Meter, Maus, Milch, Mücke, Moos, Messer, Mann, Maßband, Mord, Mama, meckern, mogeln, mischen, Mitte, Motte, Mutter, Mäuse, Mandarine

Mitte, Plosiv

/t/

Tafel, Teer, Tuch, Tablett, Teppich, tanzen, täuschen, tapfer, toll, Tiger, Tier, Tatze, Töpfe, tot, Tasche, turnen, Turbo

/d/

Dach, Deckel, Dose, denken, Dieb, Diesel, Dorf, Düsenjäger, du, Dackel, Dusche, dumm, doof, Dame, Dattel

Mitte, Frikativ

/s/

Sonne, Samen, Sieger, Suppe, Sessel, Saft, süß, Süden, Säbel, Segelboot, Seife, Säule, singen, sabbern, Seepferdchen, Seekuh, soll, sondern

/sch/

Schaufel, Schippe, schieben, Schädel, Scheune, Schuppen, schief, Schenkel, Schuh, schämen, Schaden, Schatten, Schutz, schützen, Schiedsrichter

Mitte, Sonorant



/l/

Lachen, laufen, lieben, Lippe, Lunge, Leben, Luft, Locke, London, liegen, länge, Langlauf, Libero, Läufer, lachen, locken, Lupe, lesen

/n/

Nase, neu, Niete, Nagel, Norden, neben, nass, null, Nummer, nett, Nest, Nordpol, niemand, Nacken, Nadel, Nachtsch, Noten, Nüsse, Nussschokolade

Hinten, Plosiv

/k/

Kuchen, Keller, Kiste, Kasten, Koffer, Kuli, kegeln, Kunst, Künstler, Kern, Korb, Karte, Kern, Cabrio, Küche, Köche, Koch, Kabel, können, Computer

/g/

Gabel, Gift, Gießkanne, Gold, Gummi, geben, Garten, Gurt, Gürtel, Gerät, Gondel, gut, Güte, Götterspeise, gelb, giftig, gefangen, ganz

Hinten, Frikativ

/j/

Jagd, Jacke, jemand, jeder, Jonas, Junge, ja

Sonstige

/r/

Räuber, Riese, Ratte, Ring, Ruder, raufen, richtig, Retter, rot, Robbe, Ratte, Rost, Rabe, rund, rüber, rösten, reiten, Rand, rülpfen

/h/

Hals, Hund, hängen, heute, Hilfe, Husten, Herd, Hecke, Hacke, hart, Hühner, Henne, Hamburg, Hof, holen, Hirte, Himmel, Hocke, Heck



Vokale

/a/

Auto, Abend, Ader, Art, Eimer, Abseits, Adler, eins, Eichhörnchen, Abenteuer, Eile, Eigentor, Antenne, Ast, August, Auge, Einhorn, Eiche

**/e, ä/**

Esel, Elfmeter, Erde, Ähre, Erbse, ändern, eklig, Erfinder, Äste, Ebene, Ende, etwas

/i/

immer, innen, ihnen, ihr, Igel, Insel, Irrtum, Intelligenz

/o/

Ofen, offen, Onkel, Europa, euch, euer, Ohr, Obst, oben, Ober, Ordnung, Osten, Otter,

/u/

Uhr, uns, Uhu, Unfall, unten, Unke, USA

/ö/

Öffnung, öffentlich, östlich, ölig, Öhrchen

/ü/

üblich, über, Überraschung, Überfall, Überfahrt

Items gemischt**Konsonanten**

Ratte, Fieber, Garten, biegen, Fenster, vorne, Bitte, Post, Käse, Nase, Wiege, Popo, Pony, Bohne, Finger, Hund, Wald, Bild, wann, Boden

Papa, Foto, voll, Kuchen, Teufel, Saft, Gold, Räuber, Panne, Maus, Wiese, wollen, Paket, bald, fahren, baden, Sonne, Wort, Band, Pinsel

Karte, warten, wild, Bote, wo, piepen, falten, Farbe, Pipi, Fisch, Haus, Wolke, Tunnel, Seife, richtig, Meter, Helfer, Bahn, Hof, Rübe, Kopf

Vokale

Auto, Insel, Uhu, Erbse, Eimer, Ameise, Onkel, Unterhemd, Öffnung, Apfel, Obst, Irrgarten, Überraschung, Elfe, Indianer, Eichhörnchen

Abenteuer, Untergang, Opa, Abendessen, Elternabend, Oberfläche, Endspiel, Abseits, Elfmeter, Abwehr, Anstoß, Überfahrt, Erfindung



Europa, Asien, Afrika, Amerika, Australien, Onkel, Oma, Unsinn, Abwehrspieler, außen, Indien, Erfindung, Eis, Überfahrt, Erde, Echse

0.4_Spiele Silbenebene

Silben-Go (vgl. Mat_0.10_Go-Training)

- Linguistische Schwierigkeit: Silbenebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Mit Silben beschriftetes Spielfeld, Chips
- Anleitung: Person A legt Chip auf ein Feld und spricht die Silbe unter Einsatz von * aus. Er darf so lange Feld um Feld belegen, bis * vergessen wurde oder keine gute Qualität hatte. Dann ist Person B dran. Wenn Person B das Gebiet von Person A umrundet hat, gehört das Gebiet zu Person B. Person B darf jetzt die Chips von Person A gegen seine eigenen austauschen. Das gilt auch für umrundete Leerfelder.

Silben-Abzocken

- Linguistische Schwierigkeit: Silbenebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Paare von Silbenkarten
- Anleitung: Personen A und B haben jeweils denselben Kartensatz. Person A liest Silben unter Einsatz von *. Bei guter Qualität muss Person B ihm die entsprechende Karte geben. Wenn * keine gute Qualität hat, ist Person B mit Benennen dran und kann seine Einzelkarten vervollständigen und sich die Paare zurückholen, an die er sich erinnert.

Eckenraten (Artikulatorische Phonetik)

- Linguistische Schwierigkeit: Laute, Variation Silbenebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Bildkarten aus Mat_3.1.4_ Artikulatorische Phonetik - Visualisierungen
- Anleitung: In den 4 Ecken des Zimmers sind die Symbole für stimmhaft/stimmlos und Plosiv/Kontinuant verteilt. Es werden verschiedene Laute genannt oder Buchstaben gezogen. Das Kind soll in die Ecken gehen, wo das zutreffende Symbol liegt. Variante: Zusätzlich Kärtchen mit Mundsnitten bereitlegen (Mat_3.1.4_ Artikulatorische Phonetik - Visualisierungen). Welcher Mundschnitt trifft zu?
- Variation: Es werden Silben gesprochen. Von welcher Ecke zu welcher Ecke muss man gehen?

* Technik je nach Kind, z.B. Pseudostottern, Zeitlupe



0.5_Spiele Wortebene (* Technik(en) je nach Kind)

Die meisten dieser Spiele lassen sich ohne weiteres auf Satzmuster oder Satzebene übertragen.

Stotter-Raten

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Anleitung: Ratespiele, in denen ein Wort so lange pseudogestottert wird, bis das Gegenüber den Begriff erraten hat („Welches Tier ist das? Mamamama...“. Starwars-Figur, Fußballspieler oder Mannschaft etc., ggf. Bildkarten als Auswahlmenge der zu erratenden Items).

Wörter-Go (Mat_0.10_Go-Training)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Mit Wörtern beschriftetes Spielfeld, Chips
- Anleitung: Person A legt Chip auf ein Feld und spricht das Wort unter Einsatz von * aus. Sie darf so lange Feld um Feld belegen, bis * vergessen wurde oder keine gute Qualität hatte. Dann ist Person B dran. Wenn Person B das Gebiet von Person A umrundet hat, gehört das Gebiet zu Person B. Person B darf jetzt die Chips von Person A gegen seine eigenen austauschen. Das gilt auch für umrundete Leerfelder.

Wörter-Abzocken

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Karten mit Bilderpaaren, alternativ Quartettspiele
- Anleitung: Paare von Wörtern, Personen A und B haben jeweils denselben Kartensatz offen vor sich liegen (schwieriger: für den anderen verdeckt auf der Hand). Person A benennt die Karten unter Einsatz von *. Bei guter Qualität muss Person B ihm die entsprechende Karte geben. Wenn * keine gute Qualität hat, ist Person B mit Benennen dran und kann seine Einzelkarten vervollständigen und sich die Paare zurückholen, an die er sich erinnert.

Blind führen

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: mäßig
- Material: Tuch zum Augen verbinden
- Anleitung: Der Therapeuten werden die Augen verbunden. Das Kind gibt Kommandos wie „links, rechts, geradeaus, stopp“ etc. Die Therapeutin führt nur aus, was mit * gesprochen war. Kann im Therapieraum und auf dem Flur durchgeführt werden.

Hamstern

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Bildkarten, kleine Figürchen oder Realgegenstände
- Anleitung: Auf dem Tisch liegt eine große Anzahl von Kärtchen/Gegenständen. Person A nimmt eins nach dem anderen weg und benennt mit *. Sobald * vergessen wurde (oder bei



entsprechender Vereinbarung keine gute Qualität) ist Person B dran und macht weiter bis zum nächsten Fehler.

Stadt-Land-Fluss (<https://www.stadt-land-fluss-spielen.de/regeln/>)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Papier, Bleistift
- Anleitung: Originalspielregel, nur mit * vorgelesene Wörter werden gezählt

Was ist das? (Ilse Spiel)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Kartenspiel
- Anleitung: Originalspielregeln, bei jedem Ablegen einer Karte das Wort mit * produzieren. Am besten zu dritt mit der Mutter/Praktikant spielen, damit immer gelegt kann

Sprechdachs (PONS)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Gedächtnisspiel
- Emotional-situative Schwierigkeit: hoch
- Anleitung: Originalspielregeln der Version 2, jeder gegen jeden

Nanu? Ich denk da liegt der Schuh (Ravensburger Spiele)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig, kognitiv anspruchsvoller
- Anleitung: Originalspielregeln, Therapeut und Kind bekommen einen Knackfrosch, um gegenseitig das * zu kontrollieren. * kann bei Farbe oder Bildkarte angewendet werden. Farbwürfel kann weggelassen werden, wenn Kind Schwierigkeiten beim Merken hat, so kann es sich den Deckel aussuchen, unter den es gucken möchte.

Memory (Ravensburger)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, Satzmuster
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Anleitung: Deckt ein Spieler die erste Karte auf, muss er den Begriff mit * realisieren. Wurde diese Aufgabe erfolgreich bewältigt, darf der Spieler die zweite Karte aufdecken. Hat der Spieler das * beim ersten Begriff nicht richtig umgesetzt, darf er keine zweite Karte aufdecken.

Blinde Kuh (Ravensburger)

- Linguistische Schwierigkeit: Wort- bis Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Gesellschaftsspiel oder kleine Realgegenstände unter einem Tuch
- Anleitung: Therapeutin wählt je nach Alter des Kindes die Gegenstände aus. Derjenige der erraten muss, hat die Maske auf und muss das erratene Symbol mit * benennen. Bei richtigem * bekommt das Kind das Symbol. Um das Spiel zu erschweren, muss das Kind einen Satz mit dem Gegenstand bilden und dabei * einsetzen.

Dosenwerfen/Kegeln



- Linguistische Schwierigkeit: Wort-, Satz- oder Textebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Bild- oder Wortkärtchen, Dosen oder Kegel
- Anleitung: Unter den Kegeln bzw. Dosen liegen Bild- oder Wortkärtchen. Mögliche Aufgabenstellungen anhand der Kärtchen unter den getroffenen Kegeln.
 - Wörter mit * realisieren
 - Anhand der Wörter Sätze formulieren mit Einsatz von *
 - Anhand der Wörter eine Geschichte formulieren mit Einsatz von *
- ggf. Hupe als Erinnerungshilfe, wenn * vergessen wird

Kim-Spiele

- Linguistische Schwierigkeit: Wort-/Satzmusterebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Realgegenstände oder Bildkarten, Tuch
- Anleitung: Auf dem Tisch liegt eine bestimmte Anzahl von Gegenständen oder Bildkarten. Person A soll sie sich gut einprägen. Dann werden die Gegenstände mit einem Tuch abgedeckt und Person B nimmt eine beliebige Menge von Gegenständen weg. Wenn das Tuch aufgehoben wird, soll Person A die weggenommenen Gegenstände mit * benennen.

Fühlkiste

- Linguistische Schwierigkeit: Wort-/Satzmusterebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Kiste mit zwei Öffnungen, Gegenstände z.B. Tiere, Spielzeug etc.
- Anleitung: In einer Kiste, die links und rechts zwei Öffnungen hat, um hineinzufassen (oder unter einem dicken Tuch), liegt eine bestimmte Anzahl von Gegenständen. Person A soll sie durch Fühlen erraten und mit * benennen. Jeder erratene Gegenstand wird aus der Kiste herausgeholt. Person A soll sich die Gegenstände gut einprägen. Dann werden die Gegenstände von Person B verdeckt in die Kiste zurückgelegt, wobei eine beliebige Menge von Gegenständen weggelassen wird. Person A soll nun in der Kiste nachfühlen, welche Gegenstände fehlen und sie mit * benennen.

Fehler finden

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene/Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Buch „Hier stimmt ja fast gar nichts“ (Butschkow, 2010)
- Anleitung: Die Fehler werden aufgesucht und mit * benannt.
- Variation: Satzebene (linguistisch anspruchsvoll) erklären, warum das falsch ist mit Einsatz von *

Wortkaskade

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene, anspruchsvoll durch Zeitdruck
- Emotional-situative Schwierigkeit: anspruchsvoll durch Zeitdruck
- Material: Würfel, Stoppuhr, Themenkärtchen (siehe Anhang)
- Anleitung: Person A würfelt, wie viele Wörter er in 30 Sekunden mit Einsatz von * sagen wird. Person B stoppt die Zeit. Gezählt werden nur Wörter, in denen * in guter Qualität realisiert wurde (ggf. für Technischeinsatz ½ Pkt. und für gute Qualität zusätzlich ½ Punkt). Rollentausch



- Variation: Zusätzlich einen Themenbereich festlegen, z.B. Nachspeise, Mädchennamen, Länder etc. (Mat_0.11_Themen-Buchstabenkärtchen)

Ratespiel zu Tätigkeiten/Berufen/Gefühlen/Tieren/Geräuschen etc.

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene/einfache Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Anleitung: Festlegen, ob Tätigkeiten, Berufe, Gefühle oder Tiere dargestellt werden sollen. Person A stellt pantomimisch eine Tätigkeit/ein Gefühl/einen Beruf dar. Person B rät und setzt dabei * ein. Person A verifiziert oder falsifiziert den Rateversuch nur, wenn * eingesetzt wurde.
- Variation: Besonders lustig ist die Variante, wenn Person A Geräusche macht und Person B rät, z.B. Rasenmäher oder Kreide auf einer Tafel. Dabei dürfen die Geräusche nicht mit Hilfsmitteln erzeugt werden und Person B darf Person A nicht sehen (mit dem Rücken zueinander stehen!). Bei den Geräuschen ist es sinnvoll, vorher gemeinsam eine Liste von möglichen Geräuschen zu erstellen.

Facts in Five (vereinfacht, für ältere Kinder geeignet)

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: mäßig, unter Zeitdruck hoch
- Material: Themenkärtchen und Buchstabenkärtchen (Mat_0.11_Themen-Buchstabenkärtchen). Sanduhr, Tic-Tac-Bumm Bombe
- Anleitung: Es wird ein Themenkärtchen gezogen, z.B. „berühmte Personen“ und 5 Buchstabenkärtchen. Dann sollen zu jedem Buchstaben möglichst viele berühmte Personen mit Einsatz von * genannt werden. Ein Punkt pro genannter Person und 1 weiterer Punkt pro Einsatz von *.
- Variation: Zeitdruck, z.B. durch eine Sanduhr oder die Tick-Tack-Bumm Bombe (Piatnik)



0.6_Spiele Satzmusterebene (* Technik(en) je nach Kind)

Viele Spiele aus der Wortebene können auch mit Satzmustern durchgeführt werden. Die hier aufgeführten Spiele können auch mit freieren kurzen Sätzen gespielt werden.

Tiere raten

- Linguistische Schwierigkeit: Satzmuster oder kurze Sätze
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Stift, Papier
- Anleitung: Person A denkt sich ein Tier aus und schreibt/malt es auf ein verdecktes Blatt Papier.
- Variante 1: Person A beschreibt in kurzen Hauptsätzen „mein Tier hat ...“, „mein Tier ist ...“, „mein Tier kann ...“ mit Einsatz von *, Person B muss raten.
- Variante 2: Person B muss Fragen stellen, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortbar sind. Person A antwortet nur, wenn ein * darin vorkam.
- Kann auch zum Thema Speisen, Pokémons etc. gespielt werden.

Wer ist es?

- Linguistische Schwierigkeit: Satzmuster oder kurze Sätze, Variante 2 anspruchsvoll
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Variante 1: Gesellschaftsspiel, Variante 2: Stift und Post-it-Zettel
- Variante 1: Gesellschaftsspiel „Wer ist es?“ (Hasbro) → nach Regeln spielen und dabei * einsetzen
- Variante 2: Freies Ratespiel → Festlegung eines Themenbereichs z.B. Film, Tiere, Fantasy, Märchenfigur. Person A überlegt sich eine Identität für Person B und umgekehrt. Der Begriff wird auf einen Zettel geschrieben und dem Gegenüber auf die Stirn geklebt. Person A darf solange nach seiner Identität fragen, solange er daran denkt, * einzusetzen. Die Rolle wird getauscht, wenn * vergessen wurde. Die Fragen sollen so gestellt werden, dass sie nur mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Jeder Rateversuch muss auch mit * realisiert werden.

Teekesselchen

- Linguistische Schwierigkeit: Satzebene, anspruchsvoll
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig bis mäßig
- Anleitung: es werden 3 Spieler benötigt (Mutter/Praktikantin hinzunehmen); Person C verlässt den Raum. Personen A und B suchen zwei gleichklingende Wörter mit unterschiedlicher Bedeutung und vereinbaren, wer welchen Begriff erklärt. Person C wird hereingerufen. Personen A und B erklären ihre Begriffe im Wechsel mit Einsatz von *, z.B. Person A: „Mein Teekesselchen ist sehr wichtig“, Person B: „Mein Teekesselchen führt nach oben“ (Begriff: „Leiter“). Person C rät und setzt dabei * ein.



Ich sehe was, was du nicht siehst

- Linguistische Schwierigkeit: Satzmusterebene/Monolog
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material für Variante: Wimmelbuch, Abbildung mit vielen Items zu einem Lieblingsthema des Kindes.
- Anleitung: Nach den bekannten Spielregeln. Kann im Therapieraum, in der Wartezone, vor der Praxis, mit Blick aus dem Fenster, in einem Wimmelbild etc. gespielt werden.
- Variation: Anhand eines Bildes einer Fußballmannschaft, von Tieren oder Pokémons etc., die beiden Spielern gut bekannt sind, gibt Person A Informationen über eine bestimmte Person/ein Wesen auf dem Bild mit dem Einsatz von *. Person B versucht, aus den Angaben zu erschließen, wer gemeint ist.



0.7_Spiele Satzebene (*Technik(en) je nach Kind)

Fehler finden

- Linguistische Schwierigkeit: Wort-, Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Buch „Hier stimmt ja fast gar nichts“ (Butschkow, 2010)
- Anleitung: Die Fehler werden aufgesucht und mit * benannt
- Variation: Satzebene (linguistisch anspruchsvoll) erklären, warum das falsch ist mit Einsatz von *

Ratespiel zu Tätigkeiten/Berufen/Gefühlen/Tieren/Geräuschen etc.

- Linguistische Schwierigkeit: Wortebene bzw. einfache Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Anleitung: Festlegen, ob Tätigkeiten, Berufe, Gefühle oder Tiere dargestellt werden sollen. Person A stellt pantomimisch eine Tätigkeit/ein Gefühl/einen Beruf dar. Person B rät und setzt dabei * ein. Person A verifiziert oder falsifiziert den Rateversuch nur, wenn * eingesetzt wurde.
- Variation: Besonders lustig ist die Variante, wenn Person A Geräusche macht und Person B rät, z.B. Rasenmäher oder Kreide auf einer Tafel. Dabei dürfen die Geräusche nicht mit Hilfsmitteln erzeugt werden und Person B darf Person A nicht sehen (mit dem Rücken zueinander stehen!). Bei den Geräuschen ist es sinnvoll, vorher gemeinsam eine Liste von möglichen Geräuschen zu erstellen.

Wer ist es?

- Linguistische Schwierigkeit: Satzmuster oder kurze Sätze, Variante 2 anspruchsvoll
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Variante 1: Gesellschaftsspiel, Variante 2: Stift und Post-it-Zettel
- Variante 1: Gesellschaftsspiel „Wer ist es?“ (Hasbro) → nach Regeln spielen und dabei * einsetzen
- Variante 2: Freies Ratespiel → Festlegung eines Themenbereichs (z.B. Film, Tiere, Fantasy, Märchenfigur) Person A überlegt sich eine Identität für Person B und umgekehrt. Der Begriff wird auf einen Zettel geschrieben und dem Gegenüber auf die Stirn geklebt. Person A darf solange nach seiner Identität fragen, solange er daran denkt, * einzusetzen. Die Rolle wird getauscht, wenn * vergessen wurde. Die Fragen sollen so gestellt werden, dass sie nur mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Jeder Rateversuch muss auch mit * realisiert werden.

Teekesselchen

- Linguistische Schwierigkeit: Satzebene, anspruchsvoll
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig bis mäßig
- Anleitung: Es werden 3 Spieler benötigt (Mutter/Praktikantin hinzunehmen) Person C verlässt den Raum. Personen A und B suchen zwei gleichklingende Wörter mit unterschiedlicher Bedeutung und vereinbaren, wer welchen Begriff erklärt. Person C wird hereingerufen. Personen



PMS-KIDS

Informations- und Vertragsphase: 1.2.1_Information Kind KIDS © P. Schneider 2018

A und B erklären ihre Begriffe im Wechsel mit Einsatz von *, z.B. Person A: „Mein Teekesselchen ist sehr wichtig“, Person B: „Mein Teekesselchen führt nach oben“ (Begriff: „Leiter“). Person C rät und setzt dabei * ein.



Ich sehe was, was du nicht siehst

- Linguistische Schwierigkeit: Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material für Variante: Wimmelbuch, Abbildung mit vielen Items zu einem Lieblingsthema des Kindes.
- Anleitung: Nach den bekannten Spielregeln. Kann im Therapieraum, in der Wartezone, vor der Praxis, mit Blick aus dem Fenster, in einem Wimmelbild etc. gespielt werden.
- Variation: Anhand eines Bildes einer Fußballmannschaft, von Tieren oder Pokémons etc., die beiden Spielern gut bekannt sind gibt Person A Informationen über eine bestimmte Person/ein Wesen auf dem Bild mit dem Einsatz von *. Person B versucht, aus den Angaben zu erschließen, wer gemeint ist.

Zufallsgeschichten

- Linguistische Schwierigkeit: Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Bildkarten z.B. aus Kofferpacken
- Anleitung: Person A zieht eine Bildkarte (z.B. aus Kofferpacken) und beginnt, den ersten Satz einer Geschichte dazu zu erzählen. Person B zieht die nächste Bildkarte und führt die Geschichte fort etc. Einsatz von * mit Punkten/Chips o.ä.

5 Second Rule (Moses Verlag, 2012, geeignet ab 2.-3. Klasse/ 8 Jahre (Kind sollte lesen können))

- Linguistische Schwierigkeit: Satzebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: mäßig
- Anleitung: Fragen immer abwechselnd stellen; die Figur darf nur ein Feld weiter gerückt werden, wenn richtig * eingesetzt wurde und die Antwort richtig war (gegenseitige Kontrolle)
- Verschiedene Schwierigkeitsgrade:
 - Fragen auf den Karten stellen, Antwort mit *
 - Fragen mit * stellen, Antwort mit *
 - Fragen mit *, Antwort in ganzen Sätzen mit *

Activity (Piatnik, geeignet ab 1.- 3. Klasse)

- Linguistische Schwierigkeit: Monolog
- Emotional-situative Schwierigkeit: mäßig
- Anleitung: Möglichkeit, die unterschiedlichen Farben der Aufgabenkärtchen für unterschiedliche Sprechaufgaben * zu nutzen, z.B. die roten Karten für Pseudo-Wiederholungen, die blauen Karten für Pseudo-Dehnungen (Karten werden dann gemischt). Es wird ein Würfel benötigt, der die Anzahl der * in der Äußerung anzeigt (aber nur 1-3 Ereignisse). Einer nach dem Anderen muss abwechselnd ein Wort von der Spielkarte erläutern und dabei die gewürfelte Anzahl der * einbauen, wenn das Wort richtig erklärt und das * richtig eingesetzt wurde, darf die Spielfigur weiter vorgehen. Zusätzlich darf die Person, die richtig erraten hat, weiter vorrücken.





0.8_Dialog (* Technik(en) je nach Kind)

Dialog beim Einkaufen

- Linguistische Schwierigkeit: einfacher Dialog
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Realgegenstände oder Bildkarten zu Gegenständen in einem Laden
- Anleitung: Patient und Therapeut bekommen jeweils eine Einkaufsliste und Portemonnaie und Knackfrosch. Rollenspielsituation beim Einkaufen (Anbahnung in in-vivo Situationen). Beim Erfragen der Gegenstände von der Liste soll * angewendet werden. Knackfrosch anwenden, wenn Kind oder Therapeut den Einsatz von * vergessen.

Pro-Kontra-Diskussionen

- Linguistische Schwierigkeit: anspruchsvoll, Argumentation
- Emotional-situative Schwierigkeit: abhängig von Involviertheit des Kindes
- Material: Chips, ggf. Anregungen aus Geolino Magazin (Gruner + Jahr)
- Anleitung: Festlegung des Themas und der Positionen. Vereinbarung der Anzahl von *, die jeder im Gespräch zeigen soll. Bereitlegen der entsprechenden Anzahl von Chips – eine Farbe für Person A, eine andere für Person B. Argumentation mit Einsatz von *, für jede Anwendung von * kann ein Chip vom Tisch genommen werden. Wer als erstes keine Chips mehr auf dem Tisch hat, hat gewonnen.

Experteninterview

- Linguistische Schwierigkeit: abhängig vom Thema
- Emotional-situative Schwierigkeit: abhängig von Involviertheit des Kindes, durch Videoaufnahme erhöht
- Material: Mikrophon, Kamera
- Anleitung: Festlegung der Rollen, des Themas und der Positionen, z.B. erfolgreicher Fußballspieler im Rückblick auf das Spiel. Vereinbarung der Anzahl von *, die jeder im Gespräch zeigen soll. ggf. Videoaufnahme. Dabei auf möglichst „echte“ Aufnahme achten (z.B. Logo des Senders auf Tafel im Hintergrund malen). Erinnerungshilfen für den Einsatz von * dürfen nur optisch sein. Gut, um den Blickkontakt zu kontrollieren (zum Interviewpartner). Echte Stotterereignisse sind erlaubt und können ggf. bei der Reflexion identifiziert werden.

Improvisierte Szenen

- Linguistische Schwierigkeit: sehr anspruchsvoll
- Emotional-situative Schwierigkeit: abhängig von Involviertheit des Kindes, durch Videoaufnahme erhöht. Siehe auch Mat_6.5_Material_Problemlösung
- Material: Requisiten, ggf. Kamera, ggf. Handpuppen
- Anleitung: Festlegung von Thema und Rollen, ggf. auch Handlung, Vorbereitung von Bühne und Requisiten
- Anleitung: Improvisation der Handlung. Bei Stockungen im Handlungsfluss kann die Therapeutin dem Kind Ideen zuflüstern oder zusammen mit dem Kind kurz aus der Rolle gehen und sich mit ihm flüsternd beraten. Einsatz von * bei bestimmten Schlüsselworten oder bei jedem Äußerungsbeginn vereinbaren. Erinnerungshilfen vereinbaren (Hupe, optisches Signal).
- Mögliche Themen:



- Allgemein
 - Beim Arzt, Meinungsverschiedenheit beim Sport, Mitspieler im Kartenspiel beim Tricksen erwischt, Überreden zu einer gefährlichen Mutprobe, Zurückfordern eines verliehenen Gegenstandes
- Stotterspezifisch
 - Neugierig aufs Stottern angesprochen werden, Lehrerin über Stottern informieren, ungewollte Hilfe beim Stottern erhalten, neuen Mitschüler über Stottern informieren, wegen Stottern nachgeäfft werden, mit der Lehrerin die mündliche Mitarbeit besprechen



0.9_Monolog (* Technik(en) je nach Kind)

Gelenkte Spontansprache

- Linguistische Schwierigkeit: Monolog, leicht bis mittel, inhaltlich vorstrukturiert, auch als Dialog möglich
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Papier und Stift
- Anleitung: Festlegung des Themas, z.B. „Planung einer Überraschungsparty für einen guten Freund“.
- Inhaltliche Vorbereitung: Passende Fragestellungen durchsprechen und die Fragen und Stichworte zu den Antworten auf mehreren Blättern thematisch sortiert festhalten, z.B. „Wer wird eingeladen?“ – Doro, Lisa, Jonas, „Wo soll es stattfinden?“ – Garten / Spiele? ... / Essen, Getränke?
- Beispiele für weitere Themen: „Ferienplanung, Garagenflohmarkt vorbereiten, Weihnachtsgeschenke, Ferienjob finden“
- Durchführung: Vortrag anhand der Stichworte mit vorher vereinbartem Einsatz von * und je nach Therapiestand Selbst-/Fremdbeurteilung, ggf. Videofeedback

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

- Linguistische Schwierigkeit: Monolog, mittel
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Paare von Bild- oder Wortkärtchen
- Anleitung: Anhand von Paaren von Bild- oder Wortkärtchen werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten benannt. Jeder Satz mit * gibt 1 Punkt. Wurde der Einsatz von * vergessen, ist der Andere dran.

Ich sehe was, was du nicht siehst - Variation

- Linguistische Schwierigkeit: Satzmusterebene/ Monolog
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Material: Abbildung mit vielen Items zu einem Thema, das dem Kind sehr vertraut ist
- Variation: Anhand eines Bildes einer Fußballmannschaft, von Tieren oder Pokémons etc., die beiden Spielern gut bekannt sind gibt Person A Informationen über eine bestimmte Person/ein Wesen auf dem Bild mit dem Einsatz von *. Person B versucht, aus den Angaben zu erschließen, wer gemeint ist.

Activity (Piatnik, geeignet ab 1.- 3. Klasse)

- Linguistische Schwierigkeit: Monolog
- Emotional-situative Schwierigkeit: mäßig
- Anleitung:
 - Möglichkeit, die unterschiedlichen Farben der Aufgabenkärtchen für unterschiedliche Sprechaufgaben * zu nutzen, z.B. die roten Karten für Pseudo-Wiederholungen, die blauen Karten für Prolongationen (Karten werden dann gemischt)
 - Es wird ein Würfel benötigt, der die Anzahl der * in der Äußerung anzeigt (aber nur 1-3 Ereignisse)
 - Einer nach dem Anderen muss abwechselnd ein Wort von der Spielkarte erläutern und dabei die gewürfelte Anzahl der * einbauen, wenn das Wort richtig erklärt und das *



richtig eingesetzt wurde, darf die Spielfigur weiter vorrücken. Zusätzlich darf die Person, die richtig erraten hat, weiter vorrücken.

Tabu (Hasbro, geeignet für 3.- 4. Klasse und höher (variierbar))

- Linguistische Schwierigkeit: Anspruchsvoll, ganze Sätze auf Inhaltsebene
- Emotional-situative Schwierigkeit: niedrig
- Anleitung: Normale Spielregel ohne Sanduhr (Zeitdruck)
- Variationen: Hinweissignal (Hupe) wenn das nächste Wort bearbeitet werden soll, mit der Ergänzung, dass der spontane qualitativ gute Einsatz von * die doppelte Punktzahl bringt oder das Kärtchen auf jeden Fall behalten werden darf. Hilfestellung: die Therapeutin hupt, wenn das Kind bei der Erklärung bei dem nächsten Wort * einsetzen soll. Man kann den Schwierigkeitsgrad variieren, indem man entweder blaue oder rosa Wörter erklären lässt, bzw. bei kleineren Kindern erlaubt, dass sie die „verbotenen“ Wörter mitbenutzen. Erklärt das Kind das Wort richtig und mit *, bekommt das Kind die Karte. Wer zuerst z.B. 10 Karten hat, hat gewonnen.

Kurzvorträge, Witze, Scherzaufgaben, Rätsel, kurze Videoclips

- Linguistische Schwierigkeit: anspruchsvoll
- Emotional-situative Schwierigkeit: je nach Zuhörer und Variation der Situation sehr anspruchsvoll
- Material: Referate aus der Schule, vom Kind vorbereitete Themen (mit Powerpoint ist oft motivierender), Themen aus Geolino (Gruner + Jahr), ZZZZebra (<https://www.labbe.de/Life-Hacks-fuer-Kinder/>), kurze Videoclips aus youtube (z.B. Simons Cat, <https://simonscat.com/films/>) und einschlägigen Webseiten und Bücher
- Vortrag mit simulierter Ernstsituation z.B. stehend, leere Stühle symbolisieren das Publikum
- Erinnerungshilfe vereinbaren für den Einsatz von *
- Ggf. Videofeedback (erhöht emotionalen Anspruch)
- Variationen: Vortrag mit vorher vereinbarten Störfaktoren z.B. parallel Nachrichten aus dem Radio laufen lassen, unaufmerksames Zuhörerverhalten, Zwischenrufe, Zwischenfragen, Störversuche des Zuhörers, der Zuhörer stottert parallel einzelne Wörter des Vortragenden etc.

Nachrichtensprecher

- Linguistische Schwierigkeit: anspruchsvoll, v.a. wenn nur Stichworte vorgegeben sind
- Emotional-situative Schwierigkeit: anspruchsvoll wegen Videoaufzeichnung
- Material: Kamera, Notizzettel mit Nachrichten
- Vorbereitung: Notizen auf mehreren Zetteln mit Stichworten
- Durchführung: Videoaufnahme einer Nachrichtensendung. Dabei auf möglichst „echte“ Aufnahme achten (z.B. Logo des Senders auf Tafel im Hintergrund malen). Erinnerungshilfen für den Einsatz von * dürfen nur optisch sein. Gut, um das Blickverhalten zu kontrollieren (in die Kamera).
- Echte Stotterereignisse sind erlaubt und können ggf. bei der Reflexion identifiziert werden



0.10_Go-Training

Übungsziel

Intensives Üben der korrekten Ausführung von Zeitlupe, Prolongation, Pullout, unabhängig von der linguistischen Ebene

Material

- Spielfeld mit Silben und mit Wörtern (getrennt nach Frikativen, Plosiven und Vokalen im Anlaut)
- Die Items für das leere Spielfeld können auf Laut- bis Satzebene sein und können dem übergreifenden Material entnommen werden.
- Es wird vereinbart, welche Items aus der Liste genommen werden dürfen. Ggf. darf auch der Spielgegner auf die Items in der Liste zeigen, die korrekt realisiert werden müssen, um das Feld besetzen zu dürfen.
- Je 50 Spielplättchen in zwei Farben

Spielanleitung

Spielziel ist, eine möglichst große Anzahl an Spielfeldern zu belegen.

Es wird gelost, wer anfängt.

Spieler A legt ein Spielplättchen auf ein Feld und spricht dabei die Silbe/das Wort/einen Satz, der das betreffende Wort beinhaltet mit der vereinbarten Sprechweise (z.B. Pseudostottern, Zeitlupe, Prolongation).

Spieler B achtet darauf, dass die Sprechweise korrekt ausgeführt wurde. Sobald A die Sprechweise nicht richtig ausführt, ist B an der Reihe, bis B einen Fehler macht.

Wenn es einem der beiden Spieler gelingt, seine Plättchen so zu legen, dass die Spielplättchen des Gegners eingeschlossen sind, darf er dessen Spielsteine durch die eigenen ersetzen, ohne dabei die Sprechaufgabe machen zu müssen.

Gewonnen hat, wer die meisten Felder mit seinen Plättchen belegt hat.

Variante

Bei den ersten Durchgängen oder der Erhöhung des Schwierigkeitsgrades bekommt das Kind bei Fehlern eine zweite Chance.



Wa	So	Mi	Re	Lu
Mö	Nü	Fe	Schi	Wü
Ra	Mau	Sche	Weu	Ta
Se	Ku	Po	Ba	Dau
Tä	Kö	Seu	Tau	Fie
Le	Ga	Gu	Ne	Pa



Bu	Keu	Bi	Pau	Sä
-----------	------------	-----------	------------	-----------

Nudeln	Reis	Lutscher	Suppe	Schokolade
Waffel	Würstchen	Salat	Fisch	Möhren
Jaguar	Lama	Nashorn	Löwe	Schaf
Schildkröte	Reh	Seestern	Wal	Maus
Vogel	Fuchs	Sahne	Riese	Nebel



Wind	Schuhe	Ratte	Saft	Schulter
-------------	---------------	--------------	-------------	-----------------

Kaffee	Teppich	Buch	Bild	Kuchen
Käse	Gurke	Milch	Tisch	Tafel
Topf	Computer	Tastatur	Bildschirm	Kamera
Tasse	Kanne	Dach	Kalender	Gürtel
Gelände	Garten	Gift	Lupe	Comic
Puppe	Papier	Pille	Ball	Pest



Auto	Esel	Igel	Otto	Affe
Abend	Uhu	Ekel	Ameise	Unfall
Umleitung	Erbsen	Überfall	ärgern	immer
Insel	Ordnung	Obst	Onkel	Opa
Überschrift	öfter	öffnen	übrig	ihnen
uns	euch	Eule	Eisen	Eier
Eimer	Eifel	Euro	auf	Aula



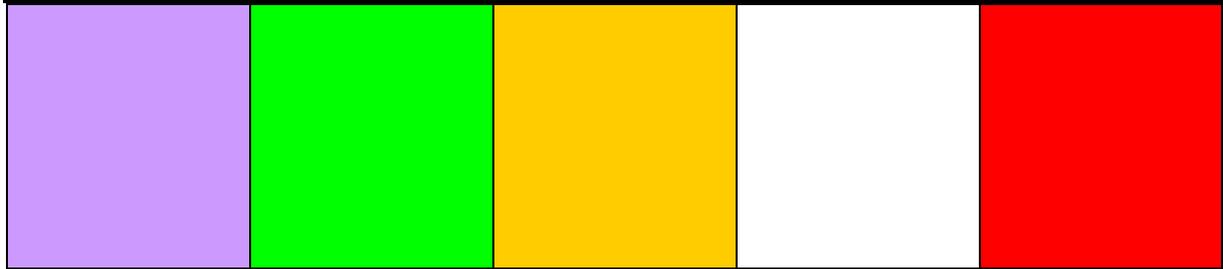
Light Blue	Orange	Green	Blue	Yellow
Purple	Red	Light Blue	Purple	Green
Green	White	Red	Yellow	Orange
Orange	Red	White	Green	Red
Green	Yellow	Purple	Orange	White
Yellow	White	Red	Green	Yellow



PMS-KIDS

Informations- und Vertragsphase: 1.2.1_Information Kind KIDS

© P. Schneider 2018





0.11_Themen- und Buchstabenkärtchen

Dieses Material bietet eine Auswahlmenge an Themen oder Lauten, die in Übungen bearbeitet werden können. Die Auswahl kann gezielt durch die Therapeutin nach linguistischen oder inhaltlichen Gesichtspunkten getroffen werden, aber auch durch das Kind oder vom Zufall (z.B. Kärtchen ziehen, etwa in Form von Ereigniskärtchen in einem Regelspiel).

Themenkärtchen können genutzt werden für Übungen (Pseudostottern, Identifikation, Modifikationstechniken) auf allen linguistischen Ebenen ab der Wortebene, z.B.: möglichst viele Begriffe zum Thema nennen; Interviewfragen zum Thema ausdenken und sich gegenseitig, später auch in vivo stellen; Pro-Contra-Diskussion (nicht bei allen Themen möglich); Monolog zu allem, was einem zum Thema einfällt; Ratespiel, bei dem A erfragt, welchen Begriff B gezogen hat – B darf nur mit ja und nein antworten; Ratespiel, bei dem A den Begriff erklärt und B soll sobald wie möglich seine Hypothesen nennen.

Apps auf einem Handy	Computerspiele	Tiere
Küche	Natur	Wohnzimmer
Lebensmittel	Schule	Überleben in der Wildnis
Sportgeräte	Geburtstagsparty	Stadt
Peinliches	Klima	Ferien
Musik	Video	Influencer
Fußball	Fernsehen	Kleidung
Weltraum	Meer	Gebirge



Haustier	Badezimmer	Auto
Supermarkt	Berühmte Personen	Arzt

Buchstabenkärtchen können genutzt werden für Übungen (Pseudostottern, Identifikation, Modifikationstechniken) auf allen linguistischen Ebenen ab der Wortebene, z.B.: möglichst viele Begriffe zum Laut nennen; sich Fragen nach einem Begriff stellen, der mit diesem Laut beginnt; Dialog, in dem jedes Wort, das den gezogenen Laut enthält mit Technik gesprochen und mit einem Punkt bewertet wird; Monolog zu allem, was einem zu Begriffen mit diesem Laut einfällt; Ratespiel, bei dem A erfragt, welchen Laut B gezogen hat, indem A Begriffe mit diesem Laut nennt – B darf nur mit ja und nein antworten.

A	B	D	E	F
G	H	I	J	K
L	M	N	O	P
R	S	T	U	V



PMS-KIDS

Informations- und Vertragsphase: 1.2.1_Information Kind KIDS

© P. Schneider 2018

W	Z			
----------	----------	--	--	--



1 Informations- und Vertragsphase

1.1 Aufklärung Eltern

1.1.1_Basisinformation Stottern

1.1.2_Elterninformation KIDS

1.1.3_Adressen-Links-Literatur

1.2 Aufklärung Kind

1.2.1_Information Kind KIDS

1.2.2_10-Blätter Skala

1.2.3_Fragen zur Motivation

1.2.4_Metaphern Vertrag

1.2.5_Visualisierung Vertrag

1.2.6_Beispiel Vertrag

1.3 Weitere Beratungsgespräche

1.3.1_Wochenreport Eltern

1.3.2_Wochenreport Eltern - Tabelle

1.4 Bilanzgespräche

1.4.1_Fragebogen zur Stottertherapie

1.4.1_Schwerpunktwahl zur Stottertherapie (.ppt)



1.1.1_Basisinformation Stottern

Erscheinungsbild

Stottern ist ein kurzer Kontrollverlust über das Sprechen. Der Kontrollverlust zeigt sich als

1. Wiederholungen von Lauten oder Silben (Wa-wa-wand, A-a-apfel)
2. Dehnungen (Langziehen) von Lauten (Ssssssocken, uuuuund)
3. Blockierungen (stummes Steckenbleiben) vor oder in Wörtern (... apfel)

Dazu kommen Versuche, das Stottern zu beenden (z.B. Mitbewegungen, Anstrengung, Veränderung der Atmung) oder dem Stottern vorzubeugen (vermeiden zu sprechen, andere Wörter verwenden, Wörter oder Laute verwenden, um ins flüssige Sprechen hineinzukommen).

Außerdem entstehen „innere“ Symptome. Damit sind Gedanken und Gefühle gemeint, die man von außen nicht sieht wie Sprechangst, Angst vor dem Stottern, Scham und Peinlichkeit, Versagensgefühl, Ärger und Frustration.

Ursache

Stottern entsteht, wenn Kinder die Veranlagung dazu haben. Bei manchen Kindern ist diese Veranlagung vererbt, bei anderen ist sie aus anderen Gründen entstanden.

Die Veranlagung führt dazu, dass die Gebiete für das Sprechen im Gehirn Schwachstellen haben und deshalb häufiger Fehler machen. Die Fehleranfälligkeit nimmt unter Stress und bei komplizierter Sprache zu, bei Entspannung nimmt sie ab.

Verlauf

Es kann nicht vorhergesagt werden, ob das Stottern von alleine oder mit einer Therapie wieder heilt und völlig aufhört. Bei Schulkindern ist die Chance nicht sehr groß, dass das Stottern sich von selbst zurückbildet.

Bei vielen Stotternden sind Schwankungen typisch – Phasen mit häufigen und starken Symptomen wechseln sich mit leichteren Phasen ab. Außerdem gibt es häufig Auslöser von Stottern wie beispielsweise bestimmte Personen (z.B. Lehrer) oder bestimmte Situationen (z.B. Referat halten).

Therapiemöglichkeiten

Für Schulkinder gibt es Therapien, die das Sprechen insgesamt verändern (Fluency Shaping – weitere Informationen siehe „Mat_1.1.3_Adressen und Links“) und Therapien, die das Stottern leichter machen. Eine Therapie, die das Stottern leichter macht, ist KIDS (siehe Mat_1.1.2_Elterninformation KIDS). Therapiemethoden, die Heilung oder Stotterfreiheit versprechen, sind unseriös.



1.1.2_Elterninformation KIDS

Kinder dürfen stottern

Sicher wundern Sie sich! Warum sollen Kinder stottern dürfen, wenn es doch ein Sprechfehler ist, der beim Sprechen behindert. Man wird von anderen Kindern möglicherweise ausgelacht. Alle brauchen so viel Geduld, beim Stottern zuzuhören. Und wenn man an die Zukunft denkt, fallen einem sofort jede Menge Sorgen ein. Warum soll ein Kind dann stottern dürfen?

Denken wir einmal von der anderen Seite her. Ein Kind stottert, weil der Teil im Gehirn, der für das Sprechen zuständig ist, besonders fehleranfällig ist. Es stottert nicht mit Absicht, sondern will flüssig sprechen, weiß genau was es sagen will und verliert plötzlich die Kontrolle über das Sprechen. Das ist ein wenig wie beim Aquaplaning, wo man ja auch kurz das Auto nicht mehr unter Kontrolle hat.

Was passiert, wenn das Kind überzeugt ist, dass Stottern nicht erlaubt ist?

- Wenn es ins Stottern kommt, ärgert es sich oder hat das Gefühl, versagt zu haben. Das nagt am Selbstbewusstsein.
- Es strengt sich möglicherweise an, das Stottern so schnell wie möglich zu beenden, was dazu führen kann, dass es verkrampft und unnötige Mitbewegungen macht. Das macht Stottern auffälliger.
- Es möchte nicht mehr stottern und denkt sich Tricks zur Vermeidung aus. Es flüstert nur noch, sagt weniger, fragt lieber nach einem Vanilleeis, denn das kann es flüssig aussprechen, obwohl es viel lieber Schokoladeneis gehabt hätte.
- Es traut sich nicht, darüber zu reden, zu fragen woher das kommt und verheimlicht seine Sorgen und Ängste. Dadurch bleibt es mit seinen Sorgen und Ängsten allein.

Wenn Kinder überzeugt sind, dass Stottern erlaubt ist, fällt viel Druck, Frustration und Angst von ihnen ab. Bei vielen Kindern bewirkt das allein schon, dass das Stottern leichter wird. Doch in Schul-KIDS lernen sie außerdem noch Sprechtechniken, mit denen sie das Stottern leichter machen können. Denn man braucht sich beim Stottern nicht anzustrengen, sondern es kann ganz leicht gehen. Man muss sich nicht hilflos fühlen, wenn der Mund tut was er will, sondern man kann über seinen Mund bestimmen. Man braucht keine Angst vor dem Sprechen oder dem Stottern zu haben. Und man muss sich dafür nicht schämen, sondern kann selbstbewusst alles sagen, was man will!

Die Chance, dass Schulkinder ihr Stottern wieder komplett verlieren gibt es, aber sie ist nicht sehr groß. Und man kann bei niemandem vorhersagen, ob er oder sie zu den Glücklichen gehört, die ihr Stottern wieder verlieren. Daher ist es gut, wenn man lernt, mit dem Stottern gut zurechtzukommen.





Prinzip der Therapie

Über Stottern Bescheid wissen,
selbstbewusst sprechen,
Stottern leichter machen und kontrollieren können
erhöht die Chance, dass sich das Stottern zurückbildet
und erleichtert das Leben, wenn es sich nicht zurückbildet.

Phasen der Therapie nach KIDS

**1. Spezialist für Sprechen und Stottern werden
(Identifikation und Desensibilisierung)**

**2. Angstfrei sprechen und stottern: Mutproben
(Desensibilisierung)**

**3. Stottern leichter machen: Sprechtechniken
(Modifikation)**

**4. Das Gelernte in den Alltag übernehmen
(Generalisierung)**

Ablauf der Therapie

Nach einer Diagnostik des Stotterns wird besprochen, für welchen Therapieansatz Sie sich entscheiden. Wenn Sie sich für Schul-KIDS entschieden haben, werden mit Ihrem Kind, Ihnen und der Therapeutin Vereinbarungen getroffen. Dabei geht es um die Ziele und wie in der Therapie vorgegangen wird. Eine Heilung kann nicht versprochen werden, wohl aber kann ein Ziel ein leichtes selbstbewusstes Stottern sein.

Die Logopädie-Termine werden 1-2 mal in der Woche stattfinden. Es wird geklärt, ob, und wenn ja, wie sie ihr Kind bei der Therapie unterstützen können, z.B. bei seinen Logopädie-Hausaufgaben. Zusätzlich finden von Zeit zu Zeit Elterntermine ohne das Kind statt. Die Dauer der Therapie kann nicht vorhergesagt werden. Es handelt sich manchmal um eine Langzeittherapie die über ein Jahr dauern kann.



PMS-KIDS

Informations- und Vertragsphase: 1.2.1_Information Kind KIDS © P. Schneider 2018

Bitte sprechen sie sofort an, wenn Sie Probleme sehen, mit etwas nicht einverstanden sind oder das Gefühl haben, dass nichts vorwärts geht. Ihre Meinung ist sehr wichtig, um das weitere Vorgehen zu planen und wenn nötig auch zu ändern.



1.1.3_Adressen – Links - Literatur

Adressen

BVSS Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (Deutschland)

Informations- und Beratungsstelle

Zülpicher Straße 58

50674 Köln

Tel.: 0221-139 11 06

Fax: 0221-139 13 70

E-Mail: info@bvss.deInternet: www.bvss.de**Stottern & Selbsthilfe e.V. Flow** - die junge Sprechgruppe der BVSS für Jugendliche ab 16 Jahrenwww.flow-sprechgruppe.de**Österreich: Österreichische Selbsthilfe Initiative Stottern (ÖSIS)**

Brixner Straße 3, A-6020 Innsbruck

www.oesis.at**Schweiz: Vereinigung für Stotternde und Angehörige (VERSTA)**

Äussere Bleikenstrasse 1, CH-3775 Lenk im Simmental BE

www.versta.ch**DBL Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.**

Augustinusstr. 11a

50226 Frechen

Tel.: (0 22 34) 37 95 3-0

Fax: (0 22 34) 37 95 3-13

E-Mail: info@dbl-ev.deInternet: www.dbl-ev.de**DBS Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.**

Bundesgeschäftsstelle

Goethestraße 16

47441 Moers

Tel: (02841) 998191-0

Fax: (02841) 998191-30

E-Mail: info@dbs-ev.deInternet: www.dbs-ev.de**IVS Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs)**

Geschäftsstelle

Erfststr. 1

50859 Köln



Tel: +49 (0) 2234 - 6029308

Fax: +49 (0) 2234 - 694465

E-Mail: info@ivs-online.de

Internet: www.ivs-online.de

Fachverlage Stottern

Demosthenes Verlag

<https://www.bvss-shop.de/>

Natke Verlag

<https://natke-shop.de/>

Ausgewählte Literatur

Siehe auch: Material zum Problemlösen

Für stotternde Kinder

Colthorp, I. & Herdter, F. (2020). *Stoppilino. Wie ich mein Stottern zähmte*. Köln: Demosthenes.

Döge, E. (2015). *Der kleine Drache Lavazahn*. Köln: Demosthenes.

Jugend-Infoseite Stottern: <http://www.jugend-infoseite-stottern.de>

Kuckenberg, S. (2011). *FAQ zum Stottern für Schulkinder und Tipps zum Umgang mit Hänselein*. (2. Aufl.) Neuss: Natke. Kostenloser Download unter <http://www.natke-verlag.de/download/faq-schulkinder.pdf>

Natke, B. *Benni 1: U-und? Wwww ist das P-problem?* Comic. Köln: Demosthenes .

Natke, B. *Benni 1-4*, Comicset. Köln: Demosthenes .

Ramann, A. & Schartmann, G. (2014). *Kai ist(k)ein blöder Name*. Neuss: Natke.

Schneider, P. & Schartmann, G. (2018). *Was ist ein U-u-uhu? Ein Mutmachbuch für stotternde Kinder* (6. Aufl.). Neuss: Natke.

Schneider P., Schartmann G.: *Murmeli schlau sucht einen Ba-bau. Ein Mutmachbuch für stotternde Kinder*. Neuss, Natke Verlag; 2018.

**Für Eltern und Lehrer**

Alexander, J. (1999). „Das ist gemein!“ Wenn Kinder Kinder mobben. So schützen und stärken Sie Ihr Kind. Freiburg: Herder.

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (2018). Meine Rechte als: stotternder Schüler, stotternde Schülerin. Köln. Kostenloser Download unter www.bvss.de

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (2017). Stottertherapie intensiv – Einrichtungen und Angebote der Intensiv-(Intervall)-Therapie sowie zur stationären Behandlung für stotternde Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Kostenloser Download unter www.bvss.de

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. & dbI e.V. (2008). Wenn Kinder stottern – Tipps zur Therapeutensuche. Kostenloser Download unter www.bvss.de

Furman, B. & Hegemann, T. (2006). *Ich schaffs!*. Heidelberg: Carl Auer.

Schneider, P. (2013). *Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen. Ratgeber für Eltern und alle, die mit stotternden Kindern zu tun haben*. Neuss: Natke.

Schneider, P., Euler, H.A., Bosshardt, H.G., Sandrieser, P. & Neumann, K. (2018). Patientenleitlinie Redefluss-Störungen: Stottern und Poltern. Version 1. ; <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>

Schüler gegen Mobbing: www.schueler-gegen-mobbing.de

Thum, G. (2011). *Stottern in der Schule: Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. Köln: Demosthenes.

Website „Stottern und Schule“ der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. <https://www.stottern-und-schule.de>

Kostenlose Broschüren für Lehrer, Schüler und Eltern im Downloadbereich der Website www.bvss.de unter “Home - Service - Infomaterial - Download”

Fachliche Vertiefung

Natke, U. & Kohmäscher, A. (2020). *Stottern: Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapie* (4. Aufl.) Berlin: Springer.

Sandrieser P. & Schneider P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.) Stuttgart: Thieme.



1.2.1_Information Kind KIDS

Kinder dürfen stottern

Sicher wunderst du dich! Warum sollen Kinder stottern dürfen, wenn es doch ein Sprechfehler ist, der beim Sprechen behindert. Man wird von anderen Kindern möglicherweise ausgelacht. Alle brauchen so viel Geduld, beim Stottern zuzuhören. Warum soll ein Kind dann stottern dürfen?

Weil man nichts für sein Stottern kann! Ein Kind stottert, weil der Teil im Gehirn, der für das Sprechen zuständig ist, besonders fehleranfällig ist. Man stottert nicht mit Absicht, sondern will flüssig sprechen, weiß genau was man sagen will und verliert plötzlich die Kontrolle über das Sprechen. Das ist ein wenig wie beim Fahrradfahren im Matsch oder im Schnee, wo man ja auch manchmal kurz das Fahrrad nicht mehr unter Kontrolle hat und wenn man Pech hat, ausrutscht und hinfällt.

Man darf nicht im Zimmer auf den Boden spucken, jemand anderen an den Haaren ziehen oder Kaugummis an die Türklinke kleben. Das sind Dinge, die man mit Absicht macht. Sie schaden jemand anderem und daher ist es sinnvoll, dass man das nicht darf. Doch Stottern macht man nicht mit Absicht, das passiert, wie auch ein Schluckauf, von ganz alleine. Und es schadet auch keinem anderen. Es ist unfair, wenn andere einen wegen Stottern auslachen oder sagen: "Sprich doch mal ordentlich". Dann bekommt man Stress, und aus lauter Angst vor dem nächsten Stottern gleich noch mehr Stress. Und wenn man gestottert hat, schämt man sich. Und das muss alles nicht sein, wenn einem klar ist: Für Stottern kann man nichts.

In dieser Therapie lernst du, wie du dich nicht mehr über Stottern ärgern musst und wie du weniger oft, leichter und kürzer stottern kannst. Du lernst auch, was du tun kannst, wenn andere fragen, warum du so komisch sprichst oder dich wegen deinem Stottern ärgern. Denn man braucht sich beim Stottern nicht anzustrengen, sondern es kann ganz leicht gehen. Man muss sich nicht hilflos fühlen, wenn der Mund tut was er will, sondern man kann lernen, über seinen Mund bestimmen zu können. Und man braucht keine Angst vor dem Sprechen oder dem Stottern zu haben. Und man muss sich dafür nicht schämen, sondern man kann selbstbewusst alles sagen, was man will!

Die Chance, dass Schulkinder ihr Stottern wieder komplett verlieren gibt es, aber sie ist nicht sehr groß. Und man kann bei niemandem vorhersagen, ob er oder sie zu den



Glücklichen gehört, die ihr Stottern wieder verlieren. Daher ist es gut, wenn man lernt, mit dem Stottern gut zurechtzukommen.

Idee von KIDS

Über Stottern Bescheid wissen,
selbstbewusst sprechen,
Stottern leichter machen und kontrollieren können
erhöht die Chance, dass das Stottern weggeht
und erleichtert das Leben, wenn es bleibt.

Ablauf der Therapie

Die Logopädie-Termine werden 1-2 mal in der Woche stattfinden. Manchmal gibt es Übungen für zu Hause. Dabei wird gut abgesprochen, ob und wie deine Eltern dabei mitmachen dürfen. Ab und zu gibt es auch Elterntermine ohne, dass du dabei bist. Man kann nicht vorhersagen, wie lange die Therapie dauert. Manchmal dauert sie länger als ein Jahr.

Therapie nach KIDS

1. Spezialist für Sprechen und Stottern werden
(Identifikation und Desensibilisierung)

2. Ohne Angst sprechen und stottern: Mutproben
(Desensibilisierung)

3. Stottern leichter machen: Sprechtechniken
(Modifikation)

4. Das Gelernte im Alltag anwenden
(Generalisierung)

1.2.2_10-Blätter Skala

Vertragsarbeit: Ist- und Zielanalyse mit der 10-Blätterskala

(in Anlehnung an Born et al. 2002)

Es werden 10 Bögen Papier mit den Ziffern 1-10 beschriftet. Der Bogen Nr. 10 wird an der Wand befestigt, die übrigen Bögen werden der Reihe nach davor auf den Boden gelegt, so dass eine Skala entsteht.

Die Endpunkte sind

- 1 = ganz starkes Stottern oder/und ganz schlimmes Gefühl beim Stottern (megapeinlich) oder/und ganz starke Angst vor dem Stottern oder damit aufzufallen oder/und keine Möglichkeit, sich zu helfen.
- 9 = leichtes und seltenes Stottern ohne Peinlichkeit, keine Angst davor und Wissen wie man sich helfen kann.
- 10 = Sprechen ohne Stottern und keine Angst mehr haben müssen vor dem Stottern, weil es weg ist.

Das Kind wird gebeten, sich auf das Blatt zu stellen, das am ehesten zu seiner aktuellen Situation passt. Dabei kann man mit ihm ein Gespräch führen, was genau der Grund für diese Einordnung ist.

Dann wird es gebeten, auf das Blatt zu gehen, wo es am Ende der Therapie gerne sein möchte. Alle Kinder wollen auf Blatt 10. Dieser Bogen hängt an der Wand womit erklärt werden kann, dass eine Heilung durch eine Therapie nicht versprochen werden kann, sie ist selten, und wenn dann ein großes Glück. Als realistisches Ziel wird Bogen 9 angeboten.

Mit der Frage „Woran merken andere (Eltern, Lehrer, Freunde etc.), dass Du Dein Ziel erreicht hast?“ kann das Ziel konkretisiert werden. Lautet die Antwort „...dass ich nicht mehr stottere“ wird weitergefragt: „Und was tust du dann, wenn du nicht mehr stotterst?“ Es geht darum, eine positive und konkrete Zielformulierung zu finden. Wenn das zu diesem Zeitpunkt noch nicht gelingt, ist das kein Problem und kann im Verlauf der Enttabuisierung konkreter werden.

Dann wird gezählt, wie viele Blätter zwischen dem Ausgangspunkt und dem Ziel liegen. Damit kann erklärt werden, dass das Stottern nicht auf die Schnelle beherrschbar wird, sondern dass ein Weg vor dem Kind liegt, auf dem es viel über Stottern lernt, mutiger und ein Spezialist für Sprechen und Stottern wird, der sich am Ende zu helfen weiß, wenn ein Stottereignis auftritt.

Die vom Kind gewählten Skalen-Punkte werden zum Vergleich im weiteren Therapieverlauf festgehalten.

1.2.3_Fragen zur Motivation

Die Sätze werden ausgeschnitten und dem Kind vorgelegt.

Außerdem gibt es eine Karte mit der Aufschrift „Ja“ und eine mit „Nein“ die im Abstand von etwa 40 cm voneinander liegen. Das Kind soll nun die Aussagen so nahe bei „Ja“ oder „Nein“ einordnen, wie es seiner Meinung nach zutrifft. Im Gespräch werden die Hintergründe für diese Aussage geklärt.

Ich komme zur Therapie

- weil ich nicht mehr stottern will
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich weniger stottern will
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich besser reden will – zu Hause/ in der Schule/ mit Freunden
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich flüssiger vorlesen will
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich Englisch ohne Stottern sprechen will
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich mich nicht mehr über mein Stottern ärgern will
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich mich nicht mehr schämen will, wenn ich stottere
-

Ich komme zur Therapie

- weil das interessanter ist, als immer nur Schule und zu Hause
-

Ich komme zur Therapie

- weil Mama und Papa das wollen
-

Ich komme zur Therapie

- weil die Lehrer das wollen
-

Ich komme zur Therapie

- weil ich das gewöhnt bin
-

Ich komme zur Therapie

- weil das Spielen Spaß macht

1.2.4_Metaphern Vertrag

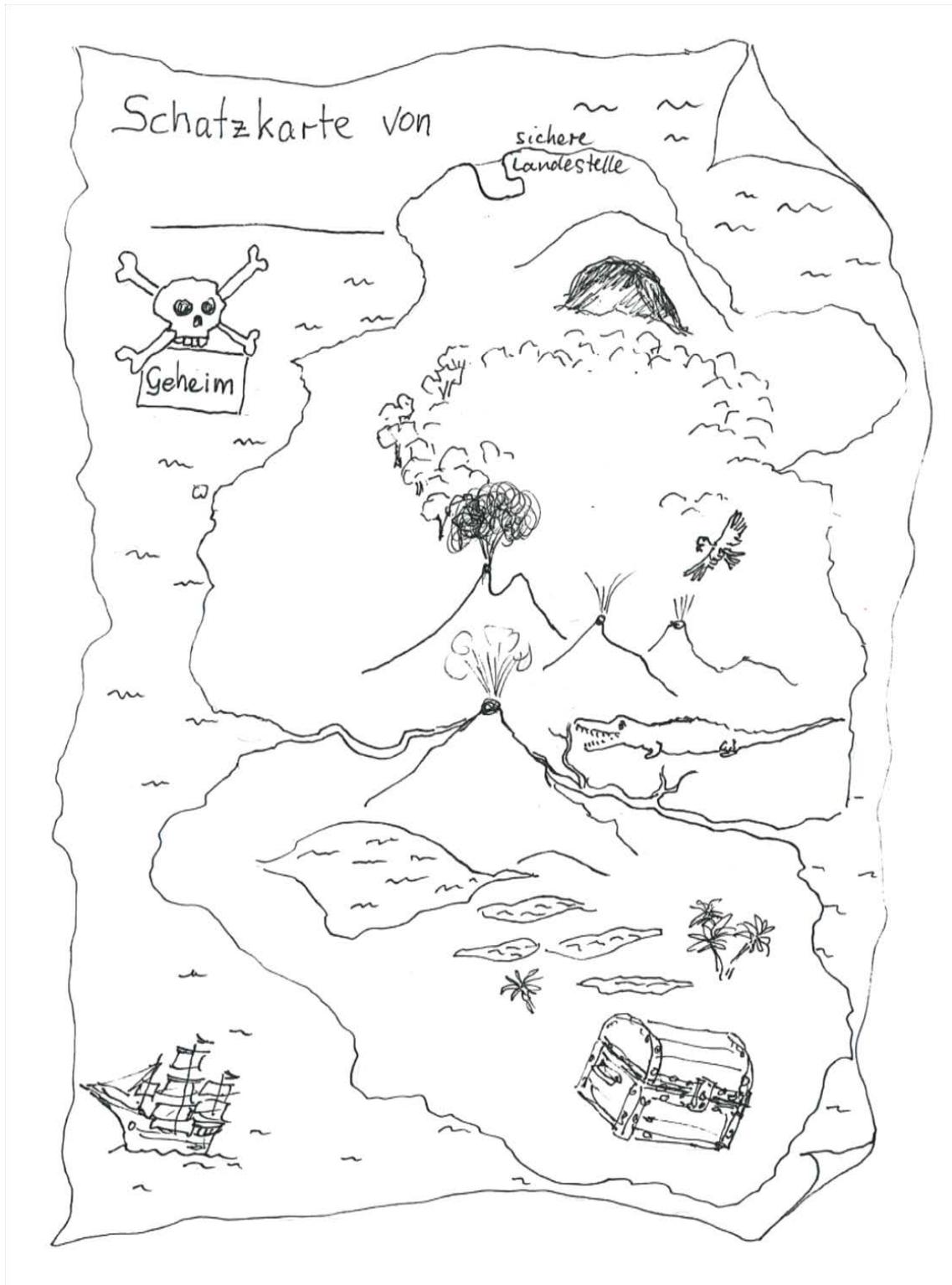
Zusammen mit dem Kind wird eine anschauliche Metapher aus einem Bereich entwickelt, für den es sich begeistert und den es mit positiven Erfahrungen verbindet (z.B. Rennstrecke, Detektivausweis, Fußballfeld, Schloss, Abenteuerreise, Gürtelprüfung beim Judo, Ausbildung zum Piloten). Hier kann auch verzeichnet werden, was alles im Laufe der Therapie trainiert wird. Außerdem wird gezeigt, dass manchmal Umwege nötig sein können, um das Ziel zu erreichen, die noch nicht vorhergesehen werden können. Deshalb muss man von Zeit zu Zeit schauen, ob man noch auf dem richtigen Weg ist und wie man weiter vorgehen will (Bilanzgespräche). Die Gestaltung dieser Metapher kann als Hausaufgabe oder über mehrere Termine hinweg in den letzten 5 Minuten einer Stunde stattfinden. In dieser Zeit gibt es Gelegenheit, im Gespräch das Wissen über Ziele und Ablauf von KIDS zu vertiefen. Alternativ kann mit Mat_1.4.2_Schwerpunktwahl zur Vertragsarbeit gearbeitet werden.

Elemente	Schatzsucher	Fußballer
1. Sprechen und Stottern erforschen	Herausfinden, wo Schätze liegen und was man braucht	Herausfinden, was man schon gut kann und was man noch üben muss
2. Mutproben	Kleine und immer größere Schatzsuchen zum Üben	Training und Übungsspiele
3. Stottern leichter machen	Hindernisse überwinden	Elfmetertraining, den Gegner austricksen
4. Im Alltag verwenden	Echte Expedition	Echte Spiele

Elemente	Rennfahrer	Reiter
1. Sprechen und Stottern erforschen	Rennauto fahren lernen	Pferd kennenlernen, Reiten lernen
2. Mutproben	Üben auf immer schwierigeren Strecken	Ausreiten und Probeturniere
3. Stottern leichter machen	Gefährliche Situationen meistern	Was tun, wenn das Pferd bockt
4. Im Alltag verwenden	Echte Rennen fahren	Turniere

Elemente	Spielkonsole	Judo
1. Sprechen und Stottern erforschen	Spiel an der Konsole lernen	Judowürfe lernen
2. Mutproben	Immer höhere Levels	Übungsrandoris
3. Stottern leichter machen	Helfer aktivieren	Sich aus Halte- und Würgegriffen befreien
4. Im Alltag verwenden	Im höchsten Level spielen	Turniere

1.2.5_Visualisierung Vertrag



1.2.6_Beispiel Vertrag

Paul (9 Jahre) mit seiner Familie

Eltern (mündliche Vereinbarung, in der Akte festgehalten)

- Stottertherapie nach KIDS
- Ziel: leichteres Stottern, Fähigkeit, es zu kontrollieren, Selbstsicherheit, v.a. in der Schule, d.h. Paul kann sich verteidigen, vermeidet das Stottern nicht mehr und traut sich mit Mitschülern zu sprechen, im Unterricht mündlich mitzuarbeiten

Elterngespräche mit beiden Eltern zusammen

- Mutter bringt Paul 1x wöchentlich/macht mit Paul Hausaufgaben
- Vater bringt bei Gelegenheit, wird von der Mutter informiert
- Mutter informiert Lehrer bzgl. Nachteilsausgleich, gibt Lehrern Informationsmaterial
- Metapher: Flugschein (Vater und Sohn sind begeisterte Flugzeugliebhaber)

Paul (Diktiert der Therapeutin)

- Ziel: ein Flugzeug auch bei Sturm starten/landen/fliegen
- Das Stottern leichter machen. In der Schule aufzeigen und ein Referat halten. In der Pause mit anderen Kindern sprechen.

Therapiestunden: Wissen über Flugzeuge, Luftverhältnisse etc. übertragen auf Stottern und Sprechen

- Fliegen lernen im Flugsimulator: absichtliches Stottern, Sprechtechniken
- Übungsflüge – mit bekannten und fremden Leuten sprechen
- Echte Flüge – in der Schule

Flugschüler/Kind

- Übt selbst – Hausaufgaben – nach Absprache auch mit der Mama
- Bleibt dran, auch wenn's mal schwierig wird

Therapeutin

- Fluglehrer muss gut unterrichten und die Schwierigkeiten kennen. Wenn es geht Übungen ausdenken, die Spaß machen.

Eltern-Kind (Mündliche Vereinbarung, in der Akte festgehalten)

- Hausaufgaben nur, wenn vorher abgesprochen
- Wenn Elterngespräch, berichten die Eltern Paul von den Inhalten, wenn er interessiert ist
- Paul berichtet den Eltern von Stunden
- Die Mama ist meistens am Ende der Stunde mit im Therapieraum

1.3.1_Wochenreport Eltern

Bericht zu den Hausaufgaben und zum aktuellen Stand

Datum _____

Allgemein

- Wie war das Sprechen seit dem letzten Termin?
- Wie ist die Sprechfreude im Vergleich zum letzten Mal?
- Gab es besondere Vorkommnisse, die damit in Verbindung stehen?

Hausaufgabe

Durchgeführte Übung _____

- Wie schafft das Kind die Übung? Was kann es leicht? Was fällt ihm schwer?
- Sind Stotterereignisse nach der Übung anders als vorher? Beschreiben Sie sie bitte.
- Zeigt sich der Effekt nur für kurze Zeit oder längerfristig? Wie lange?
- Spricht das Kind weiterhin offen über Stottern?
- Beobachten Sie, dass das Kind auch außerhalb der Übungen etwas anzuwenden versucht? Wie reagieren Sie darauf?
- Wie oft konnten sie das beobachten?

1.3.2_Wochenreport Eltern Tabelle

Bitte tragen Sie den beobachteten Grad der Anspannung und die beobachtete Vermeidung für jeden Tag ein.

Datum								
Anspannung im Symptom	5							
	4							
	3							
	2							
	1							
	0							

Vermeidung von Stottern	5							
	4							
	3							
	2							
	1							
	0							

0 = nicht beobachtbar, 1 = fast nicht bemerkbar, 2 = leicht, 3 = deutlich erkennbar, 4 = sehr deutlich, angestrengt oder behindernd, 5 = stärkste Ausprägung

Anmerkungen:

Datum								
Anspannung im Symptom	5							
	4							
	3							
	2							
	1							
	0							

Vermeidung von Stottern	5							
	4							
	3							
	2							
	1							
	0							

0 = nicht beobachtbar, 1 = fast nicht bemerkbar, 2 = leicht, 3 = deutlich erkennbar, 4 = sehr deutlich, angestrengt oder behindernd, 5 = stärkste Ausprägung

Anmerkungen:

1.4.1_Fragebogen zur Stottertherapie

1. Die Stottertherapie ist für mich im Moment

sehr wichtig *wichtig* *geht so* *nicht wichtig* *überflüssig*

2. Ich mache die Stottertherapie, weil ich folgendes Ziel erreichen will:

3. Wenn ich das Ziel erreicht habe, habe ich dadurch folgende Vorteile:

4. Ich bin bisher dem Ziel nähergekommen:

gar nicht *ein bisschen* *mittel* *viel*

5. Wem ist die Stottertherapie wichtig?

Mir selbst *Mutter* *Vater* *Therapeut* *andere*

Wenn andere: wer?

6. Ich will das anwenden, was ich in der Therapie lerne.

ja, und zwar jetzt

ja, aber später einmal

weiß nicht, vielleicht später einmal

nein, nie

7. Ich werde das anwenden, was ich in der Therapie lerne.

zu Hause

in der Freizeit

in der Schule

8. In der Stottertherapie hat mir nicht gefallen:

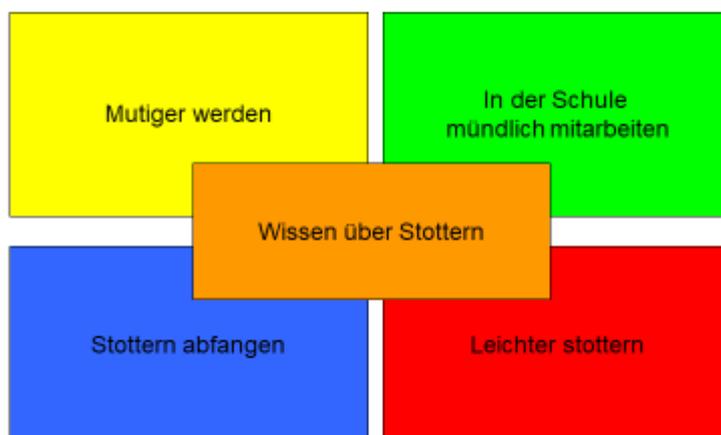
9. In der Stottertherapie fand ich bisher folgendes gut:

1.4.2_Schwerpunktwahl

Vertragsarbeit Schwerpunkte wählen

Um in der Vertragsarbeit mit einem Kind Ziele, Schwerpunkte und Vorgehensweise zu Beginn der Therapie oder in Bilanzgesprächen zu besprechen und festzuhalten, kann die bestehende Vorlage individuell angepasst, erweitert und immer wieder aktualisiert werden.

Ziele von _____



Über Stottern Bescheid wissen

Mein Ziel: _____

Sprechen erforschen	Stottern bei Anderen erforschen
Eigenes Stottern erforschen	Anderen Stottern erklären

Mutiger werden

Mein Ziel: _____

Telefon	Interview
Ins Geschäft gehen	Leute ansprechen

In der Schule mündlich mitarbeiten

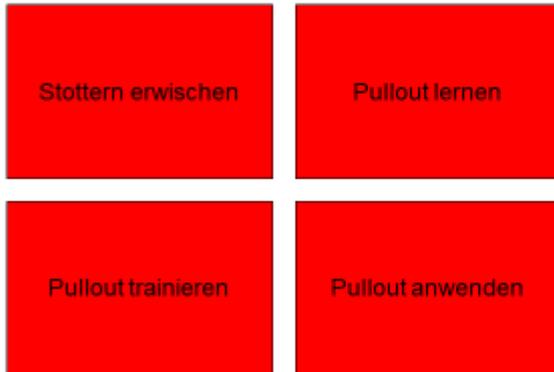
Mein Ziel: _____



Stottern abfangen



Leichter stottern



2 Desensibilisierung

2.1 Enttabuisierung

- 2.1.1_ Elterninformation Desensibilisierung
- 2.1.2_ Anstoßexperiment
- 2.1.3_ Zwiebelschalenmodell
- 2.1.4_ Information Ursache des Stotterns
- 2.1.5_ Vorurteile
- 2.1.6_ Stachelbild
- 2.1.7_ Stotterquiz
- 2.1.8_ Mutleiter
- 2.1.9_ Familientermin
- 2.1.10_ Schulbesuch

2.2 Desensibilisierung gegen die Symptomatik

- 2.2.1_ Einführung Pseudostottern
- 2.2.2_ Elterninformation Pseudostottern
- 2.2.3_ Kleine Boten Pseudostottern
- 2.2.4_ Wasserscheu-Metapher
- 2.2.5_ Visualisierungen Pseudostottern
- 2.2.6_ Fehleranalyse Pseudostottern
- 2.2.7_ Hausaufgaben Pseudostottern

2.3 Desensibilisierung gegen Zuhörer

- 2.3.1_ Wegemodell
- 2.3.2_ Eisberg
- 2.3.3_ Abenteuer
- 2.3.4_ Mutbaum-Löwenherde
- 2.3.5_ Angsthierarchie Auswahlmenge
- 2.3.6_ Stressometer
- 2.3.7_ In vivo Arbeit
- 2.3.8_ Protokoll Zuhörerreaktionen
- 2.3.9_ Laufzettel
- 2.3.10_ Umfragen

2.1.1_Elterninformation Desensibilisierung

Was ist Angst?

So gut wie alle Menschen kennen das Gefühl von Angst. Angst warnt uns vor Gefahren und macht uns vorsichtig, z.B. beim Überqueren einer gefährlichen Straße. Angst ist dann ein wichtiger Freund und wir brauchen sie, damit wir uns schützen und vorsehen. Angst kann sogar Spaß machen, wenn man an den Nervenkitzel in der Achterbahn denkt.

Menschen empfinden Ängste in realen Gefahren (z.B. kritische Verkehrssituation, laut pöbelnde Passanten). Dann sprechen wir von realen Ängsten. Es gibt aber auch Ängste vor nicht real bestehenden Bedrohungen (z.B. Angst vor dem Dunkeln, vor Geistern beim Einschlafen, Ängste, in die man sich hineingesteigert hat), also irrealen Ängste.

Angst und Sicherheitsgefühl stehen in einem Wechselspiel miteinander. Je sicherer wir uns fühlen, desto weniger Angst kann sich breit machen und umgekehrt. Es kann Probleme mit sich bringen, wenn Sicherheit und Angst nicht in einem guten Verhältnis zueinander stehen.

Wenn die Angst überwiegt leidet man darunter. Man erkennt möglicherweise keine Lösungswege mehr, fühlt sich in seinem Handeln eingeschränkt, verliert den Boden unter den Füßen. Wenn man sich zu sicher fühlt, sieht man möglicherweise Gefahren nicht rechtzeitig oder unterschätzt sie.

Daher darf eine Therapie die Angst nicht beseitigen. Es geht vielmehr darum, ein gutes Gleichgewicht von Angst und Sicherheitsgefühl herzustellen, reale und irrealen Ängste unterscheiden zu lernen und irrealen Ängste zu verringern.

Stottern und Angst

Es gibt das Vorurteil, dass Stotternde deshalb stottern, weil sie ängstlicher sind, als andere Menschen. Das ist falsch. Was wohl sein kann ist, dass das Stottern Angst macht. Stottern kann Angst machen, weil

1. man im Stottern die Kontrolle über die Sprechbewegungen verliert.
2. man sich für das Stottern schämt und es deshalb nicht wieder erleben will.
3. man ungeduldige oder verletzende Reaktionen von Zuhörern erfahren hat.
4. man schon von vorneherein erwartet, dass sich alle Zuhörer ablehnend verhalten.

Beim Stottern besteht oft eine Mischung aus realen Ängsten (manche Zuhörer reagieren tatsächlich ablehnend oder irritiert) und irrealen Ängsten (für Stottern muss man sich nicht schämen und längst nicht alle Zuhörer reagieren negativ).

Wenn man Angst vor etwas hat, versucht man häufig, es zu vermeiden. Wenn ein Wanderweg quer über eine Wiese mit einem gefährlichen Bullen führt, sucht man aus Angst gerne einen sicheren Umweg. Und viele Menschen vermeiden aus Angst schwierige Gespräche oder Telefonate. Genauso vermeiden Stotternde das Stottern. Das kann man auf verschiedene Weise machen.

1. Man spricht nicht (z.B. kein Aufzeigen in der Schule, kein Telefonieren)
2. Man lässt andere für sich sprechen
3. Man nimmt ein anderes Wort (z.B. „Wagen“ statt „Auto“ oder „Vanilleeis“ statt „Schokoeis“)
4. Man verändert sein Sprechen (flüstert, spricht abgehackt, baut häufig „ähm“ und „also“ ein, bis das Wort danach flüssig rauskommt.)

Der Vorteil: man muss nicht oder nur selten stottern. Der Nachteil: man bekommt ein Vanilleeis statt dem Schokoladeneis, das man eigentlich gewollt hätte. Und der zweite Nachteil: mit jedem erfolgreichen Vermeiden wächst der irrealer Teil der Angst. Und damit wächst auch der Leidensdruck. Und manche Stotternde schämen sich dafür, dass sie Angst haben und verbergen nicht nur das Stottern, sondern auch die Angst davor. Sie geben sich cool und sprechen nicht darüber und machen alles mit sich selbst aus. Leider wird dadurch die Angst nicht kleiner, sondern sie wächst.

Gegen Angst hilft Mut - Desensibilisierung

Bei Kindern sind diese Ängste oft noch gering, manchmal auch gar nicht vorhanden. Darum geht es hier meistens darum, der Entstehung von unrealen Ängsten in Verbindung mit Stottern vorzubeugen. Aber auch wenn schon Ängste entstanden sind, kann etwas getan werden. In der Stottertherapie wird daran gearbeitet, dass das Kind mutig bleibt oder mutiger wird.

Ihr Kind wird in der Stottertherapie mit der Therapeutin eine Mutleiter erstellen. Ganz oben auf der Leiter ist ein großes Ziel, das jetzt noch extrem viel Angst auslöst, z.B. vor der Schulklasse ein Referat zu halten. Ganz unten steht etwas, was keine Angst macht. Und dazwischen sind einige Zwischenschritte, die weniger Mut erfordern. In der Therapie und im Alltag wird ihr Kind viele kleine „Mutproben“ bestehen, die gerade nur so angsteinflößend sind, dass es sie sich noch gut zutraut. Und so wird es Schritt für Schritt mutiger werden. Dieses Vorgehen nennt man „Desensibilisierung“. Sie kennen so ein ähnliches Vorgehen vielleicht bei Wasserscheu, Flugangst oder Angst vor Spinnen.

Eltern können ihr Kind dabei sehr gut unterstützen.

Beobachten Sie, ob sich ihr Kind wegen Ängsten vor dem Sprechen oder dem Stottern zurückzieht und vermeidet. Schenken sie ihrem Kind Aufmerksamkeit und Anerkennung, wenn es sich selbstständig und ohne Vermeidung verhalten hat. Machen sie ihm bewusst, dass es sich dafür selbst loben darf.

Erwarten Sie vom Kind nur das, wofür sein Mut auch wirklich reicht und wenn es vor unangenehmen Erfahrungen ausreichend geschützt ist. Wenn das Kind und Sie eine Mutprobe vereinbart haben, sollten Sie nicht mehr nachgeben. Denn wenn Sie nachgeben denkt Ihr Kind „auch meine Eltern finden die Mutprobe zu gefährlich“ und seine Angst wird größer. Allerdings sollte man mit dem Kind eine weniger beängstigende Alternative aushandeln, wenn es seinen Mut überschätzt hat. Grundsätzlich ist wichtig, dass beide Eltern und die Therapeutin sich einig sind, dass das Kind eine bestimmte Aufgabe schaffen kann, so dass sie sich nicht gegenseitig in den Rücken fallen.

Im Gespräch mit der Therapeutin finden sie heraus, was sie alles für Ihr Kind zur Desensibilisierung tun können. Weitere Anregungen finden Sie auch im Elternratgeber von Peter Schneider *“Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen. Ratgeber für Eltern und alle, die mit stotternden Kindern zu tun haben”* aus dem Natke Verlag.

2.1.2_Anstoßexperiment

(in Anlehnung an Sandrieser & Schneider 2015, S. 203)

Benötigt werden Stift und Papier, das am besten am Tisch mit Tesafilm befestigt ist.

Anleitung:

Wir machen jetzt ein Experiment, bei dem man Leuten, die keine Ahnung von Stottern haben zeigen kann, wie es ist, wenn man plötzlich nicht sagen kann, was man will. Bitte schreib mal ganz ordentlich zehnmal deinen Namen (alternativ: zehn schöne Kreise) hier auf dies Blatt Papier. Während du schreibst, passiert etwas. Das gehört zum Experiment.

Während das Kind schreibt, stößt die Therapeutin an den Ellenbogen des schreibenden Arms, aber auch den Stift selbst. Ist das Kind sehr irritiert, betont sie, dass es unfair ist, solch eine Aufgabe zu stellen und einen dann anzustoßen, weist auf das Experiment hin und bittet es, weiterzuschreiben.

Nach dem Schreiben findet eine kurze Reflexion statt. Hierbei wird das Zwiebelschalenmodell genutzt, um die Beobachtungen festzuhalten.

Mögliche Fragestellungen

- Wo ist das Schreiben gut gelungen?
- Wo nicht, was ist passiert?
- Was hast du gedacht, als ich dich zum ersten Mal angestoßen habe? Und nach dem 10ten Mal?
- Was hast du gemacht, damit du besser schreiben kannst?
- Was hättest du am liebsten getan?
- Wie hast du dich gefühlt? (ggf. Gefühle zur Auswahl anbieten). Wie wäre es, wenn das bei einem Diktat so ginge?
- Welche Note würdest du dir für diese Schrift geben? Ist es fair, sie zu benoten?
- Hast du eine Idee, was das Experiment mit dem Stottern zu tun hat?

Rollentausch und Reflexion mit einem zweiten Zwiebelschalenmodell.

Bei Befangenheit des Kindes darauf hinweisen, dass das Anstoßen ja zum Experiment gehört und dass man nicht schimpfen wird.

Ggf. Durchführung des Experiments mit der Mutter.

Vergleich der unterschiedlichen Zwiebelschalenmodelle

Ankündigung, dass die ganze Familie eingeladen wird und dann das Anstoßexperiment durchgeführt wird.

An das Anstoßexperiment schließt direkt die Stotterzwiebel an.

Anstoßzweibel von _____

Male in die Mitte das Anstoßen. Male außen rum die Zwiebelschalen. Dahinein schreibst du alles, was du getan, gedacht und gefühlt hast. Male für jedes eine neue Schale.

2.1.3_Zwiebelschalenmodell

von _____

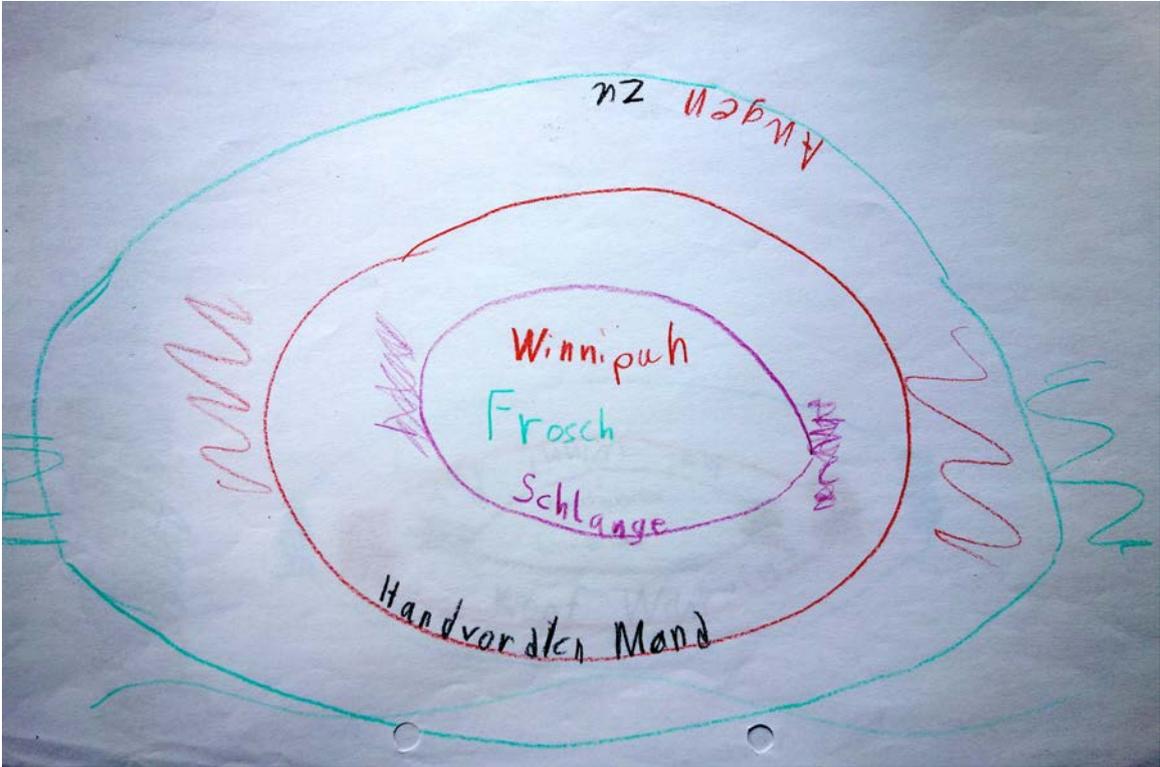
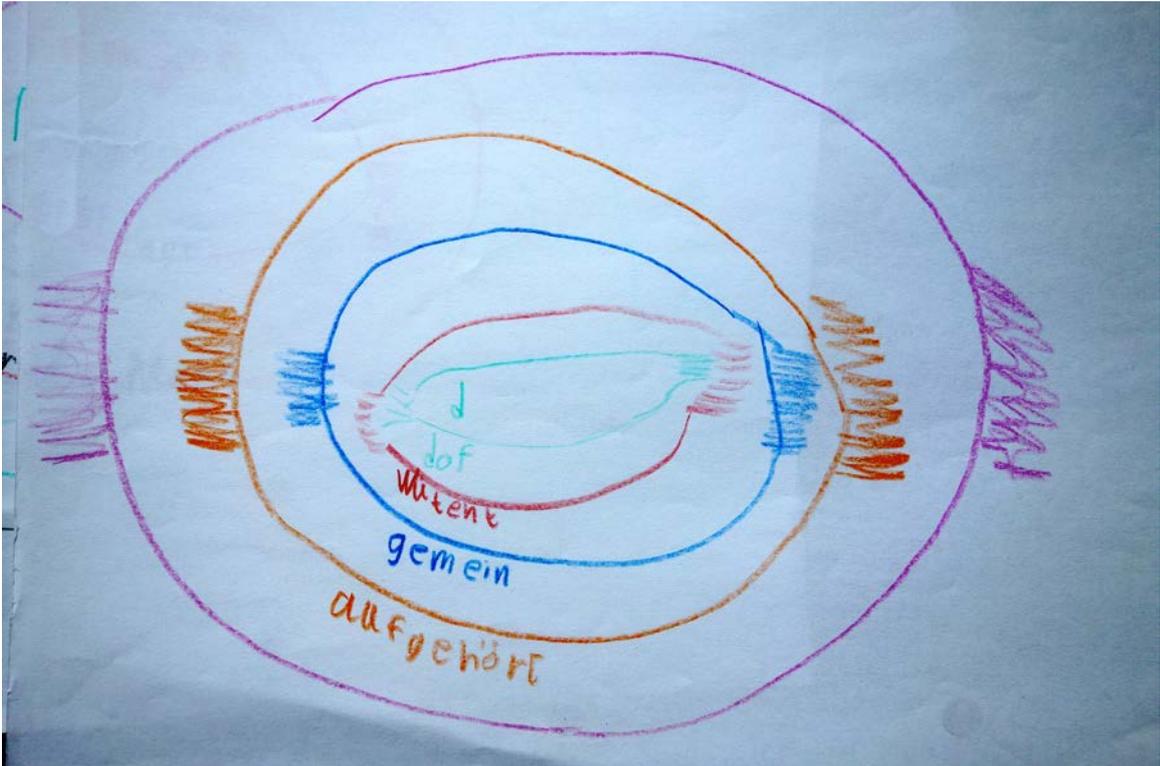
Male in die Mitte einen Kreis für das Stottern. Das ist der Zwiebelkern

Welche von den drei Stotterarten kommen vor?

1. Wiederholungen wie „Ma-ma-maus“
2. Langziehen wie „Fffffisch“, man sagt auch „Dehnung“
3. Steckenbleiben wie „---Kuchen“, man sagt auch „Block“ oder „Blockierung“

Male außen rum die Zwiebelschalen. Dahinein schreibst du Verhalten, Gedanken und Gefühle die mit dem Stottern zu tun haben. Male für etwas Neues immer eine neue Schale.

Hier siehst Du zwei Stotterzwiebeln von einem anderen Kind.



2.1.4_Information Ursache des Stotterns

Menschen, die stottern, haben dafür eine Veranlagung*. Das heißt, sie sind besonders anfällig für diese Erkrankung. Genauso gibt es Menschen, die besonders anfällig für Husten sind (Asthma) oder für eine kranke Haut (Neurodermitis). Diese Anfälligkeit haben sie von Anfang an, auch wenn das Stottern bei den meisten Kindern erst mit 2 oder 3 Jahren oder sogar noch später anfängt. Bei manchen Kindern ist die Anfälligkeit vererbt. Irgendjemand aus der Familie stottert auch. Die Anfälligkeit kann man nicht wegmachen. Bei ein paar Schulkindern geht das Stottern irgendwann von alleine weg. Viele behalten das Stottern aber und lernen in einer Stottertherapie, wie sie das Stottern besser beherrschen können.

*Jeder Mensch hat verschiedene Veranlagungen, der eine hat die Veranlagung zum Fußballspielen, der andere zum Rechnen. Es gibt Veranlagungen über die man sich freuen kann und andere, die einem das Leben schwerer machen können.

Was passiert beim Stottern?

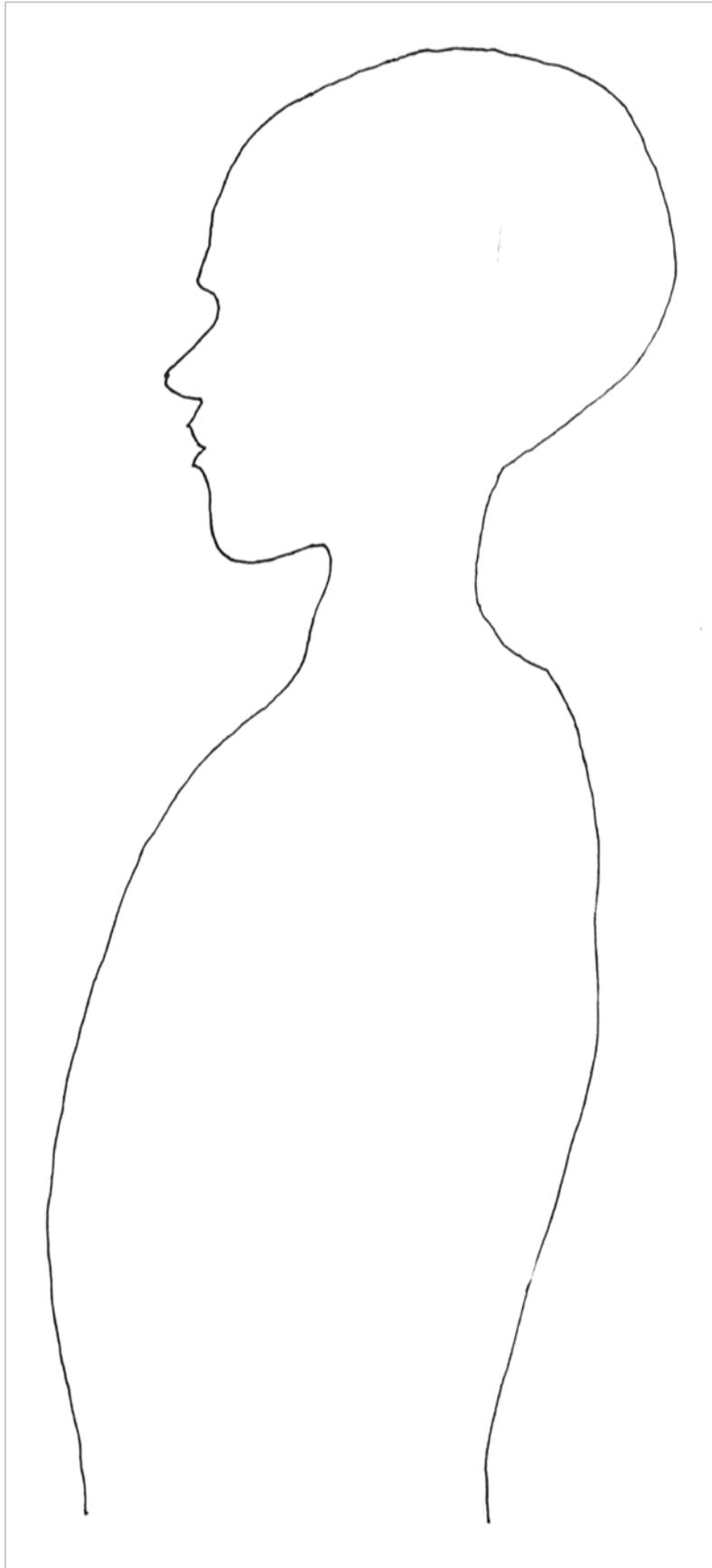
Das kann man sich am besten mit der Geschichte von den kleinen Boten vorstellen:

Die kleinen Boten

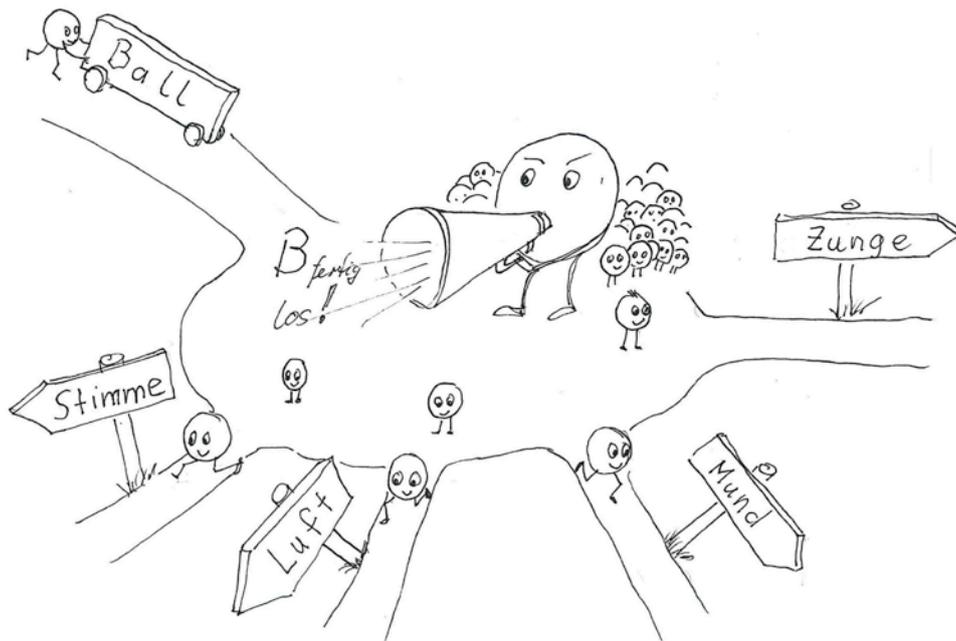
Du spielst gerade Fußball. Damit du ein Tor schießen kannst, muss dein Gehirn kleine Boten zu deinem Bein schicken. Diese laufen durch die Nervenbahnen und sagen deinem Fuß genau, was er tun muss, damit du das Tor auch triffst.

Auch wenn du sprichst ist das so. Die Kommandozentrale für Sprechbewegungen schickt die Boten los. Und wohin schickt sie sie? Beobachte mal, was Du alles bewegst, wenn du das Wort „Ball“ sagst.

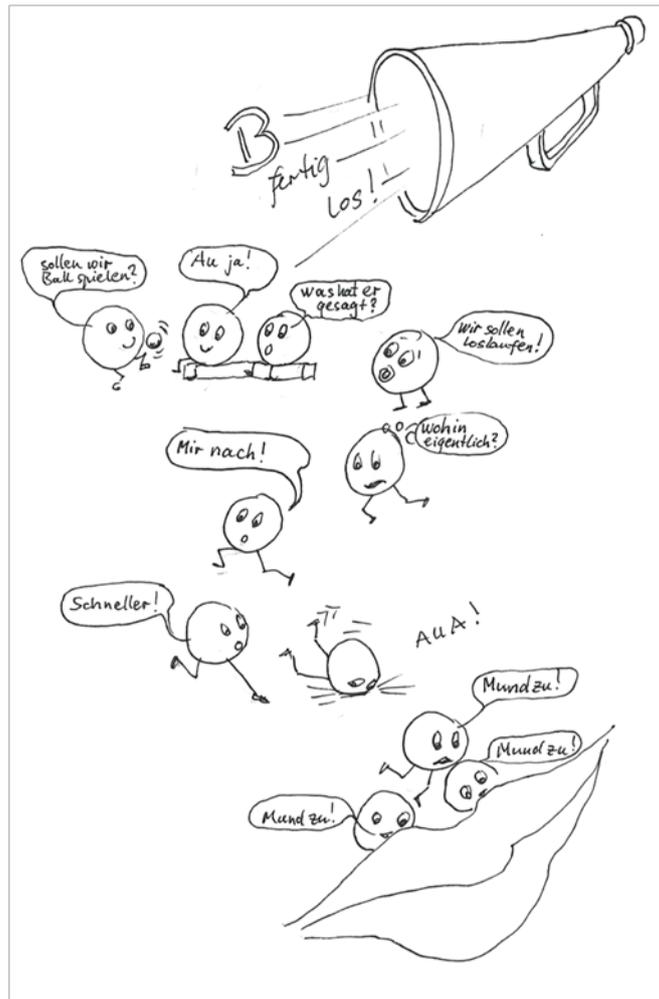
Zeichne in das Bild die Wege der kleinen Boten ein.



Lippen, Zunge, Stimmbänder, Bauch und die Kiefermuskulatur sind wie eine Mannschaft. Wenn alle Boten im richtigen Moment bei den einzelnen Spielern der Sprech-Mannschaft ankommen sprechen wir flüssig.



Doch manchmal kommen die Boten nicht im richtigen Moment oder an der richtigen Stelle an. Die einzelnen Spieler in der Sprech-Mannschaft bekommen falsche Kommandos. Dann stottert man. Die kleinen Boten machen das nicht mit Absicht, im Gegenteil, sie bemühen sich sehr, alles richtig zu machen. Doch sie haben vielleicht nicht gut zugehört oder der Chef in der Sprechzentrale hat sie in die falsche Richtung oder zu spät losgeschickt. Alles kommt durcheinander. Der Sprechchef hat die Kontrolle verloren. Am Ende kommen die Boten nicht im richtigen Moment an der richtigen Stelle an und dein Mund, deine Stimmbänder oder die Zunge bekommen nicht die richtigen Aufträge. Dann wiederholst du Bewegungen, ziehst Laute lang oder dein Mund bleibt ganz stehen.



Dann hilft es nicht, die Sprechzentrale, die kleinen Boten oder die Sprech-Mannschaft zu beschimpfen oder anzutreiben. Sie geben ja ihr Bestes. Und wenn man ihnen Druck und Stress macht, machen sie mehr Fehler. In der logopädischen Therapie lernst du, wie du der Sprechzentrale und den kleinen Boten helfen kannst, so dass sie schnell wieder die richtigen Botschaften an die Sprech-Mannschaft bringen.

Besonders schwer haben es der Chef in der Sprechzentrale und die kleinen Boten, wenn du aufgeregt bist oder Angst vor dem Sprechen hast. Oder wenn du denkst: bestimmt stottere ich gleich, was mach ich nur? Deshalb geht es in der logopädischen Therapie auch darum, sich ein dickes Fell zuzulegen. Das bedeutet, dass du mutiger wirst und dir das Stottern nicht mehr so viel ausmacht. Dann haben es die kleinen Boten leichter. Es ist nicht deine Schuld, dass bei dir die Boten häufiger falsch losgeschickt werden oder ausbleiben. Deine „Sprechzentrale“ arbeitet meistens fehlerfrei, eben wenn Du ungestört sprechen kannst. Doch sie kommt leichter durcheinander, so wie es manche Kinder gibt, die gut Kopfrechnen können und andere, die dabei schnell mal einen Fehler machen.

Modifiziert aus Sandrieser&Schneider (2015, S. 204-205). Illustrationen P. Schneider

2.1.5_Vorurteile

Einführung:

Viele Menschen, Kinder genauso wie Erwachsene, Stotternde und Leute, die nicht stottern, wissen ganz wenig Richtiges über Stottern und oft viel Falsches.

Information

- Unter den stotternden Kindern gibt es genauso viel schlaue und nicht so schlaue wie bei den Kindern, die nicht stottern. Kinder die stottern und die nicht stottern unterscheiden sich nur durch das Stottern.
- Wenn jemand über Stottern etwas Falsches weiß, verhält er sich falsch, aber meistens nicht mit Absicht.
- Wenn sich jemand über Stottern lustig macht, ist das ein Zeichen, dass er über Stottern überhaupt nicht Bescheid weiß.

Durchführung

- Stotterquiz erst mit dem Kind, ggf. über mehrere Termine jeweils 2-3 Fragen
- Ggf. stellt die Therapeutin einzelne Fragen in vivo oder am Telefon, das Kind registriert die richtigen/falschen Antworten

Möglichkeiten, damit weiterzuarbeiten

- Ggf. Durchführung des Stotterquiz beim Familientermin (nur kleine Auswahl von Fragen)
- Als In-vivo-Übung und Hausaufgabe
- Bei Verwandten und Freunden anrufen und zum Quiz befragen
- Strichlisten für richtige und falsche Antworten, damit bewusst registriert wird, ob Vorurteile bestanden
- Im Rollenspiel vorbereiten wie Vorurteile richtiggestellt werden können
- Im Rollenspiel vorbereiten wie sich interessiertes Nachfragen von Hänkeln unterscheidet und wie man darauf gut reagiert
- Zum Umgang mit Hänkeln siehe dort

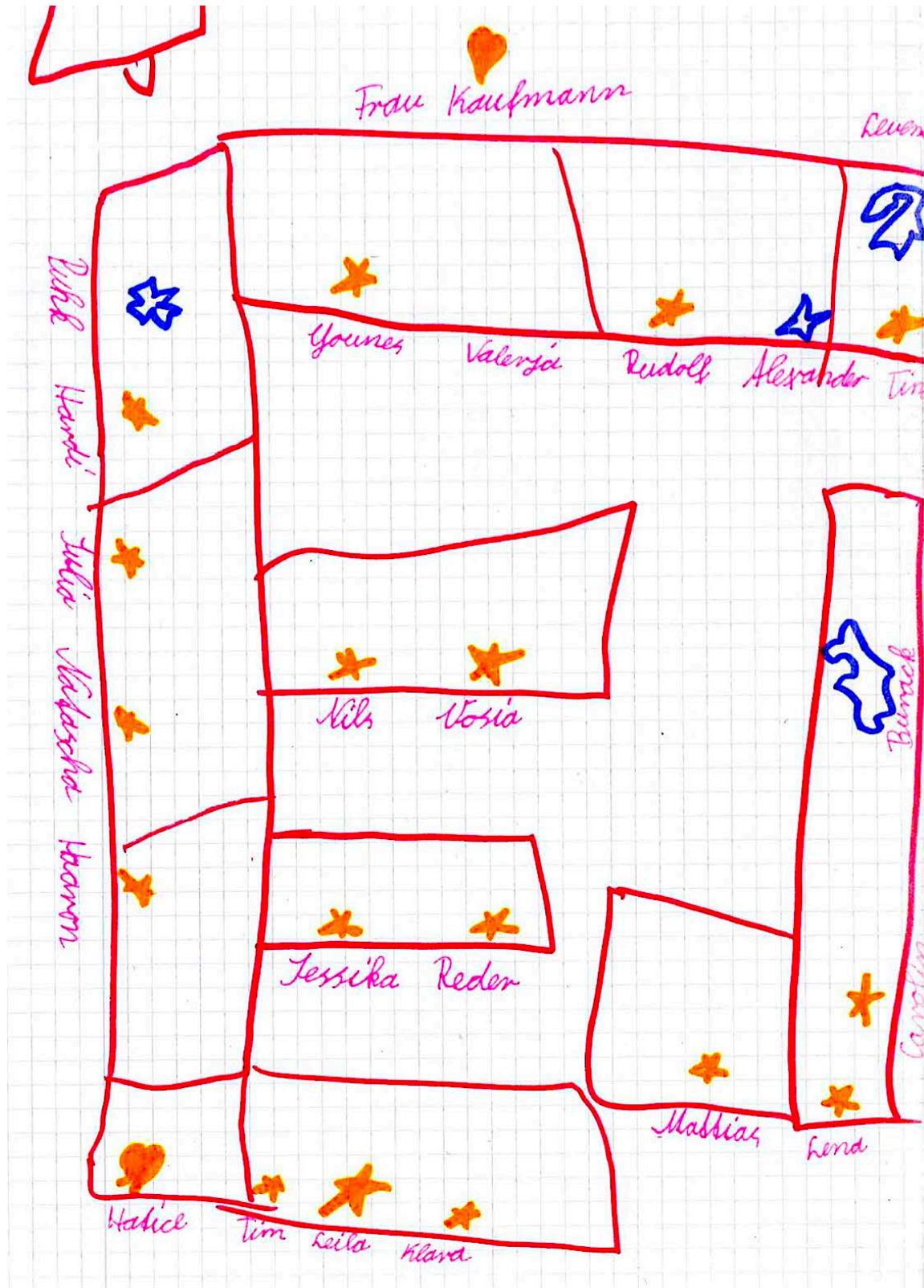
2.1.6_Stachelbild

Mein Klassenzimmer

Zeichne bitte Dein Klassenzimmer. Wo sitzt Du? Wo sitzen nette Kinder? Und wo die Kinder, die ärgern? Zeichne den Kindern, die nett zu dir sind Blütenblätter, Herzen oder Sonnenstrahlen. Wenn sie besonders nett sind oder deine Freunde, dann auch mehrere. Zeichne den Kindern, die dich ärgern Stacheln, je mehr sie ärgern, desto mehr Stacheln. Hast du selber auch Stacheln? Gegen wen?

(In Anlehnung an Sandrieser & Schneider 2015 S. 206)

Hier siehst du, wie ein anderes Kind sein Klassenzimmer gezeichnet hat. Die Namen hat es der Therapeutin diktiert.



Anleitung Stachelbild

(Aus Sandrieser & Schneider 2015 206-207)

Das Kind zeichnet sein Klassenzimmer mit der Sitzordnung (ggf. zeichnet auch die Therapeutin das ihre, um besser ins Gespräch zu kommen). Während man in die Sitzordnung die Namen einträgt, ergibt sich ein Gespräch über die Mitschüler und die Lehrer. Folgende Themen können angesprochen werden:

- Der eigene Sitzplatz, Verhältnis zum Banknachbar
- Schulfreunde, Kontakte außerhalb der Schule
- Tätigkeiten in den Pausen
- Lieblingsfächer, unbeliebte Fächer
- Lehrer, ihre Beliebtheit, ihre Art abzufragen
- Wissen die Lehrer, dass das Kind stottert? Gibt es Absprachen oder einen Nachteilsausgleich?
- Mündliche Beteiligung, mündliche Noten, Vorteile oder Nachteile durch das Stottern?
- Unangenehme oder bedrohliche Mitschüler, warum sind sie unangenehm?

Für den letzten Punkt malt das Kind den betreffenden Mitschülern eine bestimmte Menge an „Stacheln“, um zu verdeutlichen, wie „bedrohlich“ es den oder die Betreffende erlebt. Dabei darf nicht vergessen werden, das Kind zu fragen, ob es auch selbst „Stacheln“ hat. Auch die Zuneigung zu Mitschülern kann so eingezeichnet werden, z.B. anhand von „Blütenblättern“ oder „Sonnenstrahlen“. Anhand dieses Bildes kann man nun mit dem Kind überlegen, ob es zufrieden ist mit seiner Situation, wo es sich durch sein Stottern eingeschränkt fühlt und wie ein mögliches Zielverhalten ausschauen könnte. [Hier kann sich eine Konkretisierung der Vertragsziele ergeben, die schriftlich im Therapievertrag festgehalten wird.]

Es muss jedoch bewusst sein, dass dies keine objektive Darstellung ist, sondern das Bild, wie das Kind seine Schulsituation sieht oder wie es sie von der Therapeutin gesehen wissen will. Wenn es Hinweise gibt, dass sich das Kind ausgegrenzt oder unwohl in der Klasse fühlt ist es sinnvoll, ohne die Inhalte des Stachelbildes preiszugeben (das wäre ein Vertrauensbruch) die Eltern und ggf. die Lehrer nach der Schulsituation zu fragen. Mit dem „Stachelbild“ kann man gut Veränderungen der schulischen Situation im Laufe der Therapie verfolgen.

2.1.7_Stotterquiz

Stotterquiz 1

	richtig	falsch	Weiß nicht
1. Es gibt gute Sportler, die stottern.			
2. Auch Katzen können stottern.			
3. Nur dumme Menschen stottern.			
4. Das eigentliche Stottern sind Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen.			
5. Stottern bekommen nur die Kinder, die die Veranlagung dazu haben.			
6. In einer Stottertherapie lernt man, wie man gut mit dem Stottern klarkommt.			
7. Wenn man stottert, kann man kein Lehrer oder kein Radiosprecher werden.			
8. Wenn man stottert ist man nicht ganz normal.			
9. Wenn man stottert sollte man besser aufhören zu sprechen oder ein anderes Wort nehmen.			
10. Stottern kommt, wenn man als Baby zu viel gekitzelt wurde.			
11. Lehrer müssen eine schlechte Note geben, wenn jemand stotternd vorliest.			
12. Man soll Stotternden ganz normal zuhören und in die Augen schauen.			

Stotterquiz 2

	richtig	falsch	Weiß nicht
1. Das eigentliche Stottern sind Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen.			
2. In Deutschland leben 800 000 Stotternde, mehr Menschen als in Frankfurt oder Düsseldorf.			
3. Beim Stottern verliert man die Kontrolle über das Sprechen.			
4. Jeder weiß was Stottern ist und woher es kommt.			
5. Nur dumme Menschen stottern.			
6. Stottern bekommen nur die Kinder, die die Veranlagung dazu haben.			
7. Gegen Stottern hilft tief Luft holen und dann noch einmal sagen.			
8. Stottern muss man verstecken.			
9. Stottern ist jeden Tag gleich.			
10. In einer Stottertherapie lernt man, wie man gut mit dem Stottern klarkommt.			
11. Wenn man stottert, kann man kein Lehrer oder kein Radiosprecher werden.			
12. Es gibt auch Erwachsene und alte Menschen die stottern.			
13. Wenn man stottert ist man nicht ganz normal.			
14. Wenn man stottert sollte man besser aufhören zu sprechen oder ein anderes Wort nehmen.			

15. Stottern kommt, wenn man als Baby zu viel gekitzelt wurde.			
16. Lehrer müssen eine schlechte Note geben, wenn jemand stotternd vorliest.			
17. Stottern ist ansteckend.			
18. Auch wenn man nicht stottert, kann man Angst haben, vom Lehrer aufgerufen zu werden.			
19. Man kann ganz genau vorhersagen, bei wem das Stottern ganz weggeht.			
20. Man soll Stotternden ganz normal zuhören und in die Augen schauen.			
21. Es gibt Stotternde, die weltberühmt geworden sind.			
22. Auch Katzen können stottern.			

2.1.8_Mutleiter

Das Kind überlegt sich eine Situation, in der ihm das angstfreie Sprechen besonders leichtfällt und eine besonders angstbesetzte, in der es wünschenswert ist, mit weniger Angst sprechen zu können. Diese beiden Situationen stellen die unterste und oberste Sprosse der „Mutleiter“ dar, die in kleinen Schritten Mutprobe für Mutprobe nach oben gegangen wird. Manche Kinder sind gut selbst in der Lage, weitere Sprossen für die Mutleiter zu finden – am besten auf Papierstreifen geschrieben, so dass sie in der Hierarchie an die richtige Stelle verschoben werden können. Für andere Kinder hat man am besten eine größere Auswahlmenge von Situationen vorbereitet (Mat_2.3.4_Angsthierarchie Auswahlmenge), die übernommen werden können oder zu eigenen Ideen anregen. Diese Desensibilisierungshierarchie ist nur vorläufig. Im Laufe der Arbeit können Stufen verschoben werden, Zwischenschritte nötig werden etc.

2.1.9_Familientermin

(In Anlehnung an Sandrieser & Schneider, 2015 S. 160 ff)

Nach Möglichkeit wird noch in der Enttabuisierungsphase ein Familientermin durchgeführt, um die Therapie in der ganzen Familie zu verankern, Vorurteile und Unsicherheiten in der Umgebung des Kindes zu verringern, die Familie kennenzulernen und um einen späteren Schulbesuch zu proben.

Inhalte

- Kontrollverlust durch Stottern, Kern- und Begleitsymptomatik
- Ursache von Stottern
- Therapie und Sprechtechniken
- Vorurteile und fairer Umgang mit Stottern

Vorbereitung

- Terminabsprache. Es sollen möglichst alle relevanten Bezugspersonen dabei sein, d.h. Geschwister, Großeltern, Verwandte, ggf. auch die Kinderfrau.
- Materialien zum Mitgeben

Absprache und ggf. Proben mit dem Kind zu den einzelnen Inhalten

- Wer trägt was vor? Ggf. welche Medien werden vorbereitet?
- Möchte das Kind entlastet werden, wenn es in starkes Stottern gerät? Wenn ja, wie?
Mögliche Hilfen: Stottern ankündigen, Hilfen ankündigen, das blockierte Wort gemeinsam sprechen, gemeinsam vorlesen, jemand anderen vorlesen lassen, Handzeichen, wenn das Kind an die Therapeutin abgeben möchte

Durchführung (45 – 60 Minuten)

- Begrüßung, Vorstellung
- Inhaltsübersicht
- Kontrollverlust durch Stottern, Kern- und Begleitsymptomatik
 - Anstoßexperiment: Die Hälfte der Teilnehmer verlässt das Zimmer und wird vor der Tür über ihre Aufgabe, den anderen anzustupsen aufgeklärt. Rollentausch, damit jeder die Erfahrung gemacht hat.
 - Anstoß- und Stotterzwiebel: die Erfahrungen der ganzen Gruppe werden in einer Anstupszwiebel (Tafel, großer Papierbogen) zusammengetragen. Die Analogie zum Stottern wird hergestellt (ggf. sehr kurzer Youtube-Video-Ausschnitt).
- Verursachung von Stottern
 - Geschichte von den kleinen Boten mit Illustration, Teilnehmer sollen die angesteuerten Artikulatoren für zwei oder drei Laute selbst herausfinden.
- Stottertherapie und Sprechtechnik
 - (Muss häufig von der Therapeutin vorgeführt werden, da das Kind die Techniken erst noch lernen wird.). Hinweis auf die Therapiedauer, die Notwendigkeit des Übens und dass Unterstützung der Therapie nicht eigenmächtig, sondern in Absprache mit den Eltern/der Therapeutin erfolgen soll.
- Vorurteile und fairer Umgang mit Stottern
 - Diskussion: was unterstützt den Stotternden, was „nervt“?
 - Vorurteile sind keine böse Absicht, sie kommen davon, dass man nicht Bescheid weiß → Aufklären, Verweis auf mitgegebenes Material
- Ggf. Stotterquiz mit von der Familie gestifteten Preisen
- Zusammenfassung und Verabschiedung

Auswertung

- Reflexion mit dem Kind, Perspektive „Schulbesuch“ klären

2.2.1_Einführung Pseudostottern

Information der Eltern

- Begründung des Pseudostotterns, Wirkungsweise, mögliche Zunahme der Symptomatik
- Darauf aufbauendes Vorgehen, mögliche Mitarbeit der Eltern (Mat_2.2.2_Elterninformation Pseudostottern)

Information des Kindes

- Information ggf. erst nach den ersten Übungen, um beim Kind nicht durch die Erklärung eine verunsicherte Erwartungshaltung zu erzeugen.
- Erläuterung der sprechmotorischen und desensibilisierenden Effekte des Pseudostotterns: Geschichte von den "kleinen Boten" (Mat_2.2.3_kleine Boten Pseudostottern), „Wasserscheu-Metapher“ (Mat_2.2.4_Wasserscheu-Metapher).
- Begriffe mit dem Kind „erfinden“, z.B. „Springer, Hüpfwörter“ oder vorgeben: Froschwörter, Extrastottern, absichtliches Stottern, Pseudostottern.

Übungen

Sollen im Sinne der Gegenkonditionierung Spaß machen!

Beginn auf Wortebene

- Ratespiele, in denen ein Wort so lange pseudogestottert wird, bis das Gegenüber den Begriff erraten hat („Welches Tier ist das? Mamamama...“. Starwars-Figur, Fußballspieler oder Mannschaft etc., ggf. Bildkarten als Auswahlmenge der zu erratenden Items).

Weitere hierarchisch gesteigerte Übungen finden sich im Material 0_Übergreifendes Material

Übungsaufbau zur Desensibilisierung

- Therapeutin stottert, Kind diskriminiert gestottert/flüssig bzw. verschiedene Symptomarten/-qualitäten, die auch das Kind in der Spontansprache zeigt.
- Kind darf über Therapeutin bestimmen und kontrolliert.
- Kind und Therapeutin stottern abwechselnd, variieren Häufigkeit und Dauer von Symptomen.
- Therapeutin darf über Kind bestimmen

Reflexion

- War das Pseudostottern locker?
- Sind vereinzelt echte Stottersymptome aufgetreten? Siehe Troubleshooting
- Sind systematisch auch auf niedriger linguistischer Ebene echte Stottersymptome aufgetreten?
→ Therapieplanung
- Wenn sich qualitative Fehler systematisch wiederholen siehe (Mat_2.2.6_Fehleranalyse Pseudostottern)

Modell

- Begründung, dass man viel vom Zuhören lernen kann und sich besser ans Pseudostottern gewöhnt.
- Modell in allen Gesprächsanteilen ankündigen und zeigen.

Feedback zum Zielverhalten „lockere Symptome“

- Ankündigung, dass die Therapeutin bei sich und beim Kind auf lockere Symptome hinweisen wird.

Beispiele für Kommentare zum lockeren echten Stottern:

- „Meine lockere Wiederholung fühlte sich gerade viel angenehmer an als angestregtes Stottern“
- „Da war gerade ein ganz schönes lockeres Stottern! War das Absicht oder kam das von allein?“
- „Wie weich gerade deine Dehnung war!“
- „Da bist du gerade stecken geblieben, ganz wunderschön locker, schau, so locker war das (macht Blockierung vor).“

Variation der Aufgabenstellungen

- Häufigkeit des Pseudostotterns (würfeln)
- Dauer der Symptome: Anzahl der Iterationen würfeln, Dauer von Dehnungen oder Blockierungen mit einer Stoppuhr, einer Aufziehmaus oder einem Handzeichen etc. vorgeben.
- Symptomart: Würfel oder Drehscheibe/Flaschendreher mit Symbolen für die Symptomarten
- Bei Bedarf Anstrengung: „Gashebel“ (Mat_3.2.3_Identifikation Visualisierungen), Anzahl von Steinen im Rucksack oder im Lastwagen.

Symbole → als Symbolkarten, Würfelaufkleber, Ereigniskarten (Mat_2.2.5_Visualisierungen Pseudostottern)

W: Wiederholung, Frosch, Ball, Känguru, Hase, Sprungfeder

D: Dehnung, Gummiband, Schlange, Kaugummi

B: Blockierung, Pooh der Bär, der im Hasenloch steckengeblieben ist, zugedrehter Wasserhahn, Stein, Stöpsel auf einer Flasche

O: Ohne Pseudostottern, Ente (schwimmt flüssig)

J: Joker (freie Wahl)

Wiederholungen werden am besten 2-3 x häufiger als die übrigen Symbole verwendet, um die Übungsfrequenz dafür zu erhöhen.

2.2.2_Elterninformation Pseudostottern

Ihr Kind lernt, mit Absicht locker zu stottern, das sogenannte „Pseudostottern“. Möglicherweise wird dafür ein kindgerechterer Ausdruck verwendet, wie z.B. „Froschwörter“. Es ist verständlich, wenn Sie sich fragen, wozu das gut sein soll. Schließlich ist Ihr Kind ja hier, um weniger zu stottern. Wenn Ihr Kind das Pseudostottern lernt, hat das folgende Ziele:

1. Ihr Kind lernt, bewusst und kontrolliert etwas zu machen, das dem echten Stottern ähnelt. Das hilft ihm später, ins Stottern einzugreifen.
2. Es verliert die negativen Gefühle beim Stottern, denn das Pseudostottern geschieht so oft wie möglich so, dass das Kind dabei Spaß hat. Dadurch bleibt es beim Stottern gelassener und seine Selbstsicherheit kann wachsen.

Wenn Kinder Pseudostottern lernen, verändert sich häufig auch das Stottern im Alltag. Bei manchen Kindern klingt es weniger angestrengt oder es wird seltener. Bei anderen Kindern wird es sogar häufiger oder stärker. Das ist oft bei solchen Kindern der Fall, die aus Angst vor dem Stottern weniger sagen oder die mit Vermeidetricks das Stottern umgehen. Diese Kinder haben durch das Pseudostottern die Angst vor dem Stottern verloren und trauen sich wieder, mehr zu sagen. Sie sind selbstsicherer geworden. Dadurch haben sie aber auch ein größeres Risiko, zu stottern. Das ist ein Zeichen, dass die Therapie gut wirkt. Selbstverständlich lernt das Kind später Sprechtechniken, mit denen es das Stottern leichter machen kann.

Das Pseudostottern muss so gut geübt werden, dass Ihr Kind es immer wieder ganz selbstverständlich beim Erzählen einbauen kann. Wenn das für Sie möglich ist, können Sie Ihr Kind unterstützen. In diesem Fall werden auch Sie das Pseudostottern lernen, damit Sie und Ihr Kind zu Hause weiterüben können.

Beim Üben achten Sie bitte darauf, dass die erste Silbe locker und flüssig dreimal wiederholt wird, z.B. Fafafafahrrad oder Aaaaauto. Das bedeutet: dreimal wird wiederholt, dann wird das Wort ganz gesagt: Fififi-fisch.

Dabei soll sich der Kopf nicht mitbewegen. Wenn Sie unsicher sind, ob ein Wort richtig gestottert wird, bitten Sie Ihre Logopädin, dass sie Ihnen das Pseudostottern noch einmal zeigt.

2.2.3_Kleine Boten Pseudostottern

Du erinnerst dich an die Geschichte von den kleinen Boten? Beim normalen Sprechen läuft alles bestens in der Sprechzentrale und die Boten laufen im richtigen Moment zu den richtigen Spielern in der Sprech-Mannschaft.

Aber beim Stottern bricht das Chaos aus. Der Chef in der Sprechzentrale verliert die Kontrolle, alle Boten laufen durcheinander, und die Sprech-Mannschaft bekommt die falschen Botschaften.

Da hat Charles Van Riper, der selber stottert, sich gedacht: mal ausprobieren wie es ist, wenn ich mit Absicht stottere. Und zwar ganz locker. Ob ich die Boten dann auch richtig losschicken kann? Und tatsächlich: obwohl er mit Absicht gestottert hat brach kein Chaos aus. Der Sprechchef konnte das Stottern von Anfang bis Ende kontrollieren.

Super, dachte sich Van Riper, das muss ich üben. Und er übte das lockere absichtliche Stottern. Zu seinem Erstaunen stellte er nach ein paar Wochen fest, dass er seltener in echt stottern musste. Und dass er sich nicht mehr ärgerte, wenn ein echtes Stottern kam. Er war einfach nicht mehr so aufgereggt und hatte viel weniger Angst wenn ein Stottern kam. Deshalb konnte die Sprechzentrale die Boten schneller wieder auf den richtigen Weg schicken. Später hat er sich auch noch ausgedacht, was man mit dem restlichen echten Stottern machen kann.

2.2.4_Wasserscheu-Metapher

Tim ist wasserscheu

Tim ist in der zweiten Klasse. Er möchte schwimmen lernen, aber er hat große Angst vor dem Wasser. Als er ganz klein war, ist er einmal ins Wasser gefallen und seitdem traut er sich nicht mehr rein. Außerdem mag er nicht, wenn das Wasser zu kalt ist. Wenn die anderen Kinder schwimmen, steht er am Rand und taucht höchstens den großen Zeh ins Wasser. Darum geht er auch nicht gern mit anderen Kindern ins Schwimmbad. Und nächstes Jahr gibt es Schulschwimmen. Da kann er sich dann nicht mehr davor drücken. Und genau deshalb will er schwimmen lernen.

Was rätst du Tim, damit er seine Wasserscheu überwinden lernt? Würdest du ihn einfach ins Wasser werfen?

Louis hat Angst vor dem Sprechen in der Schule

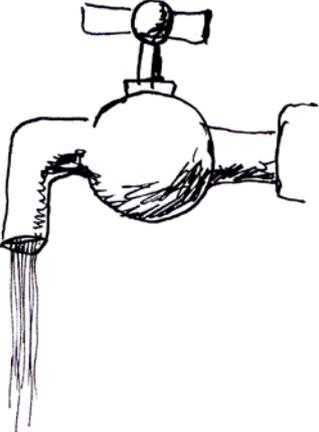
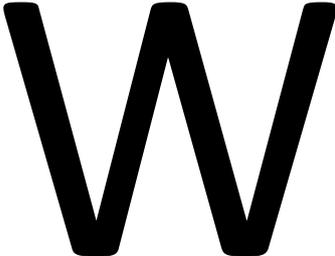
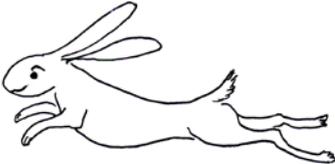
Louis ist 9 Jahre alt. Er stottert. Er findet es unangenehm, wenn Wörter in seinem Mund steckenbleiben oder er sie wiederholt. Meistens spricht er trotzdem gerne, aber manchmal hat er keine Lust dazu. Und wenn er steckengeblieben ist beim Sprechen ärgert er sich. Manchmal hat er sogar Angst vor dem Sprechen. Das heißt eigentlich nicht vor dem Sprechen, sondern vor dem Stottern. Vor allem in der Schule. Deshalb zeigt er nicht mehr auf und will auch nicht mehr laut vorlesen. Wie schön wäre es doch, wenn er vor dem Sprechen vor der Klasse keine Angst mehr haben müsste.

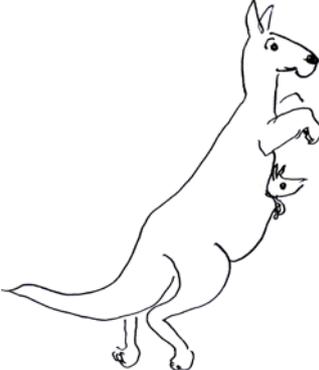
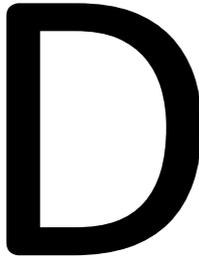
Was rätst du Louis, damit er seine Angst überwinden lernt?

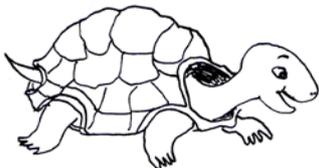
2.2.5_Visualisierungen Pseudostottern

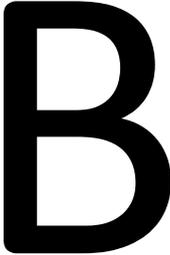
- Zu verwenden als Ereigniskarten, zum Beispiel Flaschendreher (etc.).

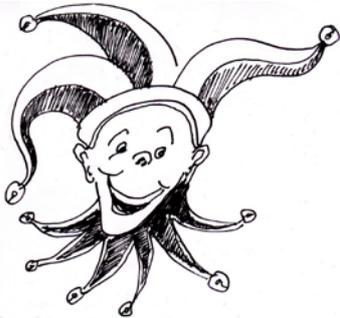
flüssig 1	flüssig 2	flüssig 3
		

flüssig 4	Wiederholung 1	Wiederholung 2
		

Wiederholung 3	Wiederholung 4	Dehnung 1
		

Dehnung 2	Dehnung 3	Dehnung 4
		

Blockierung 1	Blockierung 2	Blockierung 3
		

Blockierung 4	Joker	Kommando
		

2.2.6_Fehleranalyse Pseudostottern

Mögliche Fehler bei Pseudo- Teilwortwiederholungen

- Zu schnelle Iterationen in TW*
- Zu wenig Iterationen*
- Ohne Vokal (T-t-tafel) oder mit Schwa (Fä-fä-fisch)*
- Mitbewegung des Kopfes*
- Systematischer Verlust des Blickkontakts
- Überartikulation oder zu geringe Artikulationsweite
- Zu leise
- Auffällige Atmung*

Mögliche Fehler bei Pseudo- Dehnungen

- Unsicherheit, welcher Laut gedehnt werden soll
- Zu kurze Dehnung*
- Mitbewegung des Kopfes*
- Systematischer Verlust des Blickkontakts
- Angespannte Phonation*
- Zu leise
- Auffällige Atmung*

Mögliche Fehler bei Pseudo- Blockierungen

- Zu kurze Blockierung*
- Mitbewegung*
- Systematischer Verlust des Blickkontakts
- Anspannung*
- Veränderung der Artikulationsstellung*
- Auffällige Atmung*

Vorbereitung: Fehler beobachten. Welche sind am ausgeprägtesten? Welche bauen sich von alleine ab? **Bei mit * gekennzeichneten Fehlern sehr früh einschreiten! In jedem Fall verhindern, dass Fehler antrainiert werden. Es kostet einen unverhältnismäßig großen Aufwand, Fehler nachträglich abzubauen.**

Vorgehen

1. Demonstration des Ideal-Pseudostotterns
2. Therapeutin zeigt vereinzelt Fehler, Kind registriert, analysiert und korrigiert (Erwischenspiel, 1 Punkt fürs Erwischen, 1 Punkt fürs Korrigieren)
3. Rollentausch
4. Kind bewertet und korrigiert sich selbst (Feedback und besonders verstärken sofort nach dem korrigierten Wort!)
5. Prüfen: können die Eltern das übernehmen? → Feedback bei Hausaufgaben

Videofeedback oder der Einsatz eines Spiegels sind gute Hilfen.

Die Fehleranalyse geschieht in Übungen anfangs direkt nach jedem Pseudostottern mit Korrektur. Sobald die Einschätzung sicher und die Qualität überwiegend gut ist, werden zunehmend längeren Sequenzen beurteilt.

Ob und wann Eltern einbezogen werden können, muss sorgfältig mit Eltern und Kind abgesprochen werden. Hier kommt es darauf an, den Eltern eine positive motivierende Umgangsweise mit Fehlern zu vermitteln.

2.3.1_Wegemodell

(In Anlehnung an Sandrieser & Schneider 2015, S. 213-214)

Der große schwarze Hund

Louis geht zum Fußballtraining. Er braucht normalerweise fünf Minuten für den Weg. Doch manchmal ist da ein großer schwarzer Hund in einem Garten, der immer schon darauf wartet, dass Louis vorbeikommt. Erst knurrt er, dann bellt er furchtbar laut und springt wie ein Verrückter gegen den Zaun, dass die Zaunlatten wackeln. Louis hat Angst, dass er entweder einmal über den Zaun springt oder dass der Zaun bricht und der Hund ihn dann beißen wird.

Was könnte Louis tun?

1. Einen weiten Umweg machen.
2. Am Hund vorbeigehen und hoffen, dass der Zaun hält.
3. Dem Hund jedes Mal ein bisschen Wurst hinwerfen und ihn so zähmen.
4. Mit dem Fußballtraining aufhören, damit er nicht mehr beim Hund vorbeimuss.

Was sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten?
Welchen Weg würdest du wählen?



Das Gedicht

Die Deutschhausaufgabe lautet, ein Gedicht auswendig zu lernen. Louis kann das Gedicht gut. Aber er weiß, dass er beim Aufsagen vor der Klasse oft stottert. Auf dem Schulweg denkt er darüber nach, was er machen könnte, wenn er aufgerufen wird und das Gedicht vor der Klasse aufsagen soll.

Welche Möglichkeiten könnte Louis haben?

1. Den Lehrer bitten, dass er das Gedicht auswendig aufschreiben darf.
2. Das Gedicht vortragen und dabei durchstottern.
3. Wenn ein Stottern kommt, den Pullout verwenden.
4. Den Lehrer bitten, dass er keine Gedichte mehr vortragen muss, weil er stottert.
5. So tun, als ob er Halsschmerzen hätte und deshalb nicht sprechen könnte.

Die Wege beim Stottern

1. Umwege machen indem man andere Wörter sucht oder nur ganz wenig oder etwas anderes sagt.
2. Einfach weiter stottern bis es vorbei ist.
3. Das Stottern zähmen.
4. Gar nichts mehr sagen.

Welche Wege gehst du manchmal?

Welchen Weg findest du am besten?

2.3.2_Eisberg

Eisberge sind eine große Gefahr für die Schiffe. Gefährlich sind sie vor allem, weil nur ihre Spitze aus dem Wasser schaut und man die Teile, die unter Wasser sind, nicht sieht. Vor vielen Jahren ist ein riesiges Schiff, das als unsinkbar galt, die Titanic, gesunken, weil es mit einem Eisberg unter Wasser zusammengestoßen war.



Created by Uwe Kils (iceberg) and User:Wiska Bodo (sky). - (Work by Uwe Kils) <http://www.ecoscope.com/iceberg/>
Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the **GNU Free Documentation License**, Version 1.2 or any later version

Wie ist das beim Stottern?

Da gibt es einen Teil, den kann man hören, manchmal auch sehen. Das sind die Wiederholungen, Dehnungen und Blockierungen. Bei manchen kommen noch Mitbewegungen dazu.

Unsichtbar darunter verborgen sind die schlechten Gefühle und Gedanken, die damit verbunden sein können. Das sind häufig Angst vor dem Sprechen und vor dem Stottern, Ärger über sich selbst und sein Sprechen. Manche schämen sich dafür und verwenden Tricks, damit sie nicht stottern müssen. Beispielsweise versuchen sie, mit Menschen, die nicht merken sollen, dass sie stottern, wenig zu sprechen oder ihnen aus dem Weg zu gehen. Vielleicht suchen sie auch schnell ein anderes Wort, wenn sie merken, dass gleich ein bestimmtes Wort nicht rauskommt.

Das schlimmste am Stottern ist für viele Kinder die Angst davor und die Scham danach.

Bei den Eisbergen kann man sich inzwischen helfen, indem man sie mit Radar und Echolot sichtbar macht. Auch beim Stottern hilft das sichtbar machen der schlechten Gefühle und Gedanken. Dann muss man nicht mehr Angst haben zu sprechen und ärgert und schämt sich nicht.

Wie kann man diese unsichtbaren Gedanken und Gefühle sichtbar machen ohne, dass es megapeinlich wird? Indem man in ganz kleinen Schritten auf sie zugeht. In der Geschichte „Wasserscheu“ steht, wie das geht. Und was bringt das?

Die Angst und die Scham werden immer weniger, und bei vielen Kindern etwas später auch das Stottern selbst. Und am Ende fühlt man sich viel besser und kann viel entspannter mit anderen sprechen, mit Freunden, in der Schule, zuhause, auch wenn das Stottern nicht ganz weg ist.

2.3.3_Abenteuer

Abenteuer machen mutig

Wenn man immer zuhause auf dem Sofa liegt und außer im Fernsehen nie Abenteuer erlebt, hat man es sehr bequem. Aber es könnte mit der Zeit auch langweilig werden und vor allem: man wird nicht mutiger.

Wenn man mutiger werden will, muss man Abenteuer wagen. Also etwas machen, wobei Angst auftaucht und man Mut braucht. Genauso wie in Filmen und Büchern erzählt wird. Die Helden brechen auf und bestehen nicht nur ein Abenteuer, sondern viele hintereinander. Dabei haben sie nur so viel Angst, dass sie immer noch gute Lösungen finden können und sich zu helfen wissen.

In Filmen und Büchern sind die Helden meistens so cool, dass sie niemals in Panik geraten. Einem „normalen“ Menschen kann das aber schon passieren. Wenn man in Panik gerät, bekommt man so viel Angst, dass man nicht mehr klar denken kann und sich total überfordert fühlt.

Wenn man also mutig werden will, achtet man am besten darauf, dass man ein kribbelndes Abenteuergefühl im Bauch hat aber nicht in Panik gerät.

2.3.4_Mutbaum-Löwenherde

Mutbaum

In einem Garten wachsen ganz unterschiedliche Blumen, Bäume und Pflanzen. Und wie bei allen Pflanzen wachsen diejenigen am besten, die man gut pflegt und immer wieder gießt.

Bei den Gefühlen von uns Menschen ist das ganz ähnlich. Die Gefühle, die man pflegt, wachsen. So ist das zum Beispiel mit der Angst. Immer, wenn man etwas aus Angst vermeidet, gießt man die Angst und sie wächst. Beim nächsten Mal wird sie daher etwas größer sein und die Aufregung wächst damit auch. Und von der Aufregung wird das Stottern stärker und deshalb wächst die Angst wieder ein Stück. Es geht aber zum Glück auch anders herum. Jedes Mal, wenn man mutig ist, wächst der Mut und die Angst wird kleiner und die Aufregung auch.

Ich stelle mir vor, dass der Mut wie ein Baum in einem Garten ist, ein Mutbaum. Wenn man noch nicht sehr mutig ist, das ist es ein kleines Bäumchen. Doch er kann wachsen, wenn man ihn pflegt und gießt. Und das geht so: immer wenn du dich an eine Geschichte erinnerst, wo du mutig warst, gießt du ihn. Von vielen kleinen und ganz kleinen Mutgeschichten wächst er gut.

Male einen Baumstamm mit Ästen, aber noch ohne Blätter. Dann kannst du jeden Abend überlegen, ob du ein bisschen mutig warst und für jede Mutgeschichte ein Blatt hinzufügen, bis der Baum groß und stark ist.

Löwenherde

Löwen sind mutige Tiere. Einmal wollte Jonas mutiger werden. Da stellte er sich einen mutigen Löwen vor. Er beobachtete wie er läuft, wie die anderen Tiere zur Seite gehen, wenn er zum Wasserloch kommt (nur die großen Elefanten machten nicht Platz).

Er beschloss, eine Löwenherde zu sammeln. Er malte eine gelbe Steppe und nahm dann einen Löwenstempel. Jeden Abend überlegte er, wo er mutig gewesen war und für jede Mutgeschichte stempelte er einen Löwen. An manchen Tagen war es ein Löwe, an manchen gar keiner, an wieder anderen Tagen waren es sogar 5 Löwen. Nach einem Jahr hatte er fünf Blatt Papier voll Löwen – eine riesige Löwenherde. Und er war mutig geworden.

2.3.5_Angsthierarchie Auswahlmenge 1

Die Tabellenzeilen ausschneiden und dem Kind zur Auswahl vorlegen. Die ausgewählten Situationen werden als "Sprossen" auf die "Mutleiter" geklebt. Leere Tabellenzeilen sind für eigene Situationen vorgesehen.

Über mein Hobby erzählen
Mit meiner Katze sprechen
In der Schule aufzeigen
In der Schule aufgerufen werden
Ein Referat halten
Meinem Freund _____ ein Spiel erklären
_____ etwas erzählen
Telefonieren mit _____
Mit jemandem Fremden telefonieren
Einen Fremden nach dem Weg fragen
Im Therapiezimmer mit der Therapeutin sprechen
Auf der Straße mit der Therapeutin sprechen
_____ erklären, was Stottern ist

Mit dem Lehrer/der Lehrerin _____ über die Stottertherapie reden
Der Schulklasse das Stottern erklären
Mit dem Mitschüler _____ über die Stottertherapie reden
Über mein Hobby erzählen und absichtlich stottern
Mit meiner Katze sprechen und absichtlich stottern
In der Schule aufzeigen und absichtlich stottern
In der Schule aufgerufen werden und absichtlich stottern
Ein Referat halten und absichtlich stottern
Meinem Freund _____ ein Spiel erklären und absichtlich stottern
_____ aus der Familie etwas erzählen und absichtlich stottern
Telefonieren mit _____ und absichtlich stottern
Mit jemandem Fremden telefonieren und absichtlich stottern
Einen Fremden nach dem Weg fragen und absichtlich stottern
Im Therapiezimmer mit der Therapeutin sprechen und absichtlich stottern
Auf der Straße mit der Therapeutin sprechen und absichtlich stottern
_____ erklären, was Stottern ist und absichtlich stottern

Angsthierarchie - Auswahlmenge 2 (Einbeziehung von Sprechtechniken)

Die Tabellenzeilen ausschneiden und dem Kind zur Auswahl vorlegen. Die ausgewählten Situationen werden als "Sprossen" auf die "Mutleiter" geklebt. Leere Tabellenzeilen sind für eigene Situationen vorgesehen.

Über mein Hobby erzählen
Mit meiner Katze sprechen
In der Schule aufzeigen
In der Schule aufgerufen werden
Ein Referat halten
Dem Bruder/der Schwester erzählen, was einen ärgert
Dem Bruder/der Schwester erzählen, was man super findet
Der Mutter/dem Vater erzählen, was man super findet
Der Mutter/dem Vater erzählen, was einen ärgert
Telefonieren mit jemandem, den man gut kennt
In der Therapie das eigene Stottern untersuchen

Sprechtechniken zu Hause üben
Erzählen, was man mit Stottern erlebt hat
Sich erinnern, was man mit Stottern erlebt hat, ohne es zu erzählen
Erzählen, was man in der Schule erlebt hat
Sich erinnern, was man in der Schule erlebt hat, ohne es zu erzählen
In der Therapie Sprechtechniken im Zimmer üben
In der Therapie Sprechtechniken draußen üben
In der Therapie absichtliches Stottern im Zimmer üben
In der Therapie absichtliches Stottern draußen üben
Von anderen auf das Stottern angesprochen werden
In einem Referat stottern
Im Gespräch mit einem Lehrer über die Stottertherapie reden
Mit einem Mitschüler über die Stottertherapie reden
Beobachten, wie meine Mutter/mein Vater mit jemandem über mein Stottern sprechen

2.3.7_In-vivo-Arbeit

Vereinbarung der Situation anhand der Mutleiter, Konkretisierung der Mutproben: Klärung der Situation, des zu zeigenden Verhaltens (z.B. Häufigkeit und Art des Pseudostotterns, lautes Sprechen mit Blickkontakt etc.) ggf. Erprobung im Rollenspiel, Vermutungen zu den erwarteten Reaktionen der Gesprächspartner.

Die Therapeutin ist bei einer neuen Serie von Mutproben immer erst Modell; das Kind beobachtet die Gesprächspartner. Einschätzung der Belastung am Stressometer: Wie viel Stress wird beim Zuschauen erwartet? Wie viel Stress erwartet die Therapeutin bei sich selbst im Gespräch? Ggf. mehrfach Modell. Dann übernimmt das Kind, wenn das Stressometer so eingeschätzt wird, dass sich das Kind die Situation gut zutraut. Ggf. bei großen Bedenken Kompromisse und Notausstiege erarbeiten, z.B. Therapeutin übernimmt den Beginn des Gesprächs (siehe Troubleshooting). Zu bedenken ist, dass zu viel Vorsicht seitens der Therapeutin auch bewirken kann, dass das Kind denkt, dass sie ihm nicht zutraut, die Aufgabe zu bewältigen. Daher eher Zuversicht und den Glauben an das Kind ausstrahlen.

Während das Kind das Gespräch führt ist die Therapeutin entweder neben oder hinter dem Kind oder in geringem Abstand von ihm (mit dem Kind vereinbaren). Dabei kann sie bei Bedarf kleine Signale geben (vorher vereinbarte Berührung an der Schulter o.ä.) oder geflüsterte Hinweise. Das irritiert Gesprächspartner am wenigsten, wenn die Situation vorher offengelegt wurde („Wir machen eine Stottertherapie und machen gerade Sprechübungen. Wowowo geht es denn hier zum Bababahnhof?“). Wenn Gesprächspartner nicht dem Kind antworten, sondern der Therapeutin → Troubleshooting.

Feedback/Verstärkung bei In-vivo-Übungen direkt nach dem gezeigten Zielverhalten oder pauschal am Ende (ggf. vorher dem Gesprächspartner die Aufgabenstellung erklären und das Feedback ankündigen), Zeichen vereinbaren, Ereigniszähler, Strichlisten, Verstärkerpläne. Qualitatives Feedback geben und ggf. Korrektur/Selbstkorrektur anleiten. Dabei darauf achten, dass dem Kind kein Gesichtsverlust zugefügt wird vor dem Gesprächspartner.

Nach dem Gespräch kurze Reflektion (Gedanken, Gefühle, Verhalten, Reaktion des Gegenübers), Wertschätzung und Verstärkung, Vergleich des erlebten Stresses mit dem vorweggenommenen, Einschätzung des Stresses der nächsten Situation, ggf. justieren und gleich die nächste Durchführung. Es gilt, eine Balance zu finden zwischen Reflexion bzw. Anpassung der Planung (hierdurch können Ängste u.U. auch geschürt werden) und unbekümmertem Handeln.

Hilfestellungen sollten vorher vereinbart werden, z.B. Art der Erinnerungshilfen, wenn Pseudostottern vergessen wird oder das Kind im Gespräch inhaltlich nicht mehr weiterweiß.

Ankündigen, dass man stottert oder eine Stottertherapie macht. Das gelingt am leichtesten bei Umfragen. Klären, ob das Kind oder die Therapeutin ankündigt.

Abschließende Reflektion anhand von Stressometer, der Mutleiter oder ähnlicher Visualisierung des Erfolgs.

Bericht an die Eltern, Entwicklung von Hausaufgaben.

2.3.8_Zuhörerreaktionen

Die Ziffern entsprechen den Schulnoten.

Zuhörer 1

antwortet					
ja			nein		
korrekt und freundlich					
1	2	3	4	5	6
ruhig und gelassen					
1	2	3	4	5	6
hilfsbereit					
1	2	3	4	5	6
schaut Sprecher an					
1	2	3	4	5	6
Insgesamt					
1	2	3	4	5	6

Zuhörer 2

antwortet					
ja			nein		
korrekt und freundlich					
1	2	3	4	5	6
ruhig und gelassen					
1	2	3	4	5	6
hilfsbereit					
1	2	3	4	5	6
schaut Sprecher an					
1	2	3	4	5	6
Insgesamt					
1	2	3	4	5	6

Zuhörer 3

antwortet					
ja			nein		
korrekt und freundlich					
1	2	3	4	5	6
ruhig und gelassen					
1	2	3	4	5	6
hilfsbereit					
1	2	3	4	5	6
schaut Sprecher an					
1	2	3	4	5	6
Insgesamt					
1	2	3	4	5	6

Zuhörer 4

antwortet					
ja			nein		
korrekt und freundlich					
1	2	3	4	5	6
ruhig und gelassen					
1	2	3	4	5	6
hilfsbereit					
1	2	3	4	5	6
schaut Sprecher an					
1	2	3	4	5	6
Insgesamt					
1	2	3	4	5	6

2.3.9_Laufzettel

Mein Ziel ist _____

Wähle 5 von 8 Aufgaben aus

Aufgabe	Erledigt	Zufrieden		
		selbst	Ther.	Gegenüber
Vom Handy aus im Media Markt (Tel.:) anrufen und nach Sonderangeboten von PC-Spielen fragen				
Einen Passanten nach dem Weg zur Post fragen				
Im Skaterladen nach dem Preis für grünes Grip-Tape und Montage fragen				
Im Sporthaus nach Hallensportschuhen in Deiner Schuhgröße fragen				
In der Eisdiele nach Zwiebeleis fragen				
Beim Ticketverkauf nach Konzerten an diesem Wochenende fragen				
Bei der Sparkasse bitten, einen 10 Euroschein in Münzen zu wechseln				
Eigene Wahl				



Ziel erreicht: _____

3 Identifikation

3.1 Artikulatorische Phonetik

- 3.1.1_ Elterninformation Identifikation
- 3.1.2_ Elterninformation Artikulatorische Phonetik
- 3.1.3_ Artikulatorische Phonetik - Aufbau
- 3.1.4_ Artikulatorische Phonetik - Visualisierungen
- 3.1.5_ Artikulatorische Phonetik - Hausaufgaben

3.2 Symptomanalyse

- 3.2.1_ Erstes Analysieren von Stottern
- 3.2.2_ Symptomanalyse
- 3.2.3_ Identifikation Visualisierungen
- 3.2.4_ Lokalisierung Anspannung
- 3.2.5_ Videobeispiele Stottern

3.3 Symptomregistrierung

- 3.3.1_ Symptomregistrierung
- 3.3.2_ Symptomregistrierung Kind
- 3.3.3_ Erwischenspiele
- 3.3.4_ Identifikation Hausaufgaben

3.1.1_Elterninformation Identifikation

Ihr Kind lernt in der Identifikation zu untersuchen, wie sein Stottern aussieht, wie es sich anfühlt und anhört. Dabei gehen wir vor wie bei „Jugend forscht“, denn dann wird Ihr Kind durch seine Beobachtungen nicht belastet, sondern es ist stolz auf seine Erkenntnisse. Außerdem beginnen wir mit leichterem Stottern, bevor wir die angestregten Stottermomente untersuchen.

Die Arbeit an der Identifikation hat verschiedene Effekte

1. Das Kind entwickelt mehr Gelassenheit, wenn echtes Stottern auftritt.
2. Es spürt genauer, was beim Stottern passiert und kann erklären, wie sich das anfühlt. Das hilft ihm später, das Stottern mit einer Sprechtechnik leichter zu machen.
3. Es lernt, Stottern schneller zu bemerken. Auch das hilft ihm später bei der Anwendung einer Sprechtechnik.

Möglicherweise möchten Sie mit Ihrem Kind das Identifizieren zu Hause üben. Dabei ist zu bedenken, dass nicht alle Kinder das mit ihren Eltern machen wollen. Deshalb wird Ihre Logopädin mit Ihnen und Ihrem Kind besprechen, ob Sie zuhause mit ihrem Kind Übungen zur Identifikation machen werden oder ob es das allein tun wird.

Wenn Sie zusammen mit ihrem Kind üben, darf das nicht dazu führen, dass das Kind dadurch belastet oder „genervt“ wird. Deshalb wird ihre Logopädin mit Ihnen klären

1. wie lange, wie oft und wann die Übung durchgeführt werden soll.
2. ob Sie der Fairness halber mit Absicht stottern, damit auch Ihre Stottermomente untersucht werden können.
3. wie Sie gemeinsam das Stottern untersuchen und ihre Erkenntnisse festhalten können.

Wenn Sie gemeinsam eine solche Abmachung getroffen haben und dennoch Schwierigkeiten auftauchen, üben Sie bitte keinen Druck aus, sondern besprechen Sie das beim nächsten Termin mit der Logopädin. Sie wird dann zusammen mit ihrem Kind und Ihnen herausfinden, wie eine bessere Vereinbarung aussehen kann. Denn entscheidend ist, dass Ihr Kind das Interesse an der Therapie behält, auch wenn es um ein schwieriges Thema geht.

3.1.2_ Elterninformation Artikulatorische Phonetik

Ihr Kind lernt zu untersuchen, wie Laute gebildet werden und wie sich der Unterschied zwischen flüssig gesprochenen und gestotterten Wörtern anfühlt. Außerdem lernt es, Sprechbewegungen langsam und bewusst zu steuern. Das sind wichtige Voraussetzungen für das Erlernen von Sprechtechniken, die später dem Kind helfen, das Stottern besser zu kontrollieren.

Damit es nicht so lange dauert, bis Ihr Kind das so gut beherrscht, dass mit den Sprechtechniken begonnen werden kann, wird Ihr Kind Übungen für zu Hause mitbekommen.

In der Therapie hat die Logopädin mit Ihnen gemeinsam geübt und Sie haben mit Ihrem Kind eine Vereinbarung getroffen, wann, wo, wie oft und wie lange geübt wird. Dazu haben Sie auch ein Blatt bekommen, das Sie am besten am Kühlschrank o.ä. befestigen und in das Ihr Kind die Ergebnisse der Übungen einträgt. Das Blatt bringen Sie dann zum nächsten Termin mit.

Um einen Anreiz zum Üben zu schaffen, haben Sie wahrscheinlich auch eine Belohnung für sich und das Kind vereinbart. Bitte sprechen Sie in der Therapie an, wenn es Schwierigkeiten beim Üben gibt, damit gemeinsam Lösungen gefunden werden können.

3.1.3_Artikulatorische Phonetik - Aufbau

- Erarbeitung in einer Atmosphäre von „Jugend forscht“
- Wortmaterial (Mat_0.3_Items Wortebene)
- Verweis: Hinweis auf Unterschiede zwischen Lautsprache und Schriftsprache anhand von Wörtern wie „Eis“ (gesprochen /ais/), „Mäuse“ gesprochen /moise/ oder „Europa“ (gesprochen /oiropa/) und „Zucker“ (gesprochen /tsucka/) und irritierend uneinheitliche Schreibweise, z.B. „Vogel“ vs. „Foto“.

Beim Sprechen beteiligte Organe

- Mat_2.1.4_Information Ursache des Stotterns

Artikulationsorte

Reihenfolge der Erarbeitung:

Lautgruppen	Laute
Labial (dehnbar, gut sichtbar)	/f/w/m/
Labial (Plosiv, gut sichtbar)	/p/b/
Lingual, erst vorne, dann hinten (übrige Plosive)	/t/d/k/g/
Lingual/Nasal (übrige dehnbare Laute)	/s/sch/j/l/n/r/
Glottal (Vokale, Umlaute, Diphtonge)	/a/e/i/o/u/ö/ä /ü/au/eu/ai
Aspirant	/h/
Cluster	z.B. /fl/fr/schl/schr/scht/schw/schp/ pf/pr/pl/bl/br/ dr/ dj/tr/ tsch/ ts/ schtr/schpr/pfr/

- Was brauchst du für den Laut [Laut 1]? Was berührt sich in deinem Mund? Wo genau? (Mat_2.1.4_Information Ursache des Stotterns, anatomische Abbildungen, Kehlkopfmodell, Echtzeit-MRT-Aufnahmen -->

Mat_3.2.5_Videobeispiele Stottern)

- Wie ist das bei dem Laut [Laut 2]? Was für eine Bewegung führt von Laut 1 zu Laut 2?

Artikulationsarten

Grundsätzliche Reihenfolge bei der Erarbeitung

1. Laut/Silbe flüssig gesprochen
2. Imitiertes Stottern der Therapeutin gemeinsam analysieren (Beschränkung auf die Symptomarten, die das Kind in der Spontansprache zeigt)
3. Untersuchung im Kontrast flüssig gesprochen vs. imitiertes (echtes) Stottern
4. Kind imitiert und analysiert Symptome der Therapeutin
5. Kind imitiert und analysiert absichtliche Symptome selbst, Vergleich mit flüssigem Sprechen
6. Vereinbarung über Analyse echter Symptome des Kindes
7. Erkenntnisse aus der Analyse echter Symptome in der Stotterzweibel festhalten

Plosiv/dehnbar (Kontinuant)

- Wie kommt die Luft raus beim /p/ im Vergleich zum /w/?
- Welchen Laut kann man gut langziehen, welchen nicht?
- Begriff/Symbol dafür finden, z.B. Explosionslaut, Plosiv, Bombenlaut/Wind, dehnbar, langgezogen etc.
- Was passiert mit dem [Laut] in dem Wort [Wort] wenn ich beim Stottern (ganz leicht – ein bisschen angestrengt, ganz fest) steckenbleibe?
- Wo spürst du etwas, wenn du nachmachst, wie ich ganz fest stecken bleibe? Im Mund/Hals/Brustkorb/Bauch? Spürst du das auch, wenn ich nicht/nur ein bisschen steckenbleibe?
- Wo spürst du das, wenn du selbst ein Stottern nachmachst?
- Darf ich dich beim nächsten echten Stottern unterbrechen und wir untersuchen mal, ob das beim echten Stottern auch so ist?

Vokal/Konsonant

- Spürst du einen Unterschied zwischen einem /a/ und einem /t/?
- Berührt sich beim /a/ etwas im Mund?
- Information über Stimmlippen (Hilfsmittel zur Veranschaulichung: aufgeblasener Luftballon, Luft entweichen lassen und dabei die Aufblaseöffnung straff ziehen bis ein Ton entsteht, anatomische Abbildungen, Kehlkopfmodell, Echtzeit-MRT-Aufnahmen (Mat_3.2.5_Videobeispiele Stottern)).
- Was machen die Stimmlippen in dem Wort [Wort] wenn du beim Stottern (ganz leicht – ein bisschen angestrengt, ganz fest) steckenbleibst/langziehst/mit Wiederholungen stotterst?

- Wo spürst du etwas, wenn du ganz fest stecken bleibst/ langziehst/mit Wiederholungen stotterst? Im Mund/Hals/Brustkorb/Bauch? Spürst du das auch, wenn du nicht/nur ein bisschen steckenbleibst?

Stimmhaft/stimmlos

- Spürst du einen Unterschied zwischen einem /w/ und einem /f/?
- Was passiert mit dem [stimmhafter Laut] in dem Wort [Wort] wenn du beim Stottern (ganz leicht – ein bisschen angestrengt, ganz fest) steckenbleibst?
- Wo spürst du etwas, wenn du ganz fest stecken bleibst? Im Mund/Hals/Brustkorb/Bauch? Spürst du das auch, wenn du nicht/nur ein bisschen steckenbleibst?
- Was machen die Stimmlippen in dem Wort [Wort], wenn du beim Stottern (ganz leicht – ein bisschen angestrengt, ganz fest) steckenbleibst/langziehst/mit Wiederholungen stotterst?

Hilfsmittel

- Spiegel, Videokamera, anatomische Abbildungen, Mundbilder (Mat_3_AK-Phon-Visualisierungen), Kehlkopfmodell, Echtzeit-MRT-Aufnahmen (Mat_3.2.5_Videobeispiele Stottern).

Weitere Verwendung der Artikulatorischen Phonetik

- Zur qualitativen Identifikation echter Symptome
- Zur bewusst kontrollierten Steuerung der verlangsamten Artikulationsbewegung in Prolongation und Pullout
- Als Vorbereitung des Fühlsprechens, s. Generalisierung (Mat_5.1.4_Fühlsprechen)

3.1.4_ Artikulatorische Phonetik - Visualisierungen

(Bildkärtchen)

Vorbereitung

- Erarbeitung der Artikulatoren mit Hilfe des Querschnittes in 2.1.4_Information Ursache des Stotterns oder des leeren Mundschnittes (S.2)
- Vergleich dieses Querschnittes mit einem Bildkärtchen, Zuordnung der Begriffe
- Kopien der Mundschnitte (S.3)
- eigene Mundbilder aus der Artikulationstherapie für die Vokale hinzufügen

Übungsspiele

1. Ratespiel: welcher Laut ist das? Ausgehend vom vorliegenden Kärtchen wird gemeinsam untersucht, welche Artikulatoren beteiligt sind und welche Artikulationsart.
2. Ratespiel: Welches Kärtchen passt zu meinem Laut (schwieriger als 1). Auswahlmenge von Lauten vorgeben und die betreffenden Kärtchen auslegen. A macht einen Laut vor, B sucht das zutreffende Kärtchen.
3. In den „leeren“ Mundschnitt Artikulationsort und -art einzeichnen.
4. Geheimschrift: mit den entsprechenden Kärtchen einfache Wörter legen wie „Hof“ oder „Tal“.
5. Für Hausaufgaben immer nur eine Auswahl von Kärtchen mitgeben.

Erläuterung der verwendeten Symbole



= stimmhaft



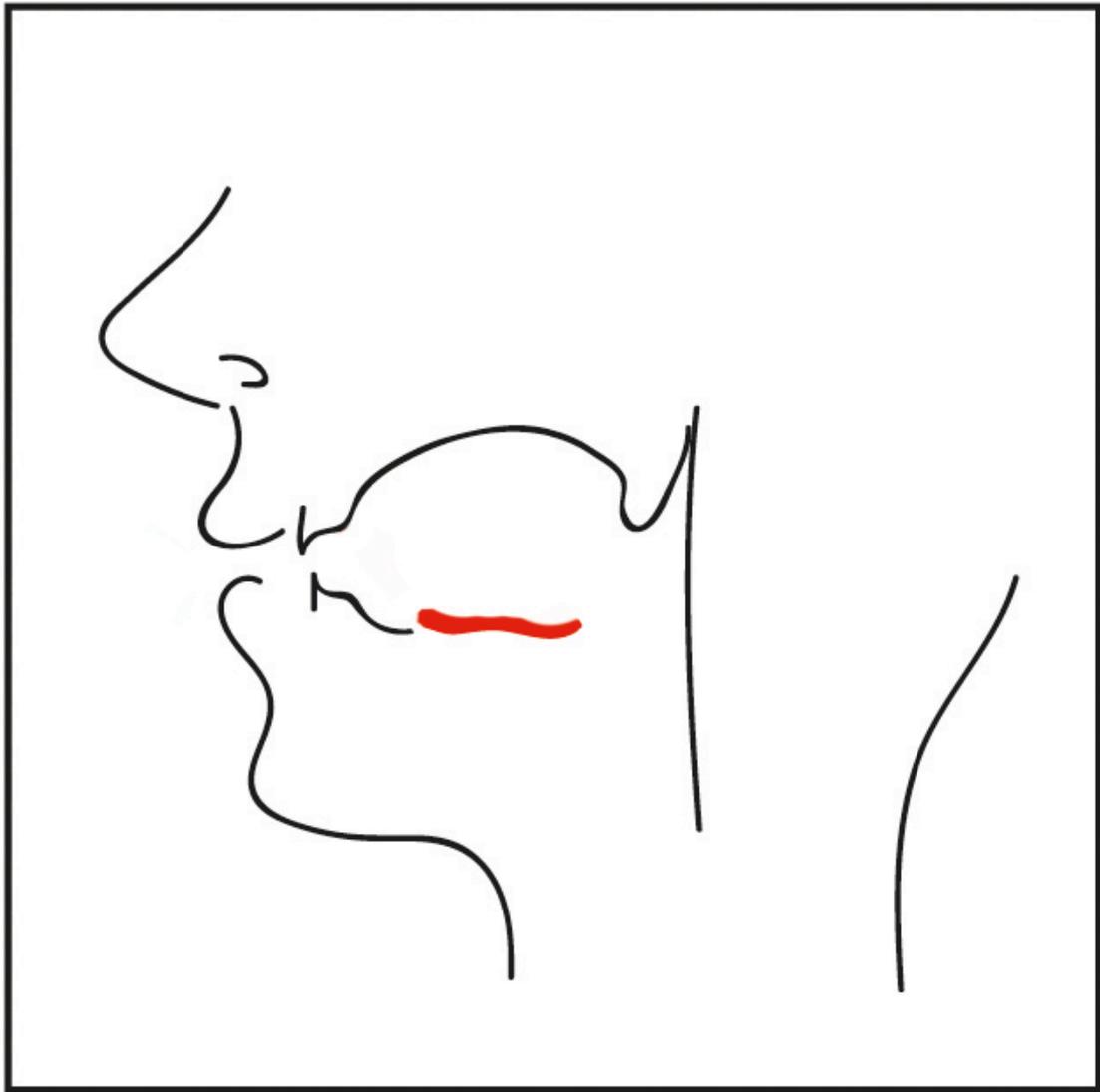
= stimmloser Frikativ



= stimmloser Plosiv



= stimmhafter Plosiv



Zeichne ein, wie die Zunge und die Lippen stehen.



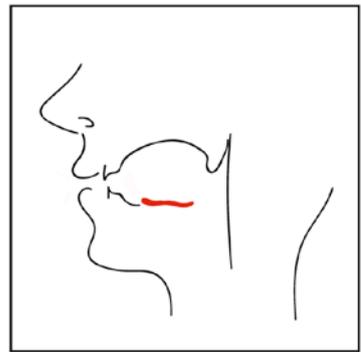
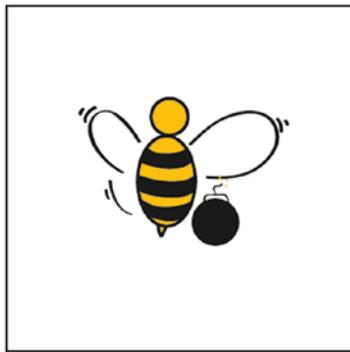
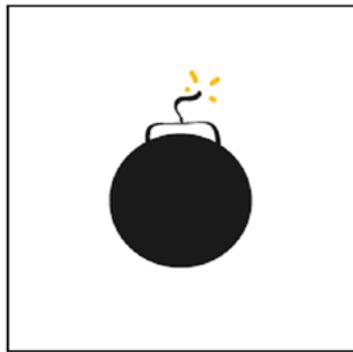
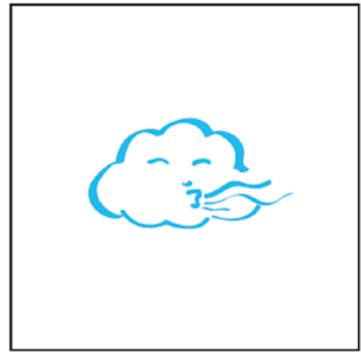
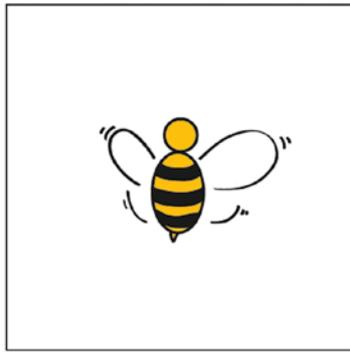
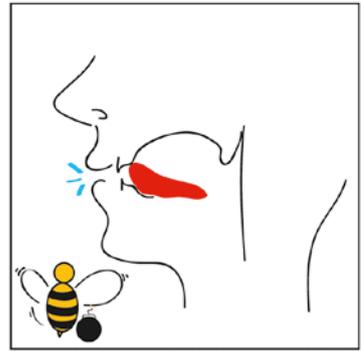
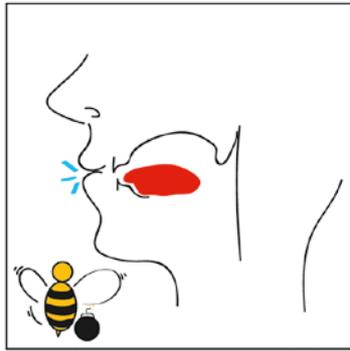
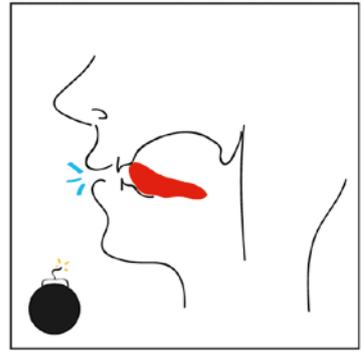
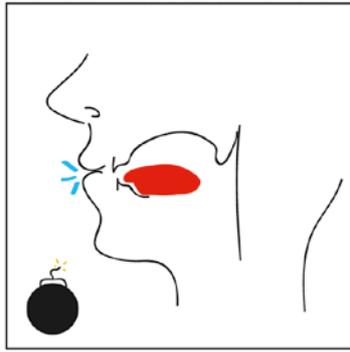
Ist Stimme dabei?



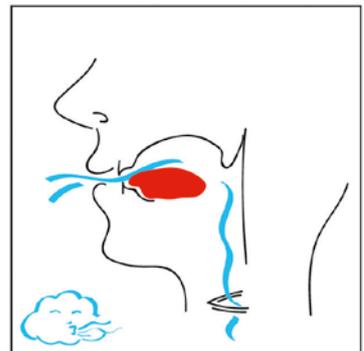
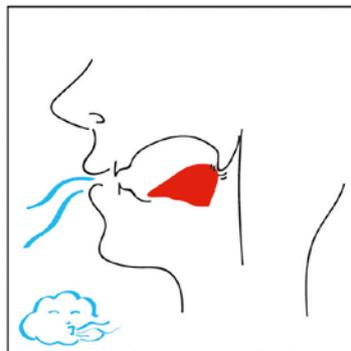
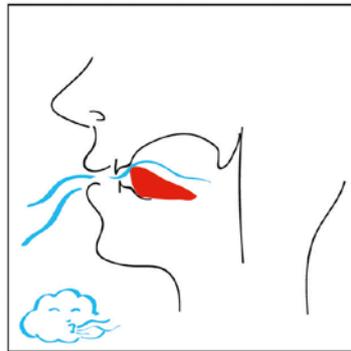
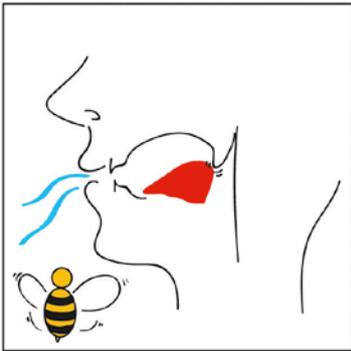
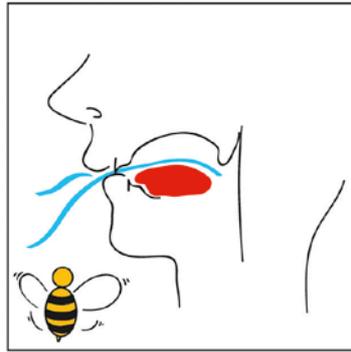
Kommt die Luft immer?



Oder kommt die Luft plötzlich?



Grafik: Johanna Keim, 2019



Grafik: Johanna Keim, 2019

3.1.5_Artikulatorische Phonetik - Hausaufgaben

Hausaufgabe bis zum

Hausaufgabe für (Therapeutin)

Finde heraus, welche Kärtchen zu den folgenden Lauten passen. Schreibe den Laut mit Bleistift auf das Kärtchen.

Hausaufgabe für (Kind)

Finde heraus, welche Kärtchen zu den folgenden Lauten passen. Schreibe den Laut mit Bleistift auf das Kärtchen.

Hausaufgabe für (Elternteil)

Finde heraus, welche Kärtchen zu den folgenden Lauten passen. Schreiben Sie den Laut mit Bleistift auf das Kärtchen.

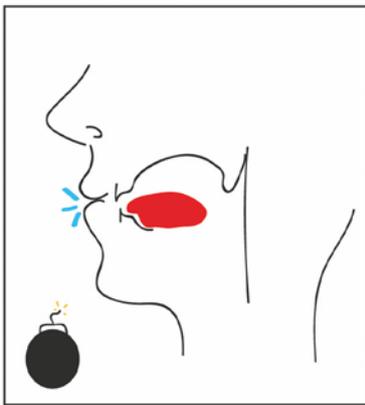
Die Hausaufgaben können beim nächsten Mal mitgebracht oder bei einem Telefonat erklärt werden.

Das Kind darf seinen Eltern bei der Hausaufgabe helfen.

Wird die Hausaufgabe am Telefon besprochen, können dort auch neue Laute als Hausaufgabe gegeben werden, wenn die entsprechenden Kärtchen vorliegen.

Hausaufgabe bis zum

Hausaufgabe für



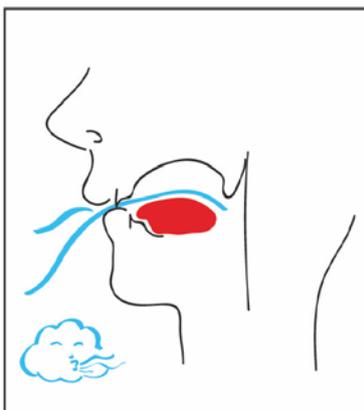
Welcher Laut ist das?

Stell dir vor, du würdest bei diesem Laut steckenbleiben.

Wo würdest du etwas spüren?

- In der Nase?
- An den Lippen?
- An den Stimmbändern?
- Im Bauch?
- An der Zunge?
- In der Brust?

Hausaufgabe für



Welcher Laut ist das?

Stell dir vor, du würdest bei diesem Laut steckenbleiben.

Wo würdest du etwas spüren?

- In der Nase?
- An den Lippen?
- An den Stimmbändern?
- Im Bauch?
- An der Zunge?
- In der Brust?

Hausaufgabe für



Welcher Laut ist das?

Stell dir vor, du würdest bei diesem Laut steckenbleiben. Wo würdest du etwas spüren?

- In der Nase?
- An den Lippen?
- An den Stimmbändern?
- Im Bauch?
- An der Zunge?
- In der Brust?

Hausaufgabe bis zum

Hausaufgabe für

Stell dir vor, du würdest bei einem **A** steckenbleiben. Wo würdest du etwas spüren?

- In der Nase?
- An den Lippen?
- An den Stimmbändern?
- Im Bauch?
- An der Zunge?
- In der Brust?

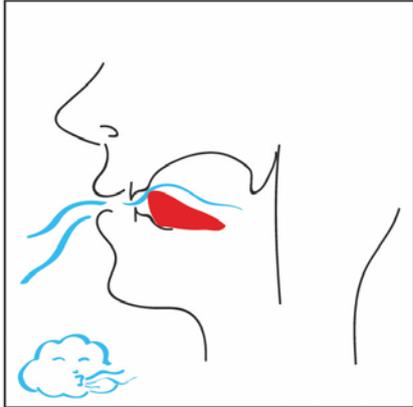
Hausaufgabe für

Welcher Laut ist das?

Stell dir vor, du würdest bei einem **O** steckenbleiben. Wo würdest du etwas spüren?

- In der Nase?
- An den Lippen?
- An den Stimmbändern?
- Im Bauch?
- An der Zunge?
- In der Brust?

Hausaufgabe für



Welcher Laut ist das?

Stell dir vor, du würdest bei diesem Laut steckenbleiben. Wo würdest du etwas spüren?

- In der Nase?
- An den Lippen?
- An den Stimmbändern?
- Im Bauch?
- An der Zunge?
- In der Brust?

3.2.1_Erstes Analysieren von Stottern

Von der Anstoßzwiebel zur Stotterzwiebel

- Anstoßexperiment durchführen.
- Ähnlichkeiten und Unterschiede suchen von Reaktionen aufs Anstoßen und Reaktionen aufs Stottern. Dabei zunächst nur spontane Selbsteinschätzung des Kindes aufgreifen und in die „Stotterzwiebel“ eintragen.

Begründung der Symptomanalyse für das Kind

- Gegen Stottern gibt es keine Medizin, man muss sich selbst helfen. Das lernt man in der Logopädie. Das Kind wird sein eigener Stotter-Arzt. Der Arzt muss wissen, wie ein gesunder Körper funktioniert und was beim kranken Körper anders ist, damit er weiß, was zu tun ist.
- Herausfinden, was beim Sprechen passiert und was beim Stottern anders ist. Dann kann man auch herausfinden, was einem hilft. Aufgabe der Logopädin: das Kind dabei unterstützen.
- Weitere Analogien: der Mechaniker/Computerspezialist muss Computer/Auto kennen und mögliche Fehler, um sie reparieren zu können. Tierarzt und gesunde/krankte Tiere etc., Lehrer – richtige Rechtschreibung und Fehler.

Symptomarbeit

- Untersuchung eines flüssigen Wortes anhand der artikulatorischen Phonetik (siehe dort).
- Ausprobieren und beschreiben, was sich verändern würde, wenn das Wort gestottert wäre (ggf. verschiedene Arten von Stottern). Gemeinsam an absichtlichem Stottern erarbeiten.
- **Vereinbarung zum weiteren Vorgehen:**
 - Ermitteln, worauf sich das Kind einlassen kann (Analyse von imitiertem Stottern der Therapeutin, Video/Audio eines anderen Kindes, vorher vorbereitetes eigenes Video, eigenes Symptom in der Spontansprache "online" sofort analysiert (Achtung, Ausmaß des Begleitverhaltens nicht kontrollierbar!), eigenes imitiertes Stottern).
 - Vorauswahl der Symptomatik je nach vermutetem Desensibilisierungsgrad gegenüber der eigenen Symptomatik (Ermittlung im RSU, Sandrieser & Schneider 2015).
 - Vereinbarung der Anzahl der Symptome (anfangs nur sehr wenige).
 - Vereinbarung, wer das Signal gibt, wenn ein analysierbares Symptom auftaucht.
- Symptom registrieren, nachspüren, gemeinsam imitieren und beschreiben, Vergleich mit flüssigem Wort, ggf. Hinweis auf Technik.
- Verstärkung für jedes erkundete Symptom.

3.2.2_Symptomanalyse

Vereinbarung

- Vereinbarung zur Symptomanalyse treffen, dabei das Vorgehen dem Kind gegenüber begründen (Mat_3.2.1_Erstes Analysieren von Stottern).
- Ermitteln, worauf sich das Kind einlassen kann (imitiertes Stottern der Therapeutin, Video/Audio eines anderen Kindes, eigenes Video, eigenes Symptom in der Spontansprache (Achtung: Ausmaß des Begleitverhaltens nicht kontrollierbar!), eigenes imitiertes Stottern.
- Vorauswahl der Symptomatik je nach vermutetem Desensibilisierungsgrad.
- Vereinbarung der Anzahl der Symptome
- Vereinbarung, wer das Signal gibt, wenn ein analysierbares Symptom auftaucht (ggf. als Erwischenspiel (Mat_3.3.2_Erwischenspiele).

Symptomarbeit in der Atmosphäre: „Jugend forscht!“

- Registrieren
- Nachspüren (Mundbereich/Hals/Brustkorb/Bauch), Versuch die Anspannung im Bauch auch mit den Händen zu spüren.
- Gemeinsam imitieren und beschreiben, um dem echten Symptom möglichst nahe zu kommen. Der Vergleich mit dem flüssigen Wort hilft, um die Wahrnehmung im Symptom zu schärfen. Ggf. Einsatz der Artikulatorischen Phonetik (siehe dort).
- Mögliche Kriterien

Es müssen niemals alle Kriterien bei einem Symptom berücksichtigt werden → auf die Wesentlichen reduzieren und Belastbarkeit des Kindes (emotional, Langeweile) im Blick behalten

- Bei welchem Wort/Laut ist das Symptom aufgetreten
- Symptomart
- Artikulationsort
- Grad und Ort der Anspannung darstellen (Mat_3.2.3_Identifikation Visualisierungen)
- Atemauffälligkeit
- Dauer/Anzahl der Iterationen
- Gedanken/Gefühle (z.B. „Mist, jetzt stotter' ich wieder, da komm ich ja wieder ewig nicht raus!“)
- ggf. Mitbewegungen
- Ggf. Aufschub oder Starter (Interjektionen, Floskeln, Umformulierungen)
- Verstärkung für jedes erkundete Symptom
- Festhalten der Ergebnisse in der individuellen „Stotterzwiebel“
- Ggf. Hinweis auf Technik und Modifikation

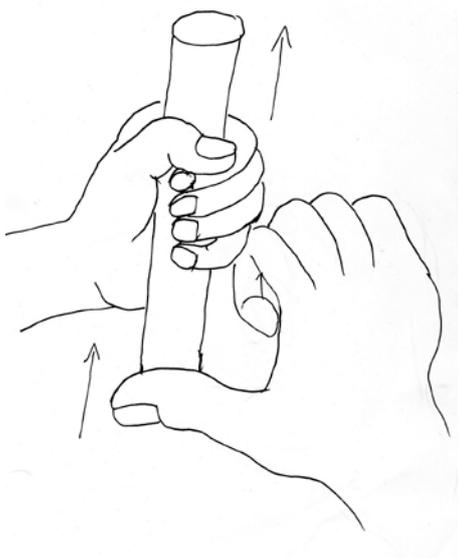
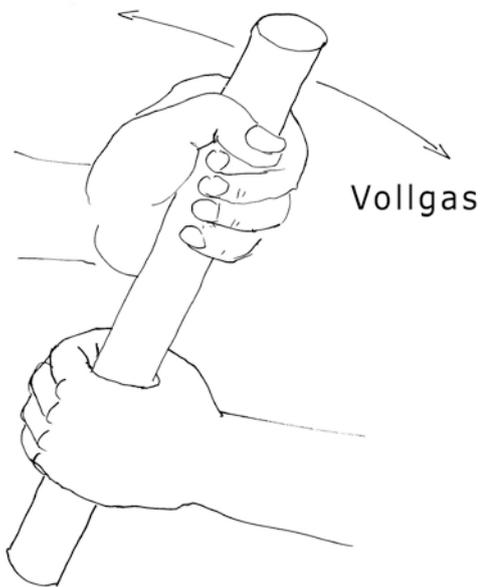
Hilfsmittel

- Audio- oder Videofeedback, Spiegel, Stab, Softball, Gummiband, Stoppuhr etc.
- Mat_3.1.4_Artikulatorische Phonetik - Visualisierungen, Mat_3.2.3_Identifikation Visualisierungen, Mat_2.1.3_Zwiebelschalenmodell, Mat_2.1.4_Information Ursache des Stotterns, Mat_3.2.4_Lokalisierung Anspannung

3.2.3_Identifikation Visualisierungen

Anspannung

- Gashebel (nach Sandrieser & Schneider, 2015) - Ein Stock wird als Gashebel verwendet – Vollgas bedeutet starke Anstrengung, kein Gas bedeutet Lockerheit
- Verschieden große Steine (s. S. 2), verschieden schwer gefüllter Rucksack (s. S. 2) hochheben
- Ball/Kuscheltier zusammendrücken
- Hände/Finger gegeneinanderdrücken
- Armdrücken
- Das Wort (den Stab) aus der Hand (dem Mund) herausdrücken



Dauer

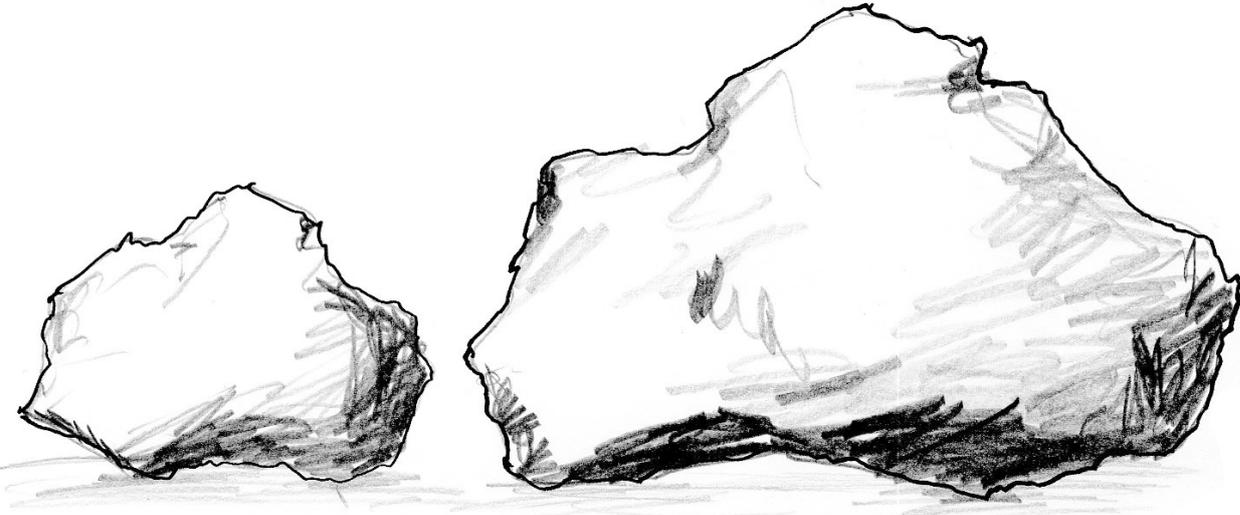
- Solange Person B mit dem Stift auf dem Papier einen Strich macht

- Solange eine Stoppkelle/die Hand hochgehalten wird
- Solange man vom Zauberstab berührt wird
- Solange eine Eieruhr läuft
- Solange die Tic-Tac-Bumm Bombe tickt etc.

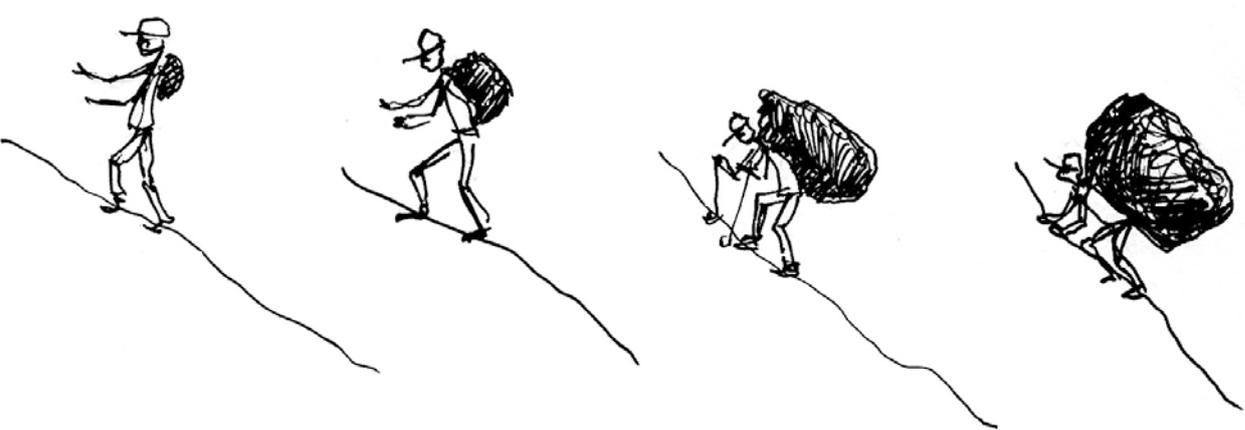
Anzahl von Iterationen

- Drehscheibe, Würfel

Wie anstrengend war das Stottern?

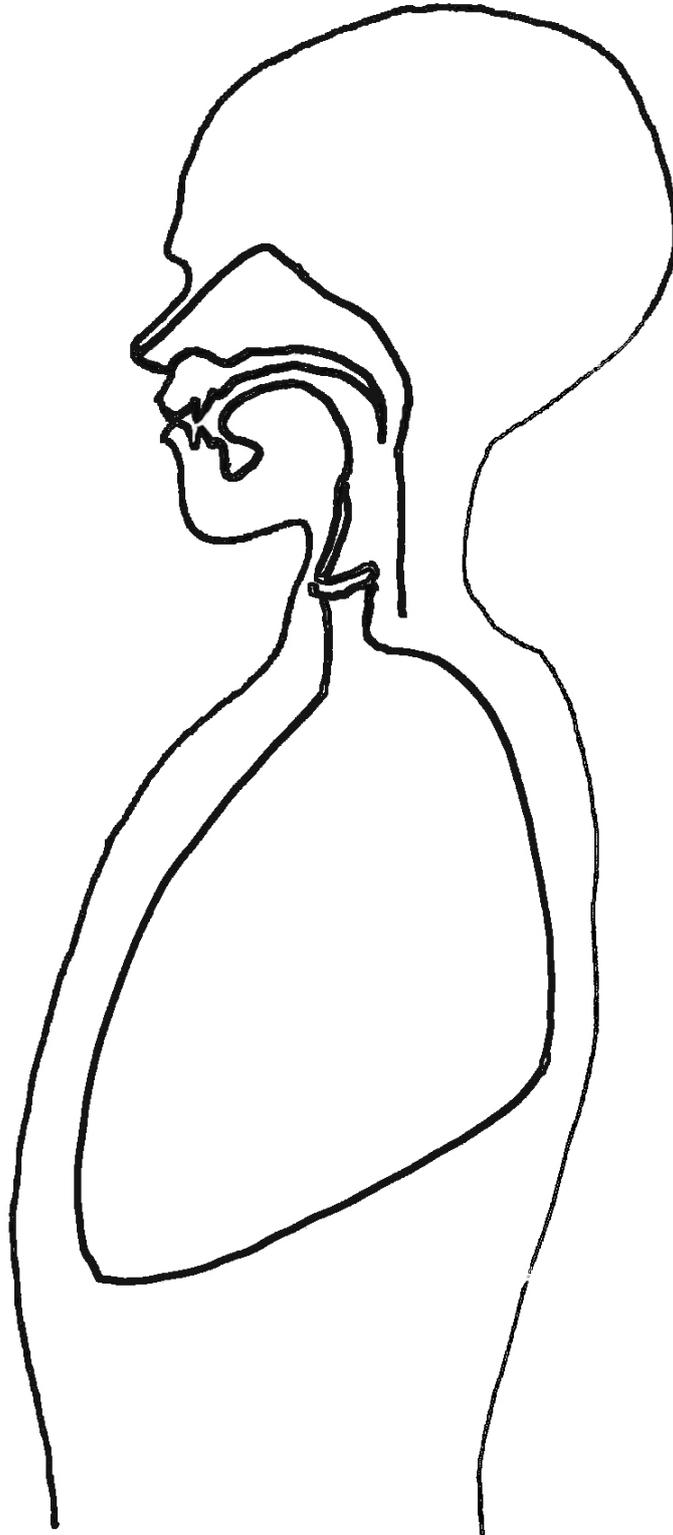


Wie anstrengend war das Stottern?



3.2.4_Lokalisierung Anspannung

Wo spürst du das Stottern?



Zeichne die Stellen ein, wo du das Stottern spüren kannst. Wie fühlt es sich an?

3.2.5_Videobeispiele Stottern

Kleines Mädchen

- <https://www.youtube.com/watch?v=dblwWfjKdck>

Hamit Altintop

- <https://www.youtube.com/watch?v=4Fo8iqkJiDM> Interview nach Spiel
- <https://www.youtube.com/watch?v=iAgGv1WEapA> Interview nach Spiel
- <https://www.youtube.com/watch?v=WFJmwSEz5Xw> Interview nach Spiel
- <https://www.youtube.com/watch?v=gthCcZ9mMuI> Lebensgeschichte – schönes Interview, wenig Stottern

Malte Spitz

- <https://www.youtube.com/watch?v=hkcOaZeVV74> zu “Kings Speech”
- Viele weitere Reden und Interviews

Der Graf (Unheilig)

- <https://www.youtube.com/watch?v=gUc051HoW8Q> redet über sein Stottern
- <https://www.youtube.com/watch?v=DGrPaVZH4mE> offizielles Video der Band
- <https://www.youtube.com/watch?v=Z3GA5Nkth7o&list=PLxEIAj2-pQGd5an8vVyGvqb6wHgvNR91X> Musik von Unheilig

3.3.1_Symptomregistrierung

Ziel der Symptomregistrierung ist es, dass das Kind so früh wie möglich ein Symptom bemerkt, damit es die Sprechtechnik rechtzeitig einsetzen kann.

- Kinder mit einer sehr guten Selbstwahrnehmung (Monitoring) nehmen auch sehr kurze Symptome wahr und können u.U. Symptome schon registrieren, bevor sie hörbar geworden sind. Daher können solche Kinder mit einer präventiven Prolongation das Symptom „abfangen“ bevor es hörbar wird.
- Bei einem durchschnittlichen Monitoring ist damit zu rechnen, dass Kinder längere Symptome gut wahrnehmen und Symptome unter 1 oder ½ Sek. nur sehr selten registrieren können. In diesem Fall brauchen diese kurzen Symptome nicht registriert zu werden.
- Bei mäßigem Monitoring registrieren Kinder nur lange oder sehr lange Symptome. Hier darf das Training nicht frustrieren. Häufige kurze Sequenzen mit Hilfen zur Aufmerksamkeitslenkung sind besser als seltene lange Übungen.
- Kinder mit schlechtem Monitoring muss man nicht mit der Symptomregistrierung „quälen“, sondern man kann in der Modifikation trotzdem die Sprechtechniken an Pseudosymptomen und mit Hilfestellung an echten Symptomen etablieren. Es besteht die Chance, dass intuitiv eine Symptomlösestrategie übernommen wird.
- Bei durch Schonraumeffekte reduzierter Symptomatik können stressigere Situationen gewählt werden, um ausreichend Symptome zu provozieren. Der Nachteil hierbei ist, dass das Monitoring unter Stress weniger gut gelingt.

Vorgehensweise

- Die Voraussetzung ist, dass das Kind die Symptomanalyse durchlaufen hat.
- Erklärung der Zielsetzung für das Kind (Mat_3.3.2_Symptomregistrierung Kind).
- Erwischenspiele in der Spontansprache (Mat_3.3.3_Erwischenspiele)
 - Sprechanlässe mit ausreichender Komplexität, um Symptome zu triggern (O_Übergreifendes Material).
 - Da nur das Kind echte Symptome hat, wird nur mit seinem Sprechen gearbeitet (außer, wenn es mal aus Gerechtigkeitsgründen andersherum sein muss).
 - Anfangs Verstärkung direkt nach jedem zuerst registrierten Symptom (Muggelsteine, Strichliste etc.).
 - Später Vergleich der Anzahl registrierter Symptome nach Ende der Gesprächssituation (Strichliste heimlich führen, damit dem Anderen kein auditives Signal gegeben wird).
 - Mögliche Signalgeber: Handereigniszähler, Knackfrösche, Halli-Galli-Klingel, Buzzer, Sound-Machine etc.

3.3.2_Symptomregistrierung Kind

Wie man das Stottern erziehen kann!

Mit dem Stottern ist es wie mit einem Welpen, einem kleinen Hundebaby, das alles anknabbert und auf allem herumkaut, wenn man nicht aufpasst. Es zerbeißt Pantoffeln und Stuhlbeine, den Teppich und den Schulfüller. Und wenn man nicht aufpasst, macht es auch noch ein Pfützchen.

Solange ein Welpen noch klein ist, muss man ständig wachsam sein und ihn erwischen, bevor er etwas kaputt nagt oder im Wohnzimmer Pipi macht. Und zwar muss man ihn so früh wie möglich erwischen, sonst ist es schon passiert. Nur so lernt er, dass er nichts annagen darf außer dem Hundespielzeug und dass er mit dem Pipimachen warten muss, bis jemand mit ihm Gassi geht.

Zu einer guten Hunderziehung gehört auch Geduld, denn so ein kleiner Welpen begreift das nicht sofort, sondern erst nach vielem Üben. Und man darf nicht böse sein mit ihm, sonst wird er unglücklich.



Genauso ist es mit dem Stottern. Wenn man gut aufpasst und es rechtzeitig erwischt, kann man verhindern, dass es lang und angestrengt wird. Daher lernst du am Anfang, das Stottern möglichst schnell zu erwischen. Sehr bald lernst du dann auch, wie du es mit dem Pullout leichter machen kannst.

So lernt das Stottern nach einigen Übungen, dass es dich nicht anstrengen darf und dich schnell wieder in Ruhe lässt. Und auf diese Weise erziehst du dein Stottern, damit es dich nicht mehr ärgert.

Wie bei einem Hundewelpen muss man auch Geduld haben, denn normalerweise erwischt man am Anfang das Stottern nicht immer



Jetzt geht es um die Wette: wer erwischt das Stottern zuerst?

	Das Stottern erwischt	
Runde 1		
Runde 2		
Runde 3		
Runde 4		
Runde 5		

	Das Stottern erwischt	
Runde 1		
Runde 2		
Runde 3		
Runde 4		
Runde 5		

	Das Stottern erwischt	
Runde 1		
Runde 2		
Runde 3		
Runde 4		
Runde 5		

3.3.3_Erwischenspiele

Erwischenspiele sind Wettbewerbsspiele mit dem Ziel, dass das Kind während des Sprechens seine Aufmerksamkeit auf vorher festgelegte Verhaltensweisen lenken kann. Dadurch wird die Fähigkeit gefördert, gleichzeitig den Inhalt und die Form des Gesagten im Blick zu haben.

Einsatz

- Zur Fehleranalyse während der Desensibilisierung und Modifikation
- Zur Identifikation, um Symptome zu analysieren
- Zur Modifikation zum Einsatz des Pullout an echten Symptomen

Erwischt werden können

Bestimmte Symptomarten, qualitative Merkmale (Anstrengung, Atemauffälligkeit etc.), sprachliches Vermeiderverhalten (Floskeln, Umformulierungen, Interjektionen), jedes Symptom, Fehler beim Pseudostottern oder Sprechtechniken (bewusst eingesetzte oder unabsichtliche)

Vorgehen

1. Kriterien genau festlegen und sich gegenseitig vormachen, ggf. ein betreffendes Symbol zur Erinnerung bereitlegen.
2. Signalgeber für beide Spieler – wer beim vereinbarten Kriterium als erster das Signal gibt, bekommt einen Punkt.
3. Therapeutin spricht zuerst und zeigt ab und zu das kritische Verhalten.
4. Kind spricht als zweites. Da es das kritische Verhalten auch absichtlich machen kann, gibt es in solchen Fällen mit Sicherheit vor der Therapeutin das Signal und gewinnt. Das ist zulässig.
5. Auswertung und Verstärkung.

Mögliche Signalgeber

- Handereigniszähler, Knackfrösche, Halli-Galli-Klingel, Buzzer, Sound-Machine etc.

3.3.4_ Identifikation Hausaufgaben

Hausaufgaben bei der Symptomanalyse und bei der Symptomregistrierung müssen behutsam durchgeführt werden, um das Kind nicht zu belasten, zu frustrieren oder zu überfordern.

Daher ist es sinnvoll, in der Therapiestunde eine gut realisierbare Vereinbarung zu treffen.

Beispielvereinbarung mit Eltern und Kind

- Bis zum nächsten Termin 4 x ein „Erwischenspiel“
- Das Erwischenspiel ist zu Ende, wenn 3 x Stottern erwischt wurde
- Kind darf aussuchen, wann die beiden freien Tage sind
- Beim Erzählen vor dem Gutenachtsagen
- Eltern dürfen nichts zum Stottern sagen
- Kind schreibt selbst auf (Mat_3.3.2_Symptomregistrierung Kind)

Wenn während der Therapiesitzungen kein echtes Stottern mehr ausgelöst werden kann, kann diese Hausaufgabe auch zur Symptomanalyse genutzt werden (Mat_3.2.2_Symptomanalyse, Mat_2.1.3_Zwiebelschalenmodell).

4 Modifikation

4.1 Prolongation

- 4.1.1_Elterninformation Modifikation
- 4.1.2_Elterninformation Prolongation
- 4.1.3_Information Kind Modifikation
- 4.1.4_Einführung Prolongation
- 4.1.5_Visualisierungen Prolongation
- 4.1.6_Biofeedback Prolongation
- 4.1.7_Fehleranalyse Prolongation
- 4.1.8_Prolongations-Leiter
- 4.1.9_Hausaufgaben Prolongation

4.2 Pullout

- 4.2.1_Elterninformation Pullout
- 4.2.2_Metaphern Pullout
- 4.2.3_Visualisierungen Pullout
- 4.2.4_Stoppen Pullout
- 4.2.5_Fehleranalyse Pullout
- 4.2.6_Pullout-Meister
- 4.2.7_Pullout-Leiter
- 4.2.8_Ankervorstellungen Pullout
- 4.2.9_Desensibilisierung Pullout
- 4.2.10_Umfrage Sprechtechniken
- 4.2.11_Hausaufgaben Pullout
- 4.2.12_Hausaufgabenvertrag Pullout
- 4.2.13_Erinnerungshilfen Pullout
- 4.2.14_Locker Herausstottern

4.1.1_Elterninformation Modifikation

In der Modifikation lernt das Kind, wie es das Stottern kontrollieren und leichter machen kann. Dazu gibt es zwei Sprechtechniken, die Prolongation und den Pullout.

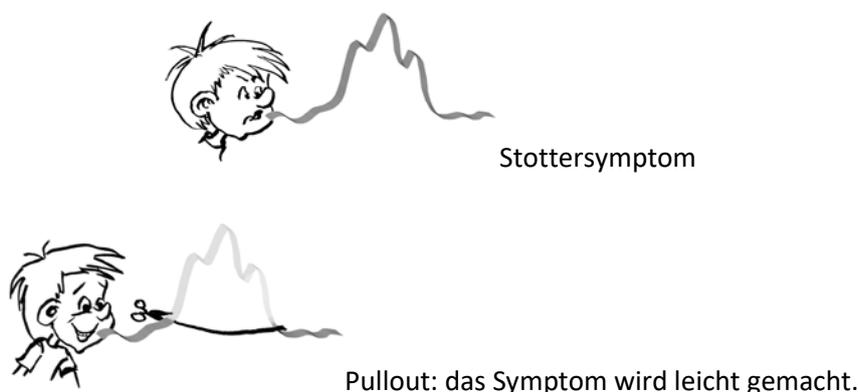
Prolongation

Die Prolongation ist eine Technik, mit der man dem Stottern vorbeugt. Man kontrolliert das Sprechen am Anfang eines Wortes, indem man die Sprechbewegung ganz bewusst und in Zeitlupe ausführt. Das hört sich ein wenig verändert an.

Man kann die Prolongation verwenden, wenn man merkt, dass gleich ein Stottersymptom kommt oder wenn man generell flüssiger sprechen will, denn bei vielen Menschen macht die Prolongation das gesamte Sprechen flüssiger.

Pullout

Der Pullout wird verwendet, wenn man schon im Stottersymptom feststeckt. Pullout bedeutet, dass man sich aus dem Symptom herauszieht. Dazu friert man die Sprechbewegung ein. So entsteht eine kleine Pause, in der man die Kontrolle über das Sprechen herstellt. Wer nicht selbst stottert kann sich kaum vorstellen, wie schwierig das sein kann. Daher gelingt das anfangs oft nicht. Nach dieser Pause beginnt man, mit einer Prolongation weiterzusprechen. So beugt man vor, dass beim selben Wort gleich wieder gestottert wird.



- Zuerst wird die Prolongation erarbeitet. Möglicherweise hat sie einen anderen Namen wie „Rutschbahn“ oder „Gummiwort“. Man beginnt mit einfachen Wörtern und wendet sie dann in immer schwierigeren Gesprächen an.

Eltern müssen die Prolongation nicht können, aber es ist gut, wenn sie erkennen können, wann eine Prolongation gut ist.

- Wenn ein Kind die Prolongation kann, wird der Pullout erarbeitet. Ihr Kind hat dafür möglicherweise ein Wort wie „Leichtmacher“ oder ähnlich. Zu Beginn wird absichtliches Stottern damit leicht gemacht, später wird echtes Stottern damit kontrolliert.

4.1.2_Elterninformation Prolongation

Mit der Prolongation kann man dem Stottern vorbeugen. Sie wird auch im Pullout gebraucht. Nicht für jedes Kind ist die Prolongation die beste Methode. Manche Kinder können dem Stottern besser mit einem kurzen lockeren Pseudostottern vorbeugen.

Bei der Prolongation kontrolliert man das Sprechen am Anfang eines Wortes, indem man die Sprechbewegung ganz bewusst und in Zeitlupe ausführt. Zum Beispiel beim Wort „Milch“ öffnen sich die Lippen ganz langsam. Das hört sich ein wenig verändert an, ein bisschen wie „Mwilch“. Bei Vokalen wie „u“ oder „a“ fängt man mit einer ganz weichen Stimme an.

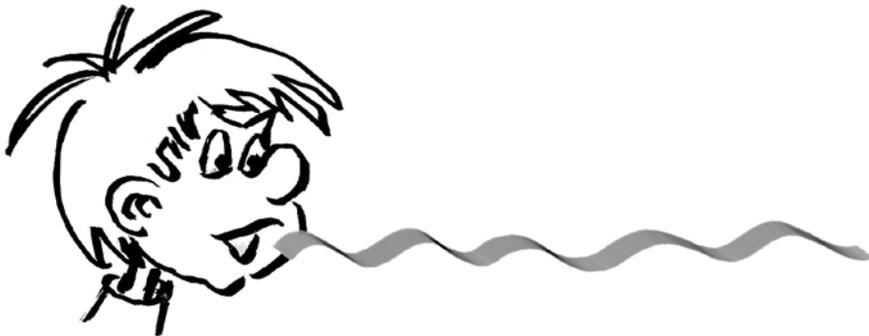
Meistens fängt man die Übungen mit Silben an wie „Fu“ oder „Scha“, bevor man ganze Wörter übt. Bei Wörtern wird immer nur der Anfang prolongiert. Und in Sätzen kann man sich aussuchen, welches Wort man prolongieren will.

Sollten Sie ihr Kind bei den Hausaufgaben unterstützen, müssen Sie die Prolongation nicht genauso gut können, wie ihr Kind. Es ist aber günstig, wenn Sie heraushören können, ob eine Prolongation gut war, damit Sie ihr Kind loben können. Die Therapeutin wird es Ihnen zeigen.

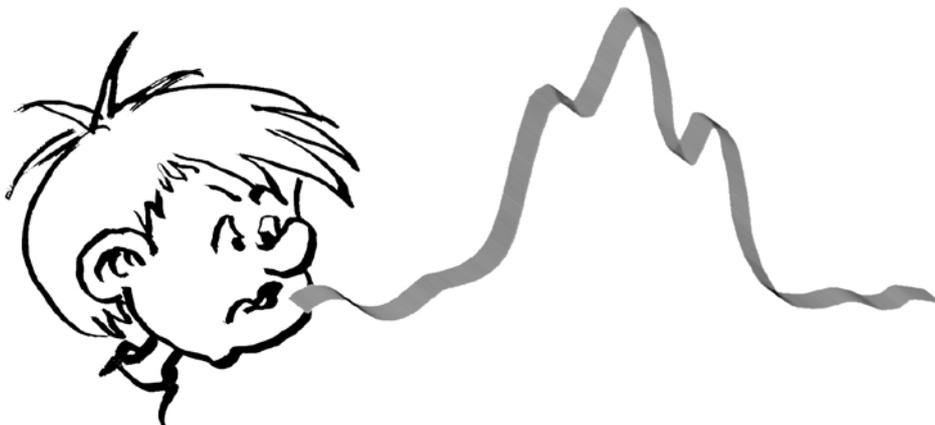
Bitte erwarten Sie nicht zu früh von ihrem Kind, dass es beim Sprechen im Alltag die Prolongation verwendet. Bis das möglich ist, braucht es viel Training. Die Therapeutin wird Ihnen sagen, ab wann Sie damit rechnen können.

4.1.3_Information Kind Modifikation Das Stottern leicht machen

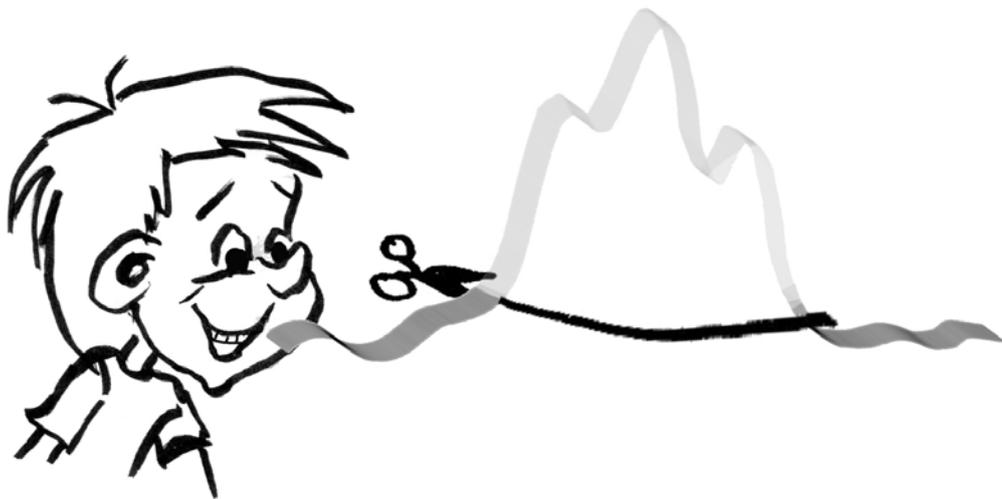
Louis spricht flüssig. Die kleinen Boten werden richtig losgeschickt und kommen genau zum rechten Moment an der richtigen Stelle an. Die Sprechlinie verläuft friedlich in kleinen Wellen.



Jetzt kommt ein Stottern. Louis hat das Gefühl, dass sein Mund und seine Stimme machen was sie wollen. Alles gerät durcheinander, und die Boten strengen sich richtig an, damit es weitergeht. Die Sprechlinie springt nach oben, je mehr Anstrengung, desto höher. Erst nach einer Weile übernimmt die Sprechzentrale wieder das Kommando, und so lange bleibt Louis im Stottern stecken.



In der Stottertherapie lernt Louis, wie er sein Stottern kontrollieren kann. Sobald er ein Stottern bemerkt, stoppt er das Sprechen. So kann die Sprechlinie nicht weiter ansteigen. Und es werden nicht immer weiter kleine Boten unnötig herumgejagt. Wenn Louis bemerkt, dass sich die Boten beruhigt haben, beginnt er wieder zu sprechen. Das tut er in einer ganz besonderen Weise, so dass die kleinen Boten ganz sicher sein können, dass nicht gleich wieder ein Stottern kommt. Die Sprechlinie wird ganz glatt weitergeführt und bald darauf kann Louis wieder ganz normal flüssig drauflos sprechen.



Die Sprechlinie

Die Sprechlinie geht immer vorwärts, wie die Zeit auch. Wenn jemand stottert, geht sie nach oben. Bei wenig Anstrengung nur ein bisschen, bei viel Anstrengung sehr viel. Wir probieren das gerade mal aus. Dabei kann man mit unterschiedlichen Farben mehrere Sprechlinien übereinander malen, so dass ein buntes Bild entsteht.

Male die Sprechlinie, wie sprechen und stottern soll.



Male die Sprechlinie so, wie du das Sprechen bei gehört hast!



..... malt jetzt die Sprechlinie so, wie du selbst gerade gesprochen hast!



4.1.4_Einführung Prolongation

Erläuterung für das Kind

„Beim normalen Sprechen arbeitet die Sprechkommandozentrale vollautomatisch. Wir müssen über nichts nachdenken, die Worte kommen wie von selbst, die Boten werden automatisch zur rechten Zeit an die richtige Stelle geschickt. Aber beim Stottern macht die Sprechkommandozentrale Fehler und schickt die kleinen Boten aus Versehen in falsche Richtungen oder zur falschen Zeit los. Also muss die Automatik vorübergehend abgeschaltet werden. Mit Zeitlupenwörtern werden die kleinen Boten bewusst und fehlerfrei losgeschickt. Dafür muss alles eine Zeit lang etwas langsamer geschehen, sonst verliert die Kommandozentrale doch wieder die Kontrolle.“

Vorgehen

- Das Prinzip der Zeitlupenbewegungen kann zunächst grobmotorisch vermittelt werden (Fußballszene nachspielen).
- Erarbeitet wird die Zeitlupe zunächst durch spontanes Vor- und Nachmachen von sinnlosen Silben (Mat_0.3_Items Silben- und Wortebene, Mat_0.10_Go-Training). Die Therapeutin kann dabei eine Handpuppe mit einem zu öffnenden Mund nutzen, die neben vielen richtigen Versuchen verschiedene Fehler macht, die denen des Kindes ähneln und die die Therapeutin korrigiert (Mat_0.3_Items Silben- und Wortebene, Mat_4.1.7_Fehleranalyse Prolongation). Fällt dies leicht, kann schnell zur Prolongation von ein- und mehrsilbigen Wörtern übergegangen werden. Übung mit Steigerung der linguistischen und emotional-situativen Schwierigkeit (0_Übergreifendes Material). Hierbei wird konsequent auf gute Qualität geachtet.
- Erarbeitung der Zeitlupe und Prolongation – phonologische Kriterien

Reihenfolge der Lautgruppen	Aktivität	Laute
Labial (dehnbar, gut sichtbar)	Verlangsamter Übergang vom Konsonanten zum Vokal	/f/w/m/
Lingual/Nasal (übrige dehnbare Laute)		/s/sch/j/l/n/r/
Labial (Plosiv, gut sichtbar)		/p/b/
Lingual, erst vorne, dann hinten (übrige Plosive)		/t/d/k/g/
Glottal (Vokale, Umlaute, Diphtonge)	Weicher Stimmeinsatz	/a/e/i/o/u/ö/ä /ü/au/eu/ai/
Aspirant	Direkt in den Stimmeinsatz gehen	/h/
Cluster	Verlangsamter Übergang von Laut zu Laut bis in den Vokal	

Hilfsmittel

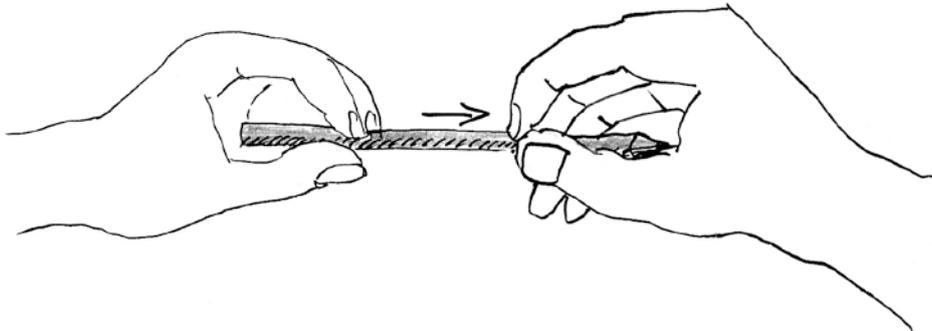
- Spiegel, Video
- Mat_4.1.6_Biofeedback Prolongation
- Mat_3.1.3_Artikulatorische Phonetik - Aufbau, Bewusstmachen der Artikulationsstellung des ersten Lautes und des anschließenden Vokals → bewusste Bewegung vom ersten zum zweiten Laut

Bewegungshilfen

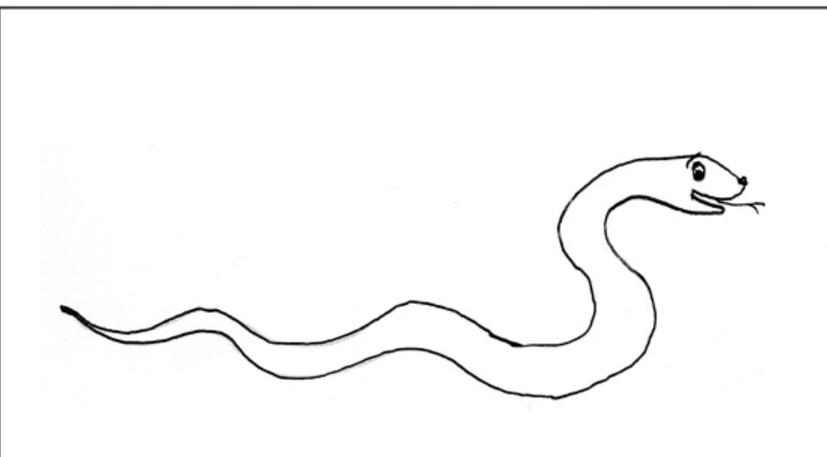
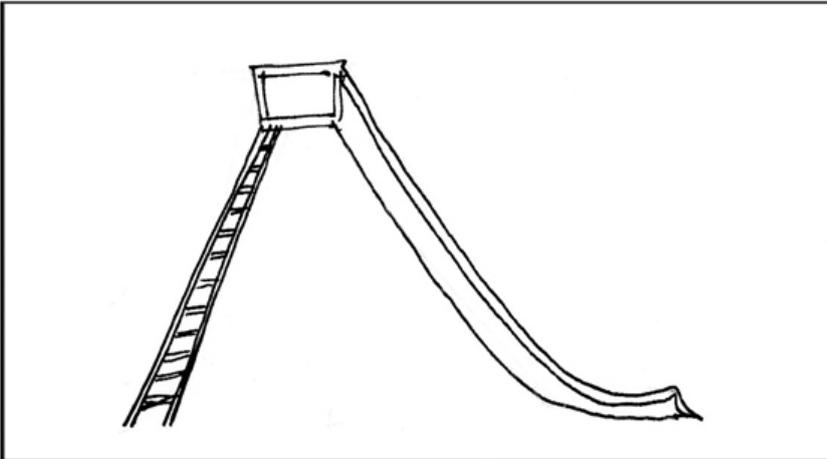
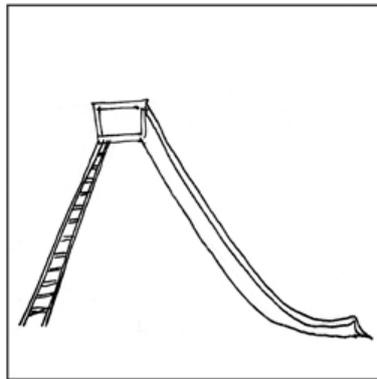
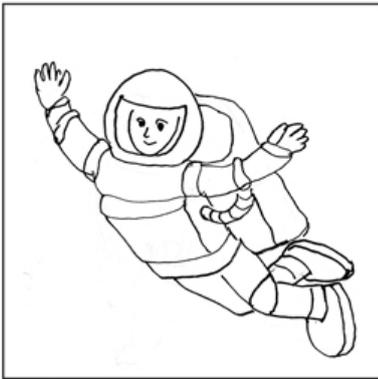
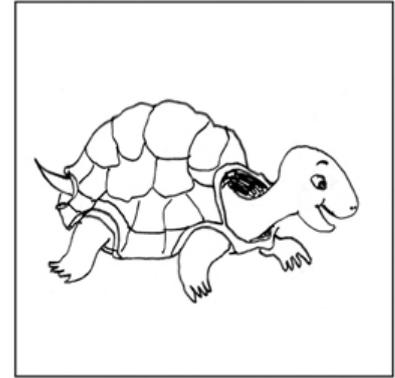
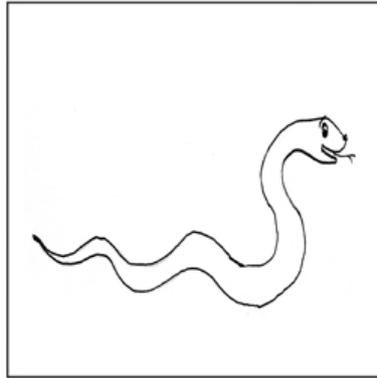
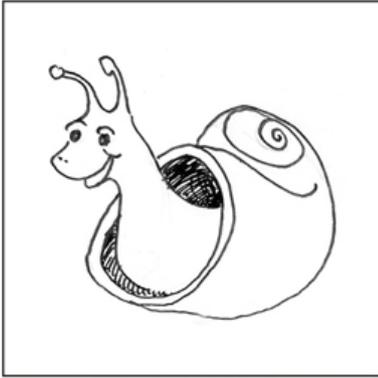
- Langsames Öffnen einer Hand (z.B. indem man den Mund einer Handpuppe langsam öffnet).
- Eine Hand streicht über die andere, dabei anfangs ganz vorsichtige Berührung.



- Ein Bleistift/eine dicke weiche Kordel wird mit der einen Hand langsam durch die Finger der anderen Hand gezogen. Anfangs liegen die Finger locker am Stift, so wie die Lippen oder Zunge an Zähnen/Lippe/Gaumen, dann wird die Berührung immer leichter bis sich Finger und Mund geöffnet haben. Die Silbe in Zeitlupe dauert so lange, bis der Stift aus der Hand gezogen wurde.



- Eine Gummischlange/ein Gummiband so lange ziehen, bis die Silbe in Zeitlupe gesprochen wurde.
- Mit dem Finger über die Abbildung einer Rutschbahn/Schlange o.ä. streichen.



4.1.5_Visualisierungen Prolongation

Verwendung der Visualisierungen

- Auswahl → das geeignetste Symbol für das Kind
- Grobmotorische Einführung (sich bewegen wie ...)
- Unterstützende Bewegung (während der Prolongation mit dem Finger die Schlange/ Rutschbahn entlangfahren)
- Als Teil einer Auswahlmenge (z.B. mit Pseudostottern)
- Erinnerungshilfe (Bildkärtchen auf den Tisch legen/hochheben)

Erläuterung

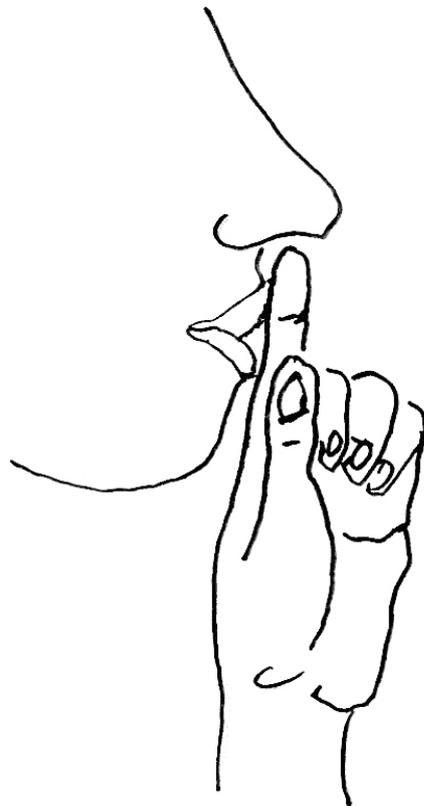
- Kassiopeia ist die Schildkröte aus Momo. Sie kann nicht sprechen, doch auf ihrem Panzer zeigt sie in Leuchtschrift ihre Botschaften. Im Reich von Meister Hora schreibt sie, dass man schneller vorankommt, wenn man langsam geht. Das hilft Momo, den grauen Männern zu entkommen und sie am Ende zu besiegen.
- Astronauten in der Schwerelosigkeit des Weltalls dürfen sich nicht zu schnell bewegen, sonst fliegen sie zu weit weg und kommen nicht mehr zur Weltraumstation zurück.

4.1.6_Biofeedback Prolongation

Kontrolle der Kieferöffnung: Daumen unter dem Kiefer, Finger am Jochbein



Kontrolle der Lippenöffnung: Finger an Ober- und Unterlippe



4.1.7_Fehleranalyse Prolongation

Mögliche Fehler bei der Prolongation

- Zu schnell
- Zu leise
- Fehlender Übergang vom Konsonanten in den Vokal bzw. kein weicher Stimmeinsatz bei Vokalen*
- Mitbewegung des Kopfes*
- Systematischer Verlust des Blickkontakts
- Überartikulation oder zu geringe Artikulationsweite
- Auffällige Atmung*

Vorbereitung: Fehler beobachten. Welche sind am ausgeprägtesten? Welche bauen sich von alleine ab? **Bei mit * gekennzeichneten Fehlern früh einschreiten! In jedem Fall verhindern, dass Fehler antrainiert werden. Es kostet einen unverhältnismäßig großen Aufwand, Fehler nachträglich abzubauen.**

Vorgehen

6. Demonstration der Ideal-Prolongation
7. Therapeut zeigt vereinzelt Fehler, Kind registriert, analysiert und korrigiert (Erwischenspiel, 1 Punkt fürs erwischen, 1 Punkt fürs korrigieren)
8. Rollentausch
9. Kind bewertet und korrigiert sich selbst (Feedback und besonders verstärken sofort nach dem korrigierten Wort!)

Prüfen: können die Eltern das übernehmen? → Feedback bei Hausaufgaben

4.1.8_Prolongations-Leiter

Zeitlupe kennen
Gute und schlechte unterscheiden können
Selber machen
In Silben
In kurzen Wörtern
In langen Wörtern
Wörter mit schwierigem Anfang
In kurzen Sätzen
In langen Sätzen
In einem einfachen Gespräch
In einem aufgeregten Gespräch
Beim Erzählen
Mit Fremden

4.1.9_Hausaufgaben Prolongation

Training 1 für _____

Datum _____

Zeitlupen mit Wörtern

Jede erledigte Hausaufgabe bringt Punkte

Punkte

Tag: _____

Wörter laut auf Anrufbeantworter mit Spitzen-Zeitlupen vorlesen.

Latte, Fieber, Garten, biegen, Popo, Fenster, vorne, Bitte, Post, Käse, Nase, Wiege, Finger, Pony, Bohne, Hund, Wald, Bild, wann, Boden

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.raetseldino.de/teekesselchen.html> und löse die Teekesselchen 1-4. Sprich die Lösungen mit Spitzen-Zeitlupen auf meinen Anrufbeantworter.

Tag: _____

Sprich die Lösungen mit Spitzen-Zeitlupen auf meinen Anrufbeantworter.

Welche Maus hat keine Beine?

An welchem Bein ist kein Fuß angewachsen?

Welche Ohren haben Schulhefte?

Mit welcher Birne wird es hell?

Welche Hose besteht nur aus Luft?

Tag: _____

Wörter laut auf Anrufbeantworter mit Spitzen-Zeitlupen vorlesen.

Abenteuer, Untergang, Opa, Abendessen, Elternabend, Oberfläche, Endspiel, Abseits, Elfmeter, Abwehr, Anstoß, Überfahrt, Erfindung

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.raetseldino.de/teekesselchen.html> und löse die Teekesselchen 5-6. Sprich die Lösungen mit Spitzen-Zeitlupen auf meinen Anrufbeantworter.

Training 2 für _____

Datum _____

Zeitlupen mit Sätzen

Jede erledigte Hausaufgabe bringt Punkte

Punkte

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.raetseldino.de/scherzfragen.html> und suche dir 5 gute Scherzfragen heraus. Stelle die Scherzfragen deiner Mama oder deinem Papa und verwende in jeder Scherzfrage zwei Spitzen-Zeitlupen und in der Antwort eine. Du darfst die Scherzfragen auch vorlesen.

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.raetseldino.de/scherzfragen.html> und suche dir 5 gute Scherzfragen heraus. Stelle die Scherzfragen deinem Freund oder deiner Freundin und verwende in jeder Scherzfrage zwei Spitzen-Zeitlupen und in der Antwort eine. Du darfst die Scherzfragen auch vorlesen.

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.labbe.de/blog/Tierische-Witze> und suche dir 3 kurze Witze heraus. Erzähle die Witze deiner Mama oder deinem Papa und verwende in jedem Witz drei Spitzen-Zeitlupen. Du darfst die Witze auch vorlesen.

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.labbe.de/blog/Tierische-Witze> und suche dir 3 andere kurze Witze heraus. Erzähle die Witze und verwende in jedem Witz drei Spitzen-Zeitlupen. Du darfst die Witze auch vorlesen.

Tag: _____

Gehe auf die Seite <https://www.labbe.de/blog/Schuelerwitze> und suche dir 3 gute Schülerwitze heraus. Erzähle die Witze deinem Freund oder deiner Freundin und verwende in jedem Witz drei Spitzen-Zeitlupen. Du darfst die Witze auch vorlesen.

Training 3 für _____

Datum _____

Zeitlupen mit Sätzen

Jede erledigte Hausaufgabe bringt Punkte

Punkte

Die Hausaufgabe soll nicht länger als Minuten dauern.

Tag: _____

Bitte deine Mama oder deinen Papa mitzumachen. Denkt Euch eine Person aus, die der andere kennen kann. Schreibt den Namen heimlich auf einen Klebezettel und klebt ihn dem Anderen auf die Stirn. Versucht nun durch abwechselnde Fragen herauszufinden, wer ihr seid. Nur wenn in der Frage eine Zeitlupe vorkam, darf der andere mit Ja oder Nein antworten.

Tag: _____

Bitte deine Mama oder deinen Papa mitzumachen. Überlegt wo man das Spiel am besten spielen kann. Mama oder Papa muss die Augen verbinden. Du sagst ihnen dann, wie viele Schritte sie geradeaus, nach links oder nach rechts gehen sollen. Doch Mama oder Papa geht nur los, wenn in Deinem Satz eine Zeitlupe vorkam.

Tag: _____

Bitte deine Mama oder deinen Papa mitzumachen. Auf den Tisch stellt ihr etwas zwischen euch, das so groß ist, dass man nicht sehen kann, was der andere macht. Außerdem braucht ihr 8 verschiedene Legosteine (Platten, Räder, Zweier, Vierer etc.). Und zwar genau zwei Mal. Papa (oder Mama) baut mit seinen 8 Steinen etwas, was du nicht sehen kannst. Wenn er fertig ist fragst du ihn, welchen Stein er wohin gebaut hat. Doch Papa (oder Mama) antwortet nur, wenn in Deiner Frage eine Zeitlupe vorkam. Dann tauscht ihr.

Tag: _____

Erzähle, welche Spiele deine Freunde haben und was du daran gut oder nicht so gut findest. Bitte deine Mama oder deinen Papa mitzumachen. Sie bekommen die Aufgabe, die Zeitlupen mitzuzählen. Notiert die Gesamtsumme der guten Zeitlupen.

Strichliste: Gute Zeitlupen

Tag: _____

Diskutiere mit Mama oder Papa über Computerspiele. Macht aus, wer für Computerspiele ist und wer dagegen ist. Mache dabei möglichst viele Zeitlupen. Mama oder Papa bekommen die Aufgabe, deine Zeitlupen mitzuzählen. Notiert die Gesamtsumme der guten Zeitlupen.

Strichliste: Gute Zeitlupen

4.2.1_Elterninformation Pullout

Ihr Kind hat inzwischen die Prolongation gelernt und wendet sie an, um Stottersymptomen vorzubeugen. Nun lernt es die Sprechtechnik „**Pullout**“, um sich zu helfen, wenn es in Symptomen festhängt. Pullout bedeutet, dass man sich aus dem Symptom herauszieht. Das Stottersymptom verschwindet also nicht völlig, es wird nur leichter und kürzer gemacht, wie die folgende Abbildung zeigt:



Stottersymptom



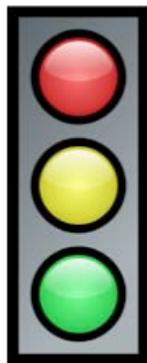
Pullout: Das Stottersymptom wird leicht gemacht

Der Pullout besteht aus 3 Phasen, wie bei einer Ampel:

1. Stoppen

2. Einfrieren

3. Prolongation



Danach kann man unbekümmert weitersprechen.

Hier noch einmal die drei Phasen im Einzelnen:

1. Stoppen: Wer nicht selbst stottert, kann sich nur schwer vorstellen wie schwierig es ist, rechtzeitig echte Stottersymptome beim Sprechen zu erwischen und dann sein Sprechen zu stoppen. Daher beginnt man zuerst, absichtliche Stottersymptome zu stoppen. Erst dann wird es auf echte Stottersymptome übertragen.
2. Einfrieren: So entsteht eine kleine Pause, in der man die Kontrolle über das Sprechen herstellt und die Anspannung senkt. Gerade wenn man schnell etwas erzählen will, braucht das Geduld.
3. Prolongation: Nach dieser Pause beginnt man, mit einer Prolongation weiterzusprechen. So beugt man vor, dass beim selben Wort gleich wieder gestottert wird.

Der Pullout wird zuerst an absichtlichen Stottersymptomen geübt, da es zu schwer ist, ihn gleich zu Anfang an echten Symptomen anzuwenden.

Für die Übertragung auf echte Symptome braucht das Kind viel Geduld. Damit es nicht frustriert aufgibt, dürfen Sie es in dieser Zeit nicht dazu auffordern, den Pullout beim Sprechen im Alltag anzuwenden. Überlassen Sie der Logopädin und Ihrem Kind das Üben und beginnen Sie erst dann, selbst mit dem Kind zu üben, wenn die Logopädin und ihr Kind Sie um Unterstützung bitten und Sie genau angeleitet wurden, was zu tun ist.

Nicht allen Kindern gefällt der Pullout. Auch wenn man damit das Stottern kontrollieren und leichter machen kann, bleibt er doch auffälliger als völlig flüssiges Sprechen. Daher muss häufig auch gegen den Pullout desensibilisiert (abgehärtet) werden.

Je aufregender oder komplizierter eine Sprechsituation ist, desto schwieriger ist es, an den Pullout zu denken und ihn gut auszuführen. Daher wird der Pullout sowohl an absichtlichen als auch an echten Symptomen in immer schwierigeren Situationen geübt. Langfristig wird das Kind lernen, sie auch selbstständig einzusetzen, wenn es ihm wichtig ist, z.B. in der Schule.

Auch wenn stotternde Kinder oder Erwachsene den Pullout sehr gut beherrschen gibt es immer wieder Situationen, in denen sie ihn nicht einsetzen. Das kann zwei Gründe haben:

1. Es ist ihnen gerade nicht wichtig, flüssiger zu sprechen. Das sollte man respektieren, denn man kann sich nicht immerzu kontrollieren.
2. Sie bekommen keine Kontrolle über das Symptom. Das geschieht vor allem in sehr aufregenden anstrengenden Situationen. Das bedeutet nicht, dass der Pullout grundsätzlich wirkungslos ist, sondern dass speziell diese Anforderung zu hoch ist, um ihn wirkungsvoll einzusetzen. Auch hier sollte man das Kind nicht auffordern, sich mehr anzustrengen, denn das tut es ja bereits.

4.2.2_Metaphern Pullout

Autobahn-Metapher

„Die kleinen Boten müssen bei einem echten Stottern mühsam über krumme, steinige und anstrengende kleine Wege klettern mit Löchern, in denen man feststecken kann. Wenn sie den Pullout machen, wechseln sie auf einen glatten und sicheren Weg. Weil bisher noch keine kleinen Boten darauf gelaufen sind, ist der Weg anfangs noch ganz klein, eine kaum sichtbare und noch ein wenig holprige Spur im Gras. Aber jedes Mal, wenn die kleinen Boten den Pulloutweg laufen, machen sie ihn größer und glatter. Sie gießen bei jedem Pullout ein wenig Teer auf den Weg, der dann von der Prolongation glatt gemacht wird. Und je öfter sie den Pullout-Weg teeren, desto glatter und breiter wird er, erst ein Feldweg, dann eine Straße und am Schluss eine Autobahn. Und je größer die Straße, desto einfacher haben es die kleinen Boten, desto leichter wird der Pullout. Und die alten holprigen mühsamen Wege beim Stottern werden kleiner, je seltener Boten darauf laufen.“

„Autopilot“-Metapher (Starke, o.J.)

„Wenn wir sprechen, müssen wir normalerweise nicht darüber nachdenken, was unser Mund als Nächstes tun soll. Das funktioniert nur, weil unser Sprechen ganz automatisch und von allein abläuft. Das lässt sich mit dem Autopiloten eines Flugzeuges vergleichen. Der steuert das Flugzeug bei ruhigem Wetter, und der Pilot kann in Ruhe aus dem Fenster schauen und braucht nichts zu tun. Wenn aber ein Sturm kommt oder eine schwierige Landung, dann schafft der Autopilot das nicht. Es wird auf Handsteuerung umgestellt, und der Pilot steuert selbst. Genauso ist es, wenn du beim Sprechen in einen Stottersturm kommst. Damit du da möglichst schnell heil rauskommst brauchst du die „Handsteuerung“. Das sind entweder „Prolongation“, „Pullout“ oder „Locker Herausstottern“. Und wenn der Stottersturm vorbei ist, kann dein Autopilot wieder die Steuerung übernehmen und du sprichst ganz normal weiter.“

Radiergummi-Pullout (Nachbesserung) (Frei nach Van Riper, 2006)

Schreib mal „Papa“. Musstest du darüber nachdenken, wie das geschrieben wird? Wie die Buchstaben gehen? Nein! Das kommt daher, weil du das schon so viel hundert Mal geschrieben hast. Und jedes Mal, wenn Du es wieder geschrieben hast, wurde die Schrift in deinem Gehirn stärker und sicherer. Jetzt kannst du „Papa“ ganz automatisch schreiben. Aber ganz am Anfang der ersten Klasse, da konntest du das noch nicht. Das kam dadurch, dass du das immer wieder geübt hast.

Mit dem Stottern ist es ähnlich wie mit dem Schreiben. Jedes Mal, wenn du lang und angestrengt stotterst, wird die Schrift in deinem Gehirn stärker und fester für das angestrengte Stottern. Und jedes Mal, wenn du das Wort mit dem Pullout leichter stotterst, ist das wie ein Radiergummi, der die Anstrengung beim Stottern ein wenig mehr ausradiert. Du kannst die Anstrengung ausradiieren, wenn du das Stottern sofort leichter machst, wenn du es bemerkst. Aber auch, wenn du ein Stottern zu spät bemerkt hast, kannst du die Anstrengung ausradiieren. Dann stotterst du den Anfang vom Wort noch einmal mit Absicht und machst es dann leichter. Und dann hast auch wieder ein Stückchen Anstrengung mehr wegradiert.

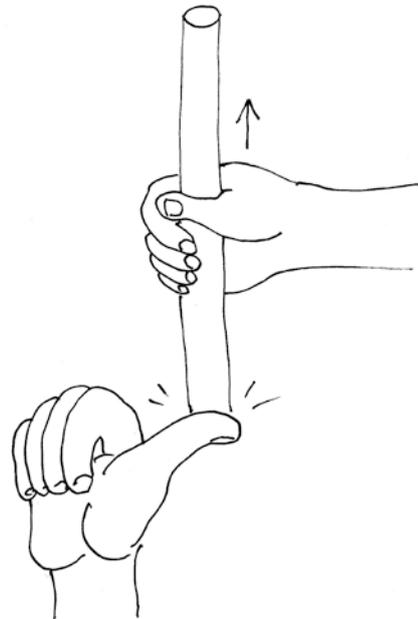
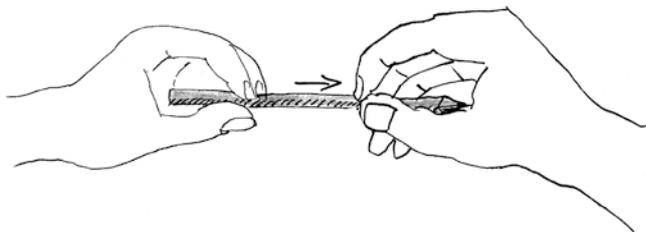
4.2.3_Visualisierungen Pullout

Inhalt:

- S. 1-2 Regulierung von Anspannung
- S. 2 Chinesische Fingerfalle
- S.3 Einfrieren und schmelzen lassen
- S. 4-5 Ablauf des Pullout
- S. 6 Kriterien für einen guten Pullout

Regulierung von Anspannung

Person A hält den Stab fest in der Hand. Person B versucht, den Stab herauszuschieben. Das wird erst möglich, wenn Person A die Anspannung nach und nach lockert. Es geht darum, genau herauszufinden, wann das Durchgleiten des Stabes durch die Hand beginnen kann.



Analoges Vorgehen mit einem Bleistift, der aus der anderen Hand gezogen wird.



Die **Chinesische Fingerfalle**, auch „Mädchenfänger“ genannt, ist ein online bestellbarer Scherzartikel bestehend aus einer geflochtenen Röhre aus Bast oder Kunststoff. Schiebt man von beiden Seiten einen Finger hinein, sind diese gefangen und können mit Gewalt oder schnellen Bewegungen nicht mehr befreit werden. Die Falle zieht sich vielmehr immer fester zu. Erst wenn man den Versuch aufgibt, loszukommen und die Finger in der Röhre aufeinander zubewegt, lassen sie sich langsam und behutsam befreien.

Visualisierung der Metapher von Pu dem Bären, der zu viel Honig gegessen hat und deshalb im Loch vom Kaninchen feststeckt. Erst nach einer Wartezeit (Freezing) kann er befreit werden. Bei dieser Metapher hervorheben, dass sich das Kind aus den gestotterten Wörtern selbst befreit!

Die Metapher kann mit einer Stoffpuppe von Pu der Bär (oder einem Softball) nachgespielt werden: Im Symptom den Bären so stark drücken, wie die Anspannung ist, dann Spannung lösen und Pu Bär herausziehen.

Keine Abbildungen aus urheberrechtlichen Gründen. Siehe:

<https://www.pinterest.de/pin/429882726905613087/>

<https://www.pinterest.de/pin/429882726905613097/>

<https://www.pinterest.de/pin/291819250848496394/>

Einfrieren und schmelzen lassen

siehe: Mat_4.2.4_Stoppen Pullout

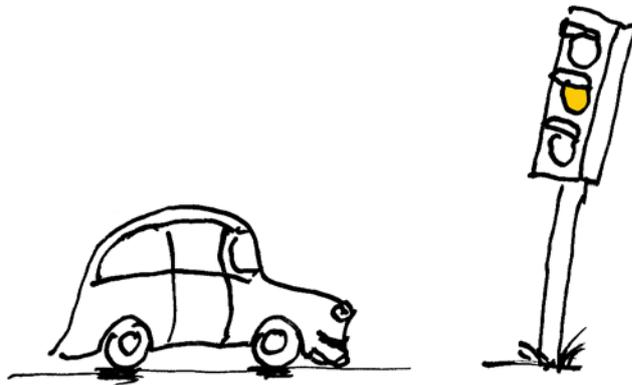
siehe letzte Seite Visualisierung Pullout: „Kriterien für einen guten Pullout“



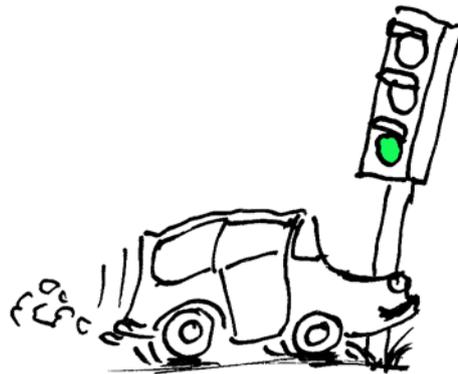
Ablauf des Pullout



1. _____

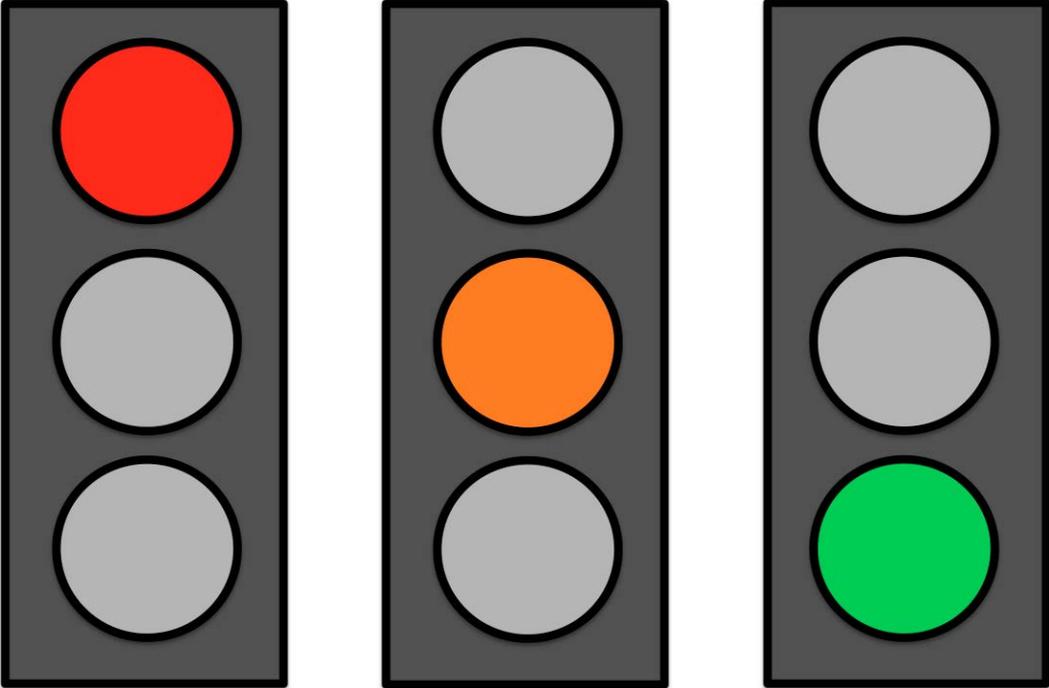


2. _____



3. _____

Ablauf des Pullout



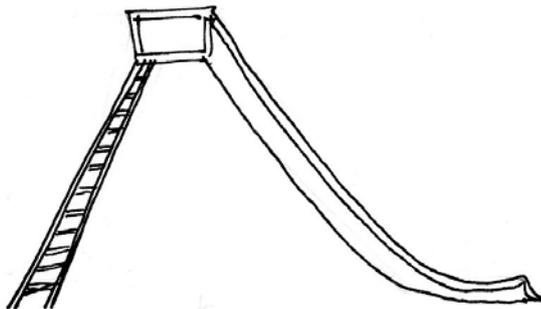
Kriterien für einen guten Pullout



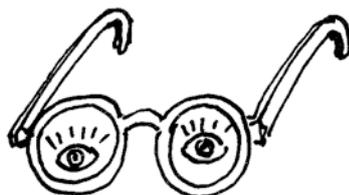
Stoppen



Einfrieren und Zeit zum Schmelzen



gute Rutschbahn



Blickkontakt

4.2.4_Stoppen Pullout

Ziele:

- Eine intendierte Handlung/Sprechhandlung unterbrechen
- Das Muster im Symptom unterbrechen und Kontrolle übernehmen
- Den Zeitverlust aushalten
- Mögliche Ungeduldsreaktionen anderer aushalten

Vorgehen:

- Erklärung des Effektes des Stoppens im Symptom: „Der Sprechzentrale und den kleinen Boten die Möglichkeit geben, wieder in Ordnung zu kommen, damit man flüssiger weitersprechen kann.“
- Vorübung: Handlungen unterbrechen im Spiel „Hexenstopp“. Alle bewegen sich im Raum umher. Sobald die Hexe „stopp“ ruft, müssen alle in ihrer Bewegung einfrieren und stillhalten, bis die Hexe „weiter“ sagt. Wer sich bewegt, wird Hexe und darf als nächstes „stopp“ sagen. Es macht viel Spaß, wenn ein Elternteil mitmacht.
- Vorübung: Dieselbe Übung wie „Hexenstopp“. Diesmal bewegt man sich nicht durch den Raum, sondern erzählt etwas oder liest etwas vor. Statt des Rufs „Hexenstopp“ kann man auch mit einem Zauberstab berühren oder eine Polizeikelle zeigen. Wieder wird die Sprechbewegung eingefroren, bis der Zauber aufgehoben wird.
- Stoppen von Pseudosymptomen: Die Therapeutin zeigt lange Pseudosymptome. Das Kind stoppt die Therapeutin. Diese darf erst das Wort locker zu Ende stottern und dann weitersprechen, wenn das Kind das Signal dazu gibt. Dann Rollentausch.
- Einführung der Spannungsreduktion beim Einfrieren: Metapher: „schmelzender Schneemann“. Sich gegenseitig als „Schneemann“ an den Armen/Händen zeigen, wie der „Schmelzvorgang“ aussieht, wie lang er dauert und wie er sich anfühlt. Kinder, denen die Entspannung schwerfällt, ggf. mit Jacobson vorbereiten. Symbolisieren des Einfrierens und Abwartens durch eine Uhr. (Mat_4.2.3_Visualisierungen Pullout).
- Übertragung auf den Artikulationsbereich im Pseudosymptom. Wieder bestimmt erst das Kind über die Therapeutin. Anfangs deutlichen Kontrast zwischen Anspannung und Entspannung zeigen, später weniger deutliche Unterschiede. Klare Verbalisierung der Beobachtungen. Es ist unwesentlich, wie das Wort danach zu Ende gesprochen wird. Rollentausch.
- Weiterarbeit mit Hinzufügung der Prolongation und Pullout-Meister.

4.2.5_Fehleranalyse Pullout

Mögliche Fehler beim Pullout

- Stoppen fehlt*
- Pause zu kurz
- Pause nicht genutzt
- Alle Fehler, die auch bei der Prolongation möglich sind

Vorbereitung

- Fehler beobachten. Welche sind am ausgeprägtesten? Welche bauen sich von alleine ab?

Bei mit * gekennzeichneten Fehlern früh einschreiten! In jedem Fall verhindern, dass Fehler antrainiert werden. Es kostet einen unverhältnismäßig großen Aufwand, Fehler nachträglich abzubauen.

Vorgehen

10. Demonstration des Ideal-Pseudo-Pullout
11. Therapeut zeigt vereinzelt Fehler, Kind registriert, analysiert und korrigiert
(Erwischenspiel, 1 Punkt fürs Erwischen, 1 Punkt fürs korrigieren)
12. Rollentausch
13. Kind bewertet und korrigiert sich selbst (Feedback und besonders verstärken sofort nach dem korrigierten Wort!)
14. Hausaufgaben: Prüfen ob die Eltern das mit dem Kind durchführen können, d.h. können sie
 - die Qualität sicher beurteilen?
 - in wertschätzender Weise auch kritisches Feedback geben?
 - ertragen, vom Kind korrigiert zu werden?
 - den Pseudo-Pullout nur auf die Übung beschränken?

4.2.5_Fehleranalyse Pullout

Mögliche Fehler beim Pullout

- Stoppen fehlt*
- Pause zu kurz
- Pause nicht genutzt
- Alle Fehler, die auch bei der Prolongation möglich sind

Vorbereitung

- Fehler beobachten. Welche sind am ausgeprägtesten? Welche bauen sich von alleine ab?

Bei mit * gekennzeichneten Fehlern früh einschreiten! In jedem Fall verhindern, dass Fehler antrainiert werden. Es kostet einen unverhältnismäßig großen Aufwand, Fehler nachträglich abzubauen.

Vorgehen

15. Demonstration des Ideal-Pseudo-Pullout
16. Therapeut zeigt vereinzelt Fehler, Kind registriert, analysiert und korrigiert
(Erwischenspiel, 1 Punkt fürs Erwischen, 1 Punkt fürs korrigieren)
17. Rollentausch
18. Kind bewertet und korrigiert sich selbst (Feedback und besonders verstärken sofort nach dem korrigierten Wort!)
19. Hausaufgaben: Prüfen ob die Eltern das mit dem Kind durchführen können, d.h. können sie
 - die Qualität sicher beurteilen?
 - in wertschätzender Weise auch kritisches Feedback geben?
 - ertragen, vom Kind korrigiert zu werden?
 - den Pseudo-Pullout nur auf die Übung beschränken?

4.2.7_Pullout-Leiter

Pullout kennen
Gute und schlechte unterscheiden können
Selber machen
In Wörtern
Wörter mit schwierigem Anfang
In Sätzen
In einem Gespräch
Beim Erzählen
Bei echtem Stottern
Ohne Erinnern
Mit Mutleiter
Wie kann ich mir allein helfen?

Ende

4.2.8_Ankervorstellungen Pullout

Mit einem „Anker“ ist ein Komplex aus positiven Vorstellungsbildern und Körpergefühlen gemeint, der mental aktiviert werden kann, um in einer schwierigen Situation sicher handeln zu können. Er soll die Zuversicht und Kontrollüberzeugung stärken, dass man das Symptom bewältigen wird. Dabei wird das Kontrollgefühl aus einem erfolgreichen Kontext auf Kommunikationssituationen übertragen. Auf solch einen Anker kann einerseits in der Desensibilisierung zurückgegriffen werden, andererseits lässt er sich in die Anwendung des Pullout integrieren.

Um einen Anker herzustellen, braucht man die Erinnerung an eine Situation mit positiver Kontrollüberzeugung und das damit verbundene Körpergefühl (z.B. die Sicherheit, ein guter Fußballspieler, Pokemonspezialist, Legotechnik-Konstrukteur, Super-Mario-Spieler etc. zu sein).

Beispiel

„Wann bist du richtig stolz, weil du etwas gut hingekriegt hast?“ „Wenn ich ein Tor geschossen habe“.
„Stell dir das einmal ganz genau vor, wie das beim letzten guten Tor von dir war.“ „Plötzlich hatte ich den Ball und dann bin ich nach vorn und hab geschossen“. „Und wie hast du dich da gefühlt?“ „Gut natürlich.“ „Und jetzt möchte ich, dass du genau das Gefühl, ein guter Fußballer zu sein festhalten und wachrufen kannst. Schau, hier habe ich einen unsichtbaren Zauberteppich, nicht groß, gerade so, dass du bequem drauf stehen kannst mit beiden Beinen. Stell dich drauf und schließe die Augen. Und jetzt bist du wieder auf dem Fußballplatz und du siehst noch mal, wie der Ball durch deinen Schuss ins Tor geht. Wie fühlt sich das an, so gut Fußball spielen zu können? Kalt oder warm, steif oder lebendig, ist da ein Gefühl im Bauch, im Herz, im Hals? Wie stehst du da? Nimm das Gefühl, dass du es schaffen kannst noch einmal bewusst wahr und dann machst du die Augen auf und gehst runter vom Teppich, in die andere Ecke vom Zimmer. Stell dir einen ganz normalen Schultag vor, und da das langweiligste Fach, das dir einfällt. Wie fühlt sich das an (ggf. Auswahlmenge anbieten)?“

Wenn dieser langweilige Zustand wahrgenommen werden kann, legt das Kind wieder den Zauberteppich aus und stellt darauf wieder das positive Gefühl her. Mehrfach wechseln zwischen positivem Gefühl und langweiligen, später angstbesetzte Situationsvorstellungen. So soll erreicht werden, sich selbst in eine zuversichtliche mentale Position zu bringen.

Statt des Zauberteppichs kann auch die Insel aus der Rahmentherapie „Mat_6.2_Gute Momente - Insel finden“ verwendet werden. Und wenn keine konkrete Erfahrung mit einer Kontrollüberzeugung zu finden ist, kann eine solche imaginiert werden oder das Krafttier (Mat_6.9_Stärkung der Kontrollüberzeugung) gerufen werden.

Um den Pullout mit diesem Gefühl zu koppeln, kann man Übungen zum (Pseudo-)Pullout auf dem „Zauberteppich“ machen, wobei die Botschaft lautet: *„Du vertraust beim Fußball darauf, dass du dich auf deine Füße verlassen kannst. Genauso kannst du darauf vertrauen, dass dir das Schmelzen des Stotterns gelingt und danach die Prolongation mühelos gelingt.“* Dabei das Schmelzen nicht erzwingen, sondern beobachten, wie es geschieht und den Moment abpassen, wann das Stottern geschmolzen ist (ggf. alternative Bilder anbieten wie „im Boden versickern, verdunsten, schrumpfen, in Wasser auflösen“ etc.).

Nun kann dieses positive Gefühl auf Sprechsituationen im Rollenspiel mit (Pseudo-)Pullout übertragen werden – vor dem Rollenspiel oder sogar innerhalb des Rollenspiels den Teppich ausbreiten und imaginär darauf steigen. Später Transfer auf In-vivo, Hausaufgaben und Zielsituationen (siehe Desensibilisierung/Generalisierung).

4.2.9_Desensibilisierung Pullout

Indikation

- Geringe Akzeptanz für den Pullout an sich
- Akzeptanz für den Pullout, aber Versuche, ihn möglichst kurz und unauffällig zu machen, weshalb er keine Wirkung zeigt und das Kind keine gute Kontrolle bekommt.

Ziele

- Selbstsicherheit und Gelassenheit bei der Anwendung des Pullout
- Die benötigte Zeit aufbringen
- Zur Auffälligkeit des Pullout stehen

Vorgehen

- Bedenken des Kindes ernstnehmen → Zuhörerbefragung zur Bewertung der Technik (Mat_4.2.10_Umfrage Sprechtechniken)
- Formulierung des Endziels: Z.B. „Ich verwende das Zauberwort, wenn ich die Hausaufgabe vorlese.“
- Erstellen einer Trainingshierarchie (Mutleiter)
- Erarbeitung der Situationen: Dabei ist zu berücksichtigen, dass i.d.R. der erste Schritt immer ist, die Technik überhaupt einzusetzen und dass erst in den darauffolgenden Schritten, also sobald das Angstniveau es zulässt, auf die Qualität der Technik geachtet wird.
- Kriterien für die Qualität: Wird im Pullout die Pause weggelassen → beobachten, ob die Kontrolle erhalten bleibt, d.h. ob die Prolongation gut gelingt und flüssig weitergesprochen werden kann.
- Wird im Pullout die Prolongation verkürzt bzw. kein verlangsamer Übergang vom ersten zum nächsten Laut oder kein weicher Stimmeinsatz verwendet, ist dies immer zu korrigieren.
- Desensibilisierung gegen den Zeitverlust im Pullout:
- Gegenkonditionierung gegen „andere warten lassen“, bezogen auf die Sprechtechniken, aber auch auf andere Handlungen (z.B. „Aufträge nicht sofort ausführen, sondern sagen: „Moment mal, gleich“. Ggf. Trainingshierarchien.
- Hausaufgaben zum „Wartenlassen“ (sicherstellen, dass keine negativen Konsequenzen zu erwarten sind, ggf. Umgebung vorinformieren, damit von dort Verstärkung kommen kann).
- Sich gegenseitig im Symptom das Signal geben, wie lang die Pause zu halten ist (Verzaubern, Stoppschild).
- Modell ausreichend langer Pullouts
- Verstärkung ausreichend langer Pullouts bei jeder Gelegenheit
- Hausaufgaben mit Audiofeedback
- Desensibilisierung gegen das Anderssein/Auffallen:
 - Gegenkonditionierung gegen Variationen in der Kleidung oder im Verhalten. Kind und Therapeutin (ggf. Eltern/Freunde einbeziehen) verändern am nächsten Termin etwas an ihrer Kleidung (oder ihrem Verhalten) in ungewöhnlicher Weise (z.B. Jacke verkehrt herum anziehen, eine neue Floskel verwenden). Geschaut wird, ob die anderen merken, was verändert wurde. Ggf. Hierarchie entwickeln für Aspekte, die man gerne zeigen würde, aber sich bisher nicht getraut hat (Situationshierarchie).
 - Beobachtung, wie andere damit umgehen, wenn sie auffallen und bei wem Anderssein akzeptiert wird und warum.
- Begleitende Maßnahmen: Information der Zuhörer (Familie, Freunde, Schule) über die Techniken, ggf. Etablierung eines Unterstützungssystems.

4.2.10_Umfrage Sprechtechniken

Indikation

- Bei zögerlicher Anwendung von Prolongationen/ Pullout
- Ablehnung des Transfers

Ziel

- Überprüfung und Veränderung von Phantasien bzgl. Umweltreaktionen auf Sprechtechniken

Vorgehen

1. Befragung zu Phantasien
2. Formulierung der Umfrage (Beispiel s.u.)
3. Planung, welche Gesprächspartner befragt werden sollen (ggf. Hierarchie), wie stark und häufig das Stottern sein soll, das mit der Technik verglichen wird, wie oft die Technik eingesetzt werden soll
4. Therapeutin führt Umfrage mehrfach durch, Kind hält Beobachtungen fest
5. Auswertungsgespräch
6. Ggf. Rollentausch (v.a., wenn das Kind meint, bei Erwachsenen würden Gesprächspartner anders reagieren als bei Kindern)

Einführung:

Manche Kinder möchten die Prolongation/ den Pullout (Zauberwörter/ Befreiungswörter/ Leichtmacher etc.) nicht so gerne verwenden. Sie denken, dass er sich genauso anders anhört, wie ihr Stottern. Und dass deshalb andere Leute genauso darüber denken und ungeduldig werden, wie beim Stottern. Aber wir wissen nicht, ob das wirklich so ist. Darum fragen wir am besten nach.

Befragung – Beispiel

Guten Tag,

wir machen eine Stottertherapie und hätten gern kurz Ihre Unterstützung.

Ich werde ihnen zwei Stückchen aus einem Wetterbericht vorsprechen und Sie dann fragen, welche Sprechweise Sie angenehmer fanden - das ist alles (die Sprechweise nicht ankündigen, ggf. die gestotterten/ bearbeiteten Stellen im Text markieren).

Heute ist es regnerisch und kühl.

Von Nordosten kommt ein starker Wind.

Die Sonne wird heute nicht zu sehen sein.

Was ist Ihnen bei der ersten Sprechweise aufgefallen? Wie fanden Sie die?

Was ist Ihnen bei der zweiten Sprechweise aufgefallen? Wie fanden Sie die?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

4.2.11_Hausaufgaben Pullout

Wie beim Fußball, beim Erlernen eines Instruments oder vielen anderen Sportarten muss man auch beim Stottern regelmäßig trainieren.

Das Pullout-Training besteht aus

1. Möglichst täglich Training von absichtlichen Pullouts* in Wörtern, Sätzen und Lesetexten. Hier kommt es darauf an, möglichst oft absolute Spitzenpullouts hinzukriegen. Achtung: Keine Fehler einüben. Die sind hinterher sehr schwer wegzukriegen. Deine Logopädin gibt dir Wörter, Sätze und Texte zum Üben mit.
2. Training, absichtliche Pullouts beim Sprechen zu verwenden. Hierfür, am Besten bestimmte Situationen überlegen, wo man das machen kann und mit wem, z.B. beim Abendessen mit den Eltern. Sich vorher überlegen, wie viele man machen will. Wenn man die geschafft hat, aufhören!
3. Versuche, echte Symptome zu schmelzen. Weil man ja nie weiß, wann ein Stottern kommt und ob man es auch rechtzeitig erwischt, reicht es, wenn man einen Versuch am Tag machen kann. Mehr sind natürlich besser.

* absichtliche Symptome mit dem Pullout auflösen

4.2.12_Hausaufgabenvertrag Pullout

Vertrag zwischen Paul und Mama (Beispiel)

1. Paul übt an vier Tagen in der Woche die Leichtmacher.
2. Am Dienstag und Donnerstag übt Paul alleine. Er trägt die Zahl der Pullouts in die Kühlschrantabelle ein.
3. Am Montag und am Freitag übt er mit Mama. Paul trägt die Zahl der Pullouts in die Kühlschrantabelle ein.
4. Mama darf nur beim gemeinsamen Üben und niemals wenn Paul allein übt oder tagsüber zwischendrin an den Pullout erinnern.
5. Es darf nicht länger geübt werden als 10 Minuten.
6. Wenn viermal geübt wurde, gibt es 1 Std. extra Computerzeit.

4.2.13_Erinnerungshilfen Pullout und Prolongation

Indikation

- Schwierigkeiten, an den Pullout bzw. die Prolongation zu denken in Abhängigkeit von situativer, inhaltlicher oder emotionaler Anforderung

Ziel

- Selbstständig an den Pullout bzw. die Prolongation denken

Vorgehen

1. Situation analysieren: wo lauert das Vergessen? Gleich zu Anfang? Erst später im Verlauf der Situation? Ist das Vergessen in Wahrheit Schutz davor, etwas Auffälliges zu zeigen? Macht die Situation an sich so viel Angst, dass der Pullout/ die Prolongation in den Hintergrund gerät oder ist der Inhalt zu komplex?
2. Einordnen der Situationen in das Zielquadrat unter dem Aspekt, ob der Pullout/ die Prolongation realistisch bzw. gewollt ist.

Dabei festlegen, was zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfolgsversprechend zu üben ist und worauf man hinarbeiten will. In den Feldern können stichwortartig die Situationen vermerkt werden. Dabei kann später überprüft werden, ob manche Situationen in ein anderes Feld gerutscht sind. Das Einordnen kann mit Post-Its geschehen, die man auf Holzklötze kleben kann. Die Holzklötze können verschieden groß sein, um den Schweregrad eines Vorhabens darzustellen und damit auch die Reihenfolge.

Bei der Einordnung auch überprüfen, welche Ziele von anderen gewollt sind, die man selbst aber nicht so wichtig findet oder die unrealistisch sind.

Jetzt machbar und ich will es!	Jetzt nicht machbar und ich will es!
Jetzt machbar und ich will es nicht!	Jetzt nicht machbar und ich will es nicht!

3. Erinnerungshilfen suchen

Mit dieser Vorbereitung wächst die Bereitschaft des Kindes, sich wirksame Erinnerungshilfen zu überlegen und die Selbstsuggestion der Erreichbarkeit des Ziels kann wirken.

Anregungen für die Suche von Erinnerungshilfen

- Gegenstände im Raum (ggf. präparieren, z.B. Klebepunkt auf der Uhr/dem Federmäppchen/der Schultafel/Post-ist im Buch, ggf. bestimmte Wörter unterstreichen)
 - Unterstützung durch Personen (Geheimzeichen durch Mitschüler/Lehrer)
 - Einsatz von Pseudopullouts bzw. Prolongationen als Signal an sich selbst
 - Anzahl von Büroklammern o.ä. in der linken Tasche. Für jeden erfolgreichen Pullout/ Prolongation eine Büroklammer von der linken in die rechte Tasche holen
 - Kleines Krafttier in der Hosentasche (Alternativ „magischer Stein“ o.ä.)
 - Telefonat mit Logopädin an dem betreffenden Tag vereinbaren
 - Termin ins Smartphone eingeben, Erinnerungsfunktion nutzen
4. Auswertung der Wirksamkeit der Hilfen, Analyse mit o.g. Zielquadrat und ggf. Variieren der Situation oder der Hilfe. Ggf. Rahmentherapie: Mat_6.11_Umgang mit Erfolg-Misserfolg.

4.2.14_Locker Herausstottern

Die Erarbeitung des Lockeren Herausstotterns unterscheidet sich von der Erarbeitung des Pullout nur in der Hinsicht, dass nach dem Stoppen und Einfrieren eine lockere Teilwortwiederholung statt eines Pullout zur Verwendung kommt.

Dies ist indiziert, wenn ein Kind die Prolongation nicht erlernen kann oder ein lockeres Pseudostottern bevorzugt. Es können dieselben Metaphern und Visualisierungen wie bei der Erarbeitung des Pullout verwendet werden.

Auf der folgenden Seite sind Visualisierungen für die Phasen des Herausstotterns dargestellt.

Kriterien für ein gutes Herausstottern



Stoppen



Einfrieren und Zeit zum Schmelzen



gutes Froschwort



Blickkontakt

4.3_Fühlsprechen

Aufbauend auf der artikulatorischen Phonetik kann zusätzlich zur Stottermodifikation das „Fühlsprechen“ erarbeitet werden. Dabei handelt es sich um eine Sprechweise, die dem propriozeptiv überwachten Sprechen Van Ripers (2005) und dem kinästhetisch-kontrollierten Sprechen (KKS) nach Zückner (2011) stark ähnelt.

Diese Sprechweise beugt, ähnlich dem Fluency Shaping, Stottern vor, auch wenn ihr Einsatz von Zuhörern nicht herausgehört werden kann. Sie fordert ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und kann daher nicht für unbegrenzte Dauer verwendet werden. Bei Stottern mit einer Polterkomponente kann das Fühlsprechen schon früh, ggf. vor der Erarbeitung der Symptomlösetechniken, erarbeitet werden.

Vorgehen

Vorübung 1

- Korkensprechen, um die Wahrnehmung der Artikulationsbewegungen zu intensivieren.
- Kann vor jeder Übungseinheit eingesetzt werden.

Vorübung 2

- Ratespiel: Wie oft fühlst du die Berührung von Lippen, Zähnen und Zunge bei einem bestimmten Wort? z.B. bei „tickt“ sind es 3 Berührungen: /t/ - /k/ - /t/. Bei Kuchen sind es auch 3: /k/ - /ch/ - /n/.
- Achtung: im Auslaut können Konsonanten vokalisiert sein und haben somit keine Berührung, z.B. „aber“ (gesprochen „aba“): 1 Berührung: /b/
- Übungsaufbau mit Steigerung der linguistischen Schwierigkeit – siehe Wortmaterial im Anhang. Das Zählen der Kontakte kann beendet werden, wenn bei kurzen Wörtern Sicherheit und bei Komposita und kurzen Äußerungen Näherungswerte erreicht werden.

Übungshierarchie

- Statt einzelne Fühlkontakte zu zählen sollen sie nun nur noch wahrgenommen werden. Dabei ist es nicht möglich, immer alle Kontakte wahrzunehmen. Daher wird auf einer Skala gezeigt, wie **gut** das Sprechen gefühlt wurde.
- Die Übungen beginnen auf linguistisch einfachem Niveau und werden in gewohnter Weise linguistisch und situativ-emotional gesteigert. Hier wird auf das Material der Sprechanlässe (0_Übergreifendes Material) zurückgegriffen.

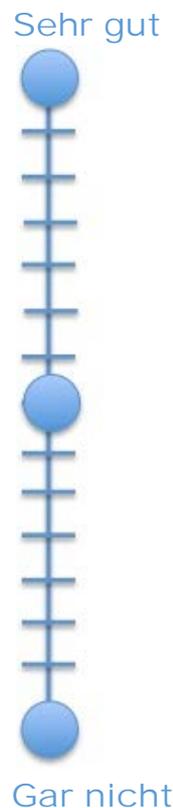
Van Riper, C. (2005). *Behandlung des Stotterns* (5.Aufl.). Köln: Demothenes.

Zückner, H. (2011). *Kinästhetisch-kontrolliertes Sprechen (KKS) bei Poltern und Stottern*. Neuss: Natke.

Anhang

- Wortmaterial zur Erarbeitung des Fühlsprechens. Bei Übung 1 soll die Zahl der Kontakte genau richtig erfüllt werden. Bei Übung 2 sind Näherungswerte vor allem bei den längeren Wörtern ausreichend
 1. Wie viel Berührungen von Zunge, Lippen und Zähnen spürst du bei:
 - Keller, Watte, Eis, Pokémon, Pikachu, Pappe, Klappe, Computer, Tafel, Fisch, Mappe, Milch, Wand, weiter, Igel, I-Phone, Osten, Auto, aber, Elfe, Sonntag, Rose, Tulpe, Fernseher, I-Pad, Telefon, Tagesschau
 - Smartphone, Suppenteller, Badewanne, Wetterbericht, Brückengeländer, Computerspiel, Bettgestell, Nachrichten
 2. Frage nach der Erklärung von folgenden Begriffen. Wie viele Berührungen sind ungefähr vorgekommen?

Wo fahren Autos?
Was ist ein Mantel?
Wer malt Bilder?
Wo tankt man?
Wer hat Federn und fliegt?
Wann versteckt man Eier?
Was scheint am Tag?
Was isst du gern?
Was kannst du gut?
Was magst du nicht?
 3. Beantworte die Fragen aus Übung drei selbst. Achte dabei auf die Berührungen, ohne sie zu zählen. Zeige an der Skala, wie gut du gefühlt hast.



5 Generalisierung

5.1 Generalisierung während der Therapie

- 5.1.1_Dreiecksvertrag Selbsttraining
- 5.1.2_Auswahlmenge Selbsttraining
- 5.1.3_Reflexionsbogen Selbsttraining
- 5.1.4_Fühlsprechen

5.2 Vorbereitung des Therapieendes

- 5.2.1_Vertragsbeispiel Therapieende
- 5.2.2_Reiserucksack
- 5.2.3_Notfallkoffer
- 5.2.4_Merkblatt Wiedervorstellung

5.1.1_Dreiecksvertrag Selbsttraining (Beispiel)

Paul:

Ich entscheide selbst, was ich trainiere. Die Logopädin darf mich dabei beraten.
Die Eltern dürfen nicht nachfragen und nur mithelfen, wenn ich sie darum bitte.
Einmal im Monat sage ich, was ich erreicht habe (der Mama in der Logopädie).
Ich schreibe die Punkte ehrlich auf.

Eltern:

Wir lassen Paul bei seinem Selbsttraining in Ruhe und fragen nicht nach.
Wenn er um Mithilfe beim Training bittet machen wir mit, zu einem Zeitpunkt, der für uns alle gut ist.
Wenn Paul 100 Punkte erreicht hat machen wir die Fahrt ins Phantasialand.

Logopädin:

Ich berate Paul dabei, gute Möglichkeiten zum Selbsttraining zu finden und gute Hilfen, sich daran zu erinnern. Ich helfe ihm, wenn etwas nicht gelungen ist, es beim nächsten Mal besser hinzukriegen.
Ich rede mit den Eltern, wenn sie ungeduldig werden und wenn das Selbsttraining nicht gleich Erfolge zeigt. Ich achte auf die Punktzahl.

5.1.2_Auswahlmenge Selbsttraining

– zur Vorbereitung und zum Vorgehen siehe auch: Mat_4.2.13_Erinnerungshilfen Pullout

Ziele

- „Mutiger werden“: Bestimmte Sprechsituationen bewältigen, alles sagen (ohne Vermeiden) - Pseudostottern
- „Stottern kontrollieren“: Prolongation - Stoppen - Pullout - Fühlsprechen

Situationen (Anregungen)

- In der Familie (mit wem?)
- Bei meinen Freunden (welchen?)
- Bei den Eltern von Freunden
- Bei folgenden Fremden (beim Einkaufen, beim Telefonieren, etc.)
- Auf dem Schulweg
- Vor/ nach dem Unterricht/ in der Pause mit Mitschülern (welche?)
- Im Unterricht (welcher?)
- Im Verein etc.

Anerkennung

- Kühlschrankliste/ Heft und Belohnung bei einer vereinbarten Punktzahl
- Anerkennung durch sich selbst/ Logopädin/ Eltern/ Lehrer ...
- Zeitpunkt der Auswertung und Anerkennung festlegen

5.1.3_Reflexionsbogen Selbsttraining

Mein Ziel war

Gut gelungen ist

Schwierig/ störend war

Geholfen hat

Ich bin sehr/ mittel/ ein bisschen/ gar nicht zufrieden mit mir, weil

Was helfen würde ist

Mein nächstes Ziel ist

5.2.1_Vertragsbeispiel Therapieende

Im Vertrag zum Therapieende werden zu folgenden Themen Vereinbarungen getroffen:

- Aufrechterhaltung des Gelernten
- Nachsorgetermine
- Vorgehen bei Rückfall
- Auffrischungen
- Sorgen der Eltern

Beispiel

Paul:

Ich entscheide selbst, was ich trainiere. Die Eltern dürfen am Wochenende einmal nachfragen. Wenn das Stottern wieder stärker werden sollte, verwende ich den Notfallkoffer. Die Eltern dürfen mich daran erinnern. Wenn ich möchte, rufen ich oder die Eltern bei der Logopädin an und machen einen Termin.

Eltern:

Wir lassen Paul mit dem Stottern in Ruhe und fragen höchstens einmal am Wochenende nach. Wenn er um Mithilfe beim Training bittet machen wir mit, zu einem Zeitpunkt, der für uns alle passend ist. Wenn das Stottern stärker wird, dürfen wir Paul auf den Notfallkoffer hinweisen. Wenn Paul es möchte, rufen wir bei der Logopädin an. Wenn wir ein Gespräch mit der Logopädin wünschen und Paul keine Therapie möchte, können wir direkt einen Termin machen.

Logopädin:

Wenn Paul einen Termin oder eine Auffrischung möchte, können er oder seine Eltern bei mir anrufen und wir machen Termine. Wenn Pauls Eltern ein Gespräch mit mir wünschen, gebe ich ihnen dafür einen Termin.

Nachsorgetermine sind am 17.02.2023 (in 3 Monaten) und am 12.06.2023 (in 7 Monaten).

5.2.2_Reiserucksack

Deine Therapie geht nun zu Ende.



Foto mit freundlicher Erlaubnis der Schecker GmbH
<https://www.schecker.de/rucksack-tasche>

Du hast Dein Stottern gut im Griff. Damit das nach der Therapie so bleibt, ist ein Reiserucksack hilfreich. Es ist wie mit dem Hund im Rucksack auf diesem Bild. Jetzt ist er brav und macht, was er gelernt hat. Doch er muss immer wieder üben, damit er nicht vergisst, was er gelernt hat. Und so macht es auch Sinn, nach der Therapie immer wieder zu üben, damit das Stottern weiß, dass Du der Chef bist. Trotzdem kann manchmal das Stottern wieder stärker werden. Das ist völlig normal und dafür gibt es dann den Notfallkoffer.

Meine Übungen für den Mut:

Meine Übungen für das Sprechen:

Meine Übungen zum Erklären:

Die Übungen habe ich als Video aufgenommen.

5.2.3_Notfallkoffer*

Du bist mit Deinem Stottern gut zurechtgekommen. Doch inzwischen stört Dich das Stottern wieder. Das ist völlig normal und dafür gibt es hier den Notfallkoffer. Wie bei jedem Notfall muss man zuerst herausfinden, wo die Schwierigkeit steckt. Daher bitte ich Dich, folgende Fragen zu beantworten:

Frage 1

Glaubst Du, Du schaffst es alleine? Oder willst Du Unterstützung?

Unterstützung bekomme ich bei

Frage 2

Wie geht es Dir mit Deinem Stottern?

- Ich ärgere mich oder ich bin traurig darüber, dass das Stottern mich stört.
- Ich ärgere mich über mich selbst.
- Ich ärgere mich über die Techniken oder die Therapie.
- Ich ärgere mich oder ich bin traurig darüber, dass ich mich manche Sachen nicht traue wegen dem Stottern.

Das kann ich tun, damit ich in gesunder Weise mit mir sprechen kann:

Frage 3

Ist Dein Mut kleiner geworden? Vermeidest Du manchmal zu sprechen aus Angst vor dem Stottern? Schämst Du Dich für Dein Stottern und Dein Vermeiden? Oder haben andere sich so schlecht zu Dir verhalten, dass Du Angst bekommen hast?

Das kann ich tun:

Frage 4

Haben andere unfair auf das Stottern reagiert, oder unangenehm nachgefragt? Warst Du unsicher, wie Du Dich am besten verhalten solltest?

Das kann ich tun:

Frage 5

Helfen die Techniken Prolongation und Pullout nicht mehr?

- Ich vergesse, die Prolongation zu machen.

Das kann ich tun:

- Ich mache Prolongationen, aber sie helfen mir nicht.

Das kann ich tun:

- Ich vergesse, den Pullout zu machen.

Das kann ich tun:

- Ich merke das Stottern nicht oder zu spät und kann deshalb den Pullout nicht machen.

Das kann ich tun:

- Ich versuche den Pullout, aber er funktioniert nicht.

Das kann ich tun:

Erläuterungen zum "Notfallkoffer"

Der „Notfallkoffer“ wird individuell am besten vom Kind selbst mit Unterstützung der Logopädin erstellt. Daher sollte das vorliegende Arbeitsblatt eher als Anregung verstanden werden, die in Teilen je nach Bedarf übernommen wird. Formal kann das beispielsweise im therapiebegleitenden Übungsheft oder als Audio- oder Videoaufnahme geschehen. Der Grundgedanke ist, dass das Kind sich selbst Hilfen gibt für den Fall, dass das Stottern wieder häufiger wird, schwerer kontrollierbar wird oder Sprechängste und Schamgefühle wieder auftauchen.

Daher sollten folgende Bereiche abgedeckt werden:

1. Information über mögliche Verläufe nach Therapieende
2. Vorgehen wenn die Techniken nicht mehr wirken
3. Vorgehen wenn wieder Angst und Scham auftreten
4. Vorgehen bei negativen Zuhörerreaktionen
5. Vorgehen bei destruktiven inneren Dialogen

Beispiel Notfallkoffer

Das folgende Beispiel zeigt, wie diese Bereiche von einem Kind mit Inhalten gefüllt wurden:

- Jetzt nach dem Ende der Logopädie ist das Stottern noch ein bisschen da. Deshalb ist es gut, wenn ich die Übungen aus dem Reiserucksack mache. Das Stottern kann vielleicht noch weniger werden, aber es kann auch wieder mehr und anstrengender werden. Wenn mich das Stottern wieder stört, weiß ich, was ich tun kann.
- Wenn das Stottern häufiger/ anstrengender wird, kann ich die Prolongation und den Pullout wieder üben. Wie das geht, habe ich mir auf Video vorgemacht.
- Wenn die Prolongation nicht mehr wirkt, liegt das daran, dass ich sie zu schnell mache. Dann übe ich die Prolongation mit der Übungs-CD.
- Wenn der Pullout nicht mehr wirkt, liegt das wahrscheinlich daran, dass ich die Pause zu kurz gemacht habe. Dann übe ich den absichtlichen Pullout mit der Übungs-CD. In der Pause hilft das Schmelzenlassen am besten.
- Wenn ich wieder Angst davor bekomme, dass jemand mein Stottern hören könnte, mache ich mir eine Mutleiter und übe damit. In der Mutleiter kann echtes Stottern aber auch absichtliches Stottern vorkommen. Meine alte Mutleiter ist in meinem Logopädieheft.
- Wenn andere blöd über das Stottern reden verwende ich die Fünf-Finger (Mat_6.6_Konfliktlösung - Fünf-Finger-Regel). Wenn ich öfter mit denen zu tun habe, erkläre ich denen das Stottern.
- Wenn ich anfangs, mich selbst zu beschimpfen, weil ich stottere und weil ich die Techniken nicht richtig einsetze, hole ich meinen Zwilling und spreche mit ihm in gesunder Weise (Mat_6.10_Konstruktiver innerer Dialog).
- Wenn ich das Gefühl habe, es allein nicht zu schaffen, kann ich immer bei meiner Logopädin anrufen. Die Nummer ist 1234567. Ich darf auch Mama oder Papa bitten, das für mich zu tun.

5.2.4_Merkblatt Wiedervorstellung

Eine typische Eigenheit von Stottern ist der phasenweise Verlauf – auf Zeiten mit wenig oder keiner Symptomatik können Zeiten mit verstärkter Symptomatik folgen. Gerade bei Kindern kann sich das Stottern aber auch ganz zurückbilden.

Unter folgenden Umständen brauchen Sie Ihr Kind nicht wieder vorzustellen

1. Das Stottern taucht nicht wieder auf.
2. Kurze Stotter-Ereignisse ohne Anstrengung oder Tricks.
3. Ihr Kind ist mit Freude bereit ist, das zu sagen was ihm wichtig ist.
4. Sie machen sich keine Sorgen.
5. Sie fühlen sich in ihrem Verhalten sicher.

Unter folgenden Umständen sollten Sie Ihr stotterndes Kind wieder vorstellen

1. Sie machen sich Sorgen wegen des Sprechens/Stotterns.
2. Sie sind unsicher, ob Sie sich richtig verhalten.
3. Ihr Kind strengt sich an, um das gestotterte Wort herauszubekommen.
4. Ihr Kind versucht, das gestotterte Wort mit „Atemtricks“ herauszubekommen.
5. Ihr Kind verwendet Tricks, um flüssig sprechen zu können (z.B. Umformulieren, Füllwörter wie ähm, also, Singsang oder ähnliche Veränderungen der Sprechweise).
6. Ihr Kind verliert die Lust am Sprechen.
7. Ihr Kind vermeidet Situationen, in denen es stottern könnte (z.B. Telefon).
8. Ihr Kind äußert Ärger, Sorgen, Trauer oder Hilflosigkeit („Warum kann ich nicht mehr sprechen?“).
9. Ihr Kind wird gehänselt.
10. Ihr Kind kann seine Leichtmacher/Sprechtechniken nicht mehr einsetzen und zeigt stattdessen angestrengte Symptome oder Tricks.

Für Ihr Kind gilt zusätzlich:

6 Rahmentherapie

6.1_Rituale

6.2_Gute Momente – Insel finden

6.3_Selbstwirksamkeit

6.4_Mut-Tagebuch

6.5_Material_Problemlösung

6.6_Konfliktlösung - Fünf-Finger-Regel

6.7_Problemlöseraster

6.8_Konfliktlösungen Auswahl

6.9_Stärkung der Kontrollüberzeugung

6.10_Konstruktiver innerer Dialog

6.11_Umgang mit Erfolg-Misserfolg

6.12_Kontrolle im Symptom

6.13_Mobbing in der Schule

6.14_Information Lehrerin

6.1_Rituale

Wiederkehrende, formalisierte Handlungen haben vielfältige Funktionen. Sie dienen der Kontaktaufnahme und -beendigung, schaffen Sicherheit und Vertrautheit, vermitteln Anerkennung, Wertschätzung und Spaß u.v.m.

Wie entstehen Rituale?

- Von der Therapeutin eingeführt (z.B. Befindlichkeit am Beginn erfragen)
- Spontan vom Kind entwickelt (z.B. ein Kind, das beim Betreten des Therapieraums immer zuerst seinen Namen an die Tafel schreibt und beim Verlassen auslöscht, ein anderes, dass jedes Mal im Treppenhaus gesucht werden will).

Rituale zu Beginn

- Befindlichkeit anhand der Bilder von „Heute bin ich“ (van Hout, 2012, als Bilderbuch, Postkartenset oder Kartenspiel), Erlebnisse in der letzten Woche: allgemein, Sprechen, Stundenüberblick, Vertrag über eine Übung/ eine Stunde

Rituale bei Erfolgen

- z.B.: „give me five“, Daumen nach oben zeigen, Eintrag ins Heft, Stempel

Rituale bei Misserfolgen/langsamem Fortschreiten

- Daumendrücken, „toitoitoi“
- Ziel: Ausdauer und Hartnäckigkeit entwickeln. Ein Vorbild suchen von jemandem, der sich nicht unterkriegen lässt (z.B. Fußballer, Tour de France), Zielvereinbarung: nicht zu schnell aufgeben, eigenes Ritual: Geheimwort oder Geheimzeichen vereinbaren und anwenden, Verstärkung vereinbaren, wenn Hartnäckigkeit und Ausdauer gezeigt wurden. Ggf. Eltern einbeziehen. Z.B. mit den Händen gestisch Stierhörner anzeigen (Erfindung eines Kindes)

Rituale bei Müdigkeit

- z.B. 3 Minuten nonverbales Bewegungsspiel

Rituale am Ende

- z.B. Befindlichkeit am Ende zeigen („Heute bin ich“, s.o.)
- Geschlossene Augen – Therapeutin rekapituliert den Stundenverlauf, Kind zeigt mit dem Daumen, wie gut ihm das gelungen ist bzw. wie viel ihm die Übung gebracht hat
- Kind und Therapeutin zählen auf, wo das Kind erfolgreich war/ was es Neues gelernt hat
- Verabschiedung am Stundenende mit „give me five“
- Verabschiedung am Ende der gesamten Therapie mit einer kleinen Feier

Material: van Hout, M. (2012). *Heute bin ich*. Zürich: aracari

6.2_ Insel finden

Stimmung in schwierigen Zeiten positiv beeinflussen

Insel finden

Übung, mit der Kinder einen inneren Rückzugsort entwickeln können, um beispielsweise nach einem anstrengenden Schultag mit häufigen Stotter-Episoden wieder Kraft zu tanken.

Sie darf Kinder nicht zur inneren Emigration und zum stillen Erdulden dauerhaft belastender familiärer oder schulischer Situationen o.ä. ermutigen und somit zur Aufrechterhaltung schädigender Umgebungsbedingungen beitragen.

Vorbesprechung

- „Im Alltag braucht man immer wieder eine Insel, um Energie, Kraft zu tanken.“
- „Welche Form würde für dich passen, z.B. eine wirkliche Insel, Bergwiese, Waldlichtung, Oase in der Wüste, ein Meeresstrand, in einem Gebäude ...?“

Phantasiereise

- Die Anleitung der Phantasiereise greift die Ideen des Kindes auf und bleibt so offen, dass das Kind seine eigenen Vorstellungen entwickeln kann, z.B. „Dein Schiff nähert sich deiner Insel. Du kannst schon etwas darauf erkennen. Was siehst Du dort? (Pause, ggf. sagt das Kind, was es sieht). Nun bist du an der Insel angekommen und betrittst deine Insel. Was hörst du?“
- In der Vorstellung darauf achten, was auftaucht. Hören, sehen, riechen, spüren, z.B. Wie fühlt sich der Boden an? Du schnupperst - wonach riecht es hier? etc.
- Du findest den Platz, der genau der Richtige ist für dich. Sich umschaun, sich einrichten, auftanken.
- Ein Foto machen und sich verabschieden mit dem Wissen, dass du jederzeit wieder dorthin gehen kannst. Mindestens in der Vorstellung.

Nachbesprechung

„In welchen Situationen kannst du das im Alltag brauchen?“

Nach Signer-Fischer, 2014, S. 50, modifiziert von Schneider, 2021.

Quelle: Signer-Fischer, S., Gysin & T., Stein, U. (2014). *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

6.3_Problemlösen

Die Übung ermöglicht die Reflexion und Wertung von Faktoren, die zu einem Misserfolg/Problem beigetragen haben und trägt zur Entwicklung von Problemlösestrategien bei. Rollenspiele ermöglichen hierbei eine konkrete Erfahrung. Das Material Mat_6.7_Problemlöseraster und das Vorgehen im Manual (7.4.2, Problemlöseverhalten und soziale Kompetenz) kann einbezogen oder als Alternative herangezogen werden.

- Das Kind berichtet von einem Misserfolg/Problem.
- Beschreiben der Situation (z.B. „Ich habe mich nicht getraut, ein verliehenes Token aus meiner Sammlung zurückzufordern“) und nachvollziehen im Rollenspiel.
- Was hat alles dazu beigetragen, dass ein Misserfolg/Problem erlebt wurde? (z.B. „ich hab ihn immer nur mit seinem großen Bruder gesehen, da hab ich mich nicht getraut, und ich hatte Angst, dass ich stottere. Außerdem ist mir das Token jetzt auch nicht mehr so wichtig.“)
- Zu jedem Faktor wird ein Holz- oder Korkklotz gewählt. Der Klotz wird mit einem Post-it mit dem entsprechenden Faktor beschriftet (z.B. 1. großer Bruder; 2. Angst vor dem Stottern; 3. Token nicht mehr wichtig).
- Ereignis (Token zurückfordern) mit einem Zettel in die Mitte des Bildes legen.
- Die Faktoren gewichten mit der Anzahl der Klötze, wobei ein unwichtiger Faktor z.B. nur einen Klotz hoch ist, ein sehr wichtiger aber sechs Klötze hoch.
- Bestimmen, auf welchen Faktor Einfluss genommen werden kann (z.B. großer Bruder) und auf welche Faktoren kein oder nur längerfristig Einfluss genommen werden kann (z.B. braucht es Zeit, bis man weniger Angst vor dem Stottern hat).
- Herausarbeiten, auf welche Weise dies geschehen kann (z.B. „Ich hole meinen eigenen großen Bruder dazu. Der sagt nur, dass ich was zu sagen habe, und dann sage ich selbst, dass ich meinen Token zurück will. Wenn mein Bruder dabei ist, habe ich auch nicht so viel Angst vor dem Stottern.“).
- Ggf. herausarbeiten, welche Hindernisse auftreten könnten (z.B. dass er behauptet, den Token verloren zu haben) und was dann getan werden könnte.
- Erproben im Rollenspiel
- Eine Erfolgsvariante erzählen, wie es beim nächsten Mal sein könnte.

Signer-Fischer, 2014, S. 116/117 „Analysieren eines Misserfolgs“ modifiziert von Schneider, 2021

Quelle: Signer-Fischer, S., Gysin & T., Stein, U. (2014). *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

6.4_Mut-Tagebuch

Für Kinder, die wenig Selbstvertrauen haben, Herausforderungen häufig vermeiden und eher ängstlich sind.

Einführung

- Geschichte von einem Kind, das gerne mutiger wäre und das sich ärgert, dass es so viele Chancen verpasst (z.B. Freunde ansprechen, bei einer Aktivität mitmachen etc.), das aber keine Möglichkeit sieht wie es das verändern könnte.

Vorgehen

- Gemeinsam überlegen, wie das Kind mutiger werden könnte. Ist das von heute auf morgen möglich? Brauchbare Möglichkeit: viele kleine Mutgeschichten sammeln. Sich bewusst machen und anerkennen, wo man jetzt schon mutig war.
- Vergleich mit Baum und seinen Jahresringen – je mehr Sommer und Winter er überstanden und gesammelt hat, desto stärker wird sein Stamm.
- Wie kann man sie sammeln? Ein Mutbuch anlegen
- Einträge ggf. mit Datum. Besondere Erfolge kurz schriftlich zusammenfassen.
- Jeden Abend Rückschau (Eltern einbeziehen), wo man mutig war. Ggf. Vorüberlegungen, welche Herausforderungen am nächsten Tag gut zu bestehen sein könnten. Für jede Situation, in der man mutig war ein Symbol: z.B. Löwenherde (Stempel auf einem großen Bogen Papier sammeln), Blätter oder Jahresringe am Mutbaum (Klebspunkte, Mat_2.3.3_Mutbaum-Löwenherde), ein Stück weitermalen an seiner Ausrüstung als Ritter.

Bei Kindern, die aus Angst, nicht dazuzugehören unnötige Mutproben auf sich nehmen, eignet sich das Bilderbuch von Pauli, L. & Schärer, K. (2009). *mutig, mutig*. Weinheim: Beltz & Gelberg.

6.5_Material_Problemlösung

Bilder

- Ergiebige Stichworte: bullying primary school, bullying at school, Auslachen Grundschule, Mobbing Grundschule

Bücher

- "Ich schaff's" (Furman, B., Carl Auer Verlag, 2013)
- Gut eignen sich auch die Materialien aus dem Programm "Ich schaff's"
<https://www.ichschaffs.de/materials/materialien/>

Videos

Mobbing

- Das Schlimme wird zum Guten aus der Grundschule Zodel (Juni 2014)
<https://www.youtube.com/watch?v=8S8PrwbBh00>

Streitschlichter

- Komm auf die Brücke - Ein Film der Streitschlichter aus Laußnitz
<https://www.youtube.com/watch?v=S3Du10zHlaM>

Angst und Mut

- Vom STOTTERER zum YOUTUBER!
<https://www.youtube.com/watch?v=gEUC0cGRHIY>

Videos der Akademie für Lerncoaching in Zürich

- Für Eltern, Ausschnitte davon auch sehr gut für Kinder geeignet
<https://www.youtube.com/user/mitkindernlernen>
- Beispielhafte Auswahl aus „Was Kinder stark macht“
https://www.youtube.com/watch?v=8qjhbH45-I0&list=PLcr_ASFIV70WM12Bmk0D_q-w2iuuKULTQ
- Angst mit Mut begegnen
https://www.youtube.com/watch?v=Ye_ZMULZ0HU
- Selbstwirksamkeit von Kindern stärken: Gemeinsam Probleme lösen
<https://www.youtube.com/watch?v=L6EIJNte7wl>
- Selbstbewusstsein stärken: Verlieren lässt sich lernen
<https://www.youtube.com/watch?v=rJw1-Nyxf4A>
- Selbstwertgefühl stärken: Kindern aktiv zuhören
<https://www.youtube.com/watch?v=8qjhbH45-I0>
- Selbstwert schützen: Konstruktive Kritik
<https://www.youtube.com/watch?v=OVSe-lzJ2WU>

6.6_Konfliktlösung - Fünf-Finger-Regel

(Aus: Kuckenberg, S. (2011). FAQ zum Stottern für Schulkinder. Natke, Neuss.)

1. Sprich den anderen mit seinem Namen an: „**Lukas!**“
2. Sag, was du fühlst: „**Ich mag es nicht, wenn du ...**“
3. Sag, was aufhören soll: „**... mich dauernd nachmachst!**“
4. Sei respektvoll: „**Bitte, ...**“
5. Sag, was du willst: „**... hör auf!**“

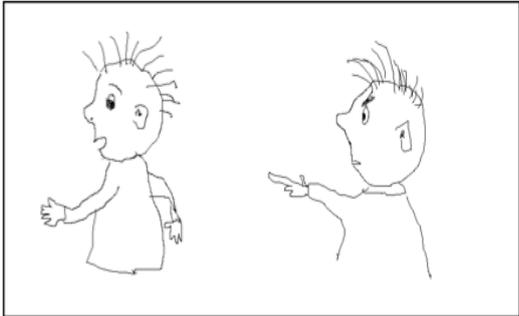
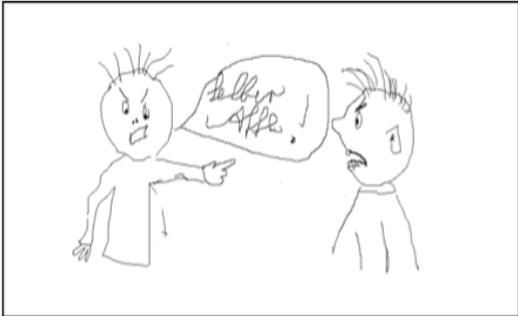
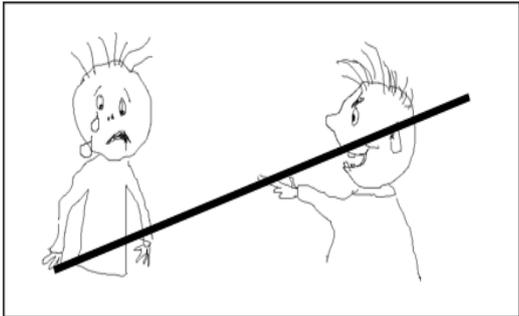
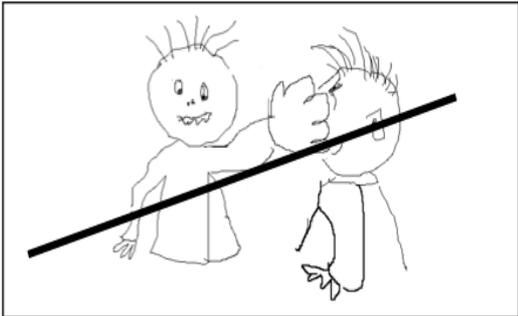
Schau den anderen dabei an.

Du kannst es auch kürzer machen: „**Hör auf!**“

6.7_Problemlöseraster

Am Anfang	
Lösungen	
1	2
Lösungen	
3	4
Lösungen	
5	6

Das sind die Ideen von einem anderen Kind



6.8_Konfliktlösungen Auswahl

(Eigene Lösungsideen können in die leeren Kästen eingetragen werden)

weglaufen		den Lehrer holen
anschreien	treten	auslachen
	still weggehen	„hör auf!“ sagen
den Vogel zeigen	Streitschlichter holen	Hilfe holen
	der Mama/dem Papa sagen	cool anschauen
eine reinhauen		an den Haaren ziehen
	das Federmäppchen wegnehmen	
aus dem Weg gehen	sagen „du bist nicht mehr mein Freund“	einen Freund rufen
Rache		
weinen	„Blödmann“ sagen	ihm/ihr dasselbe wünschen

6.9_ Stärkung der Kontrollüberzeugung

„Krafttier“

Einsatz wenn bereits Handlungsabsichten und -möglichkeiten bestehen, jedoch das Vertrauen noch nicht ausreicht, sie umzusetzen. Gut in Verbindung mit der Desensibilisierung und mit Rollenspielen zum Problemlösen.

Vorbereitendes Gespräch

- Konkrete Situation mit Unsicherheit in der Zukunft wählen. Vom Krafttier erzählen. Ein Tier wählen, Gespräch darüber, ggf. das Tier zeichnen lassen.

Erste Phantasiereise

- Krafttier holen, zähmen, Kraft spüren (Haltung, Körperwahrnehmung).

Beenden der Phantasiereise

Vorbereitung der zweiten Phantasiereise

- Erklären des nächsten Schrittes

Zweite Phantasiereise

- In die Situation gehen, Unsicherheit spüren.
- Das Krafttier holen, sich begleiten lassen, Kraft spüren, bis Krafttier nicht mehr nötig.
- Sich verabschieden vom Krafttier und von der Situation.

Nachbereitung

- In welchen Situationen kannst du das anwenden?“
- Es ist nicht das Krafttier, das dir hilft, sondern es erinnert dich an deine eigene Kraft.
- ggf. ein Symbol für das Krafttier für die Hosentasche mitgeben als Erinnerungshilfe.

Langfristig

- Umsetzung reflektieren
- ggf. auffrischen
- Krafttier/Symbol verabschieden, wenn nicht mehr nötig

Nach Signer-Fischer, 2014, Übung Krafttier, S. 71, modifiziert von Schneider, 2021

Quelle: -Fischer, S., Gysin & T., Stein, U. (2014). *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

6.10_Konstruktiver innerer Dialog

Auf gesunde Art mit sich sprechen

Das Thema kann anhand von ungesunden inneren Dialogen anderer Kinder eingeführt werden und gemeinsam überprüft werden, ob sie gerechtfertigt sind. In Bezug auf Stottern setzt das voraus, dass sich das Kind mit Vorurteilen auseinandergesetzt hat (Enttabuisierung) bzw. dass ihm Übergeneralisierungen (ich bin unfähig) bewusst sind. Die Notwendigkeit, ungesunde innere Dialoge zu verändern, vor allem wenn man schon erkannt hat, dass sie ungesund sind, kann anhand der Autobahn-Metapher (Mat_4.2.2_Metaphern Pullout) vermittelt werden.

Voraussetzung für die Übung ist, dass das Kind erkannt hat, dass sein innerer Dialog nicht gesund ist und dass es ihn verändern möchte.

Vorbereitendes Gespräch

- Situation, in der bis jetzt ungesund mit sich gesprochen wurde (z.B. sich beschimpfen, wenn man gestottert hat; sich einreden, dass man unfähig ist zu etwas (das schaff ich ja sowieso wieder mal nicht)).
- Vermitteln des Konzeptes, dass da zwei innere Zwillinge miteinander sprechen.

Erarbeitung des konstruktiven inneren Dialogs

- Sich zwei Stellvertreterfiguren für die inneren Zwillinge in einer vergleichbaren Situation vorstellen, dargestellt durch z.B. Kuscheltiere oder Handpuppen.
- „Wie würden sie miteinander sprechen?“
- Das Kind anleiten, den inneren Dialog zwischen den Stellvertreterfiguren zu führen. Dabei führt das Kind jeweils die sprechende Figur, wechselt also die Rolle.
- Sich die Situation genau vorstellen. Ungesunde Äußerung.
- Das Kind übernimmt die angesprochene Stellvertreterfigur, reflektiert, wie es ihr mit der ungesunden Äußerung geht und antwortet aus dieser Rolle, äußert sein Gefühl und sein Bedürfnis (z.B. hör auf, mich zu schimpfen, ich kann nichts dafür, wenn ich stottere, das ist ungerecht!).
- Das Kind geht in die Rolle, die ungesund gesprochen hat und verändert die Äußerung zum Positiveren (z.B. sorry, aber warum musst du denn immer stottern).
- Das Kind reflektiert aus der Rolle des Angesprochenen, wie es ihm mit der neuen Äußerung geht und antwortet entsprechend (Lass das, du weißt doch, dass ich nichts dafür kann, wenn ich stottere. Ich würde viel lieber auch nicht stottern).
- Erneut die erste ungesunde Äußerung etc.
- Dies wird wiederholt, bis das Kind und die Therapeutin den Eindruck haben, dass das Kind für den ursprünglich destruktiv angesprochenen Anteil eine Antwort gefunden hat, die einen konstruktiven inneren Dialog herstellen kann. (z.B. Schimpf mich nicht, das ist unfair! Bitte tröste mich und nimm mich in den Arm!)

Nachbereitung:

- Wann ist es gut, den inneren Zwilling zu holen, damit ich wieder gesund mit mir spreche.

Signer-Fischer, 2014, S. 106, modifiziert von Schneider, 2021

Quelle: Signer-Fischer, S., Gysin & T., Stein, U. (2014). *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

6.11_Umgang mit Misserfolg

Analysieren eines Misserfolgs

Im Rahmen der Stottertherapie kam es zu einer Situation, die als Misserfolg erlebt wurde.

- Beschreiben der Misserfolgssituation (z.B. habe ich nicht geschafft, die Prolongation im Unterricht zu verwenden).
- Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass ein Misserfolg erlebt wurde? (z.B. Die Lehrerin war so angespannt. Ich wusste auch nicht, was ich sagen sollte. Eigentlich ist mir die Prolongation auch peinlich.)
- Zu jedem Faktor wird ein Holz- oder Korkklotz gewählt. Der Klotz wird mit einem Post-it mit dem entsprechenden Faktor (z.B. Lehrerin angespannt) beschriftet.
- Ereignis (z.B. keine Prolongation) mit einem Zettel in die Mitte des Bildes legen.
- Die Faktoren gewichten mit der Anzahl der Klötze, wobei ein unwichtiger Faktor z.B. nur einen Klotz hoch ist, ein sehr wichtiger aber sechs Klötze hoch.
- Bestimmen, auf welchen Faktor Einfluss genommen werden kann (z.B. Unterrichtsstoff kennen, Prolongation nicht peinlich finden) und auf welche Faktoren kein Einfluss genommen werden kann (z.B. angespannte Lehrerin). Siehe auch Mat_6.3_Problemlösen.
- Herausarbeiten, auf welche Weise dies geschehen kann (z.B. die Klasse über Prolongation informieren, im Unterricht aufpassen und lernen).
- Eine Erfolgsvariante, wie es am Ende sein wird erzählen (z.B. die Prolongation beim Aufzeigen einsetzen können).

Nach Signer-Fischer, 2014, S. 116/117, modifiziert von Schneider, 2021

Quelle: Signer-Fischer, S., Gysin T., & Stein, U. (2014). *Der kleine Lederbeutel mit allem drin. Hypnose mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.

6.12_Kontrolle im Symptom

“Stottern schmelzen lassen” (Schneider, 2021)

„Türe öffnen“ (Schneider, 2021)

Stottern schmelzen lassen

Vorbereitendes Gespräch

- Erinnerung an ein Stottersymptom, das man gern schmelzen lassen würde

Vorstellungsphase

- Es ist sehr kalt, Schneelandschaft oder Eisfach.
- Sich das Stottersymptom wie einen Schneemann/Eiswürfel vorstellen.
- Versuch, den hartgefrorenen Schneemann/Eiswürfel zu verformen.
- Es wärmer werden lassen.
- Beobachten, wie der Schneemann/Eiswürfel weicher wird und langsam schmilzt.

Sich vorstellen, wie sich der Mund anfühlt und “einfriert”, wenn man in einem Wort steckenbleibt.

Die Anspannung schmelzen lassen wie den Schneemann/Eiswürfel.

Den Mund wieder bewegen können.

Wo lässt sich die Leichtigkeit der Bewegung nach dem Schmelzen spüren?

Nachbereitung

Wann kann die Vorstellung hilfreich sein?

Türe öffnen

Vorbereitendes Gespräch

- Erinnerung an ein Stottersymptom, das man gern auflösen würde.

Vorstellungsphase

- Sich das Stottersymptom vorstellen, als ob im Hals eine Tür nicht aufginge.
- Der Versuch, mit Kraft die Tür zu öffnen schlägt fehl.
- Die Tür (Schloss, Türangeln) ölen, das Öl einwirken lassen bis der Rost aufgelöst ist.
- Beobachten, wie der Widerstand der Tür leichter wird und nachgibt.
- Die Türe aufgehen lassen und hindurchgehen.

Sich vorstellen, wie sich der Mund anfühlt, wenn ein Wort vor der klemmenden Tür steckenbleibt.

Die Tür ölen und warten, bis das Öl den Rost aufgelöst hat.

Beobachten, ab wann sich der Mund wieder bewegen kann.

Wo lässt sich die Leichtigkeit der Bewegung nach dem Schmelzen spüren?

Nachbereitung

Wann kann die Vorstellung hilfreich sein?

6.13_Mobbing in der Schule

Viele gute Informationen sowie ein Forum zum Thema „Mobbing in der Schule“ unter: <http://www.schueler-gegen-mobbing.de/>

Unter Mobbing wird eine systematische Ausgrenzung und quälende Gewalt (körperlich/seelisch) über einen längeren Zeitraum durch eine Gruppe gegenüber einem Einzelnen verstanden. Ein weiteres Merkmal ist in der Regel die Geheimhaltung des Mobbings sowohl durch das Opfer als auch durch die Täter. Die folgenden Informationen sind der Website von Stangl (2018) entnommen.

„Mobbing kann in jeder Klasse auftreten, wobei die Häufigkeit des Auftretens ja abhängig ist von dem Phänomen der sozialen Gewalt und dem Sozial-Klima in der Klasse. Stimmt das Sozial-Klima in der Klasse, gibt es nur in seltenen Einzelfällen "Mobbing", d. h.: je offener eine Klasse, Lehrer(innen) sowie Schüler(innen) mit dem Thema umgehen, desto geringer ist das Klima für "Mobbing".“ (Stangl, 2018)

Mobbing kann auch in den sozialen Medien stattfinden und entzieht sich auf die Weise teilweise der Kontrolle durch die Schule. Von Mobbing zu unterscheiden ist „Hänseln“, das nicht regelmäßig vorkommende Geärgert-werden durch ein einzelnes Kind.

Beim Verdacht oder Vorliegen von Mobbing ist es nicht die Aufgabe der Logopädin, die Situation zu klären und aufzuarbeiten. Sie sollte aber den Eltern Unterstützung anbieten, sich Informationen und Hilfe in der Schule, bei entsprechenden Beratungsstellen oder über das Mobbing-Telefon (z.B. MobbingLine NRW) zu holen. Auch für Kinder gibt es die Möglichkeit, sich an ein Mobbing-Telefon zu wenden (z.B. <https://mobbing-schluss-damit.de/erste-hilfe>), vor allem wenn sie keine weiteren Erwachsenen einweihen wollen. Ist die Logopädin sehr betroffen, läuft sie Gefahr, die Eigenaktivität der Eltern durch ihr Engagement (bis hin zum Aktivismus) zu verringern.

Die Logopädin sollte vorbeugend das Gespräch zwischen Eltern und Kind über die soziale Situation in der Schule initiieren.

Bei Anzeichen von Mobbing sollte sie

- beim Kind aufmerksam hinhören und beobachten
- die Eltern über ihre Beobachtungen informieren
- den Eltern gut zuhören
- Eltern und Kind auf ihre Möglichkeiten hinweisen, ermutigen (Adressen kennen).

Eltern sollten grundsätzlich über die Warnsignale von Mobbing informiert sein.

Sobald Anzeichen für Mobbing aus der Liste (siehe Seite 2 von 3) auftreten, sollten sie diese ernstnehmen. Bei Mobbing-Verdacht sollten sie die Schule informieren (Hierarchie einhalten) und fordern, dass gehandelt wird. Wird nicht gehandelt, sollten sie immer wieder vorstellig werden und sich auch an die nächsthöhere Instanz wenden.

Stangl, W. (2018). *Mobbing in der Schule*. Arbeitsblätter. Zugriff unter: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/MobbingSchule.shtml> (2018-09-03).

Tabuisierung durch das Opfer

Kinder und Jugendliche vermeiden aus verschiedenen Gründen in den meisten Fällen, das Mobbing zu thematisieren. Mögliche Gründe hierfür sind:

- Angst vor Vergeltung

- Gleichgültigkeit, Bagatellisierung, "das ist so normal"
- Resignation
- Leugnen, "Totstellreflex"
- Angst vor der Reaktion des Zuhörers (meist: Eltern)
- Bedürfnis, die erlebten unangenehmen Gefühle beim Erzählen nicht noch einmal durchleben zu müssen
- Berichten wird als unmoralisches „Petzen“ bewertet

Anzeichen für Mobbing

Da die folgenden Anzeichen auch Symptome anderer Probleme des Kindes sein können, müssen sie sorgfältig beobachtet werden.

Körperliche Signale

- Wunden, Blutergüsse, verlorenes Pausengeld, beschädigte Kleidung/Besitz
- Kopfschmerzen, Magenverstimmung
- Essstörungen
- Schlaflosigkeit, Alpträume
- Bettnässen

Sozialverhalten

- Wenig Freude über Besuche von Freunden, egal wo
- Kein Interesse mehr an Hobbies etc.
- Schulunlust, Verzögern des Aufbruchs in die Schule

Psychische Signale

(ggf. an Wochenenden und in den Ferien Besserung, vor Beginn der Schulwoche Verschlechterung)

- Mehr Ängstlichkeit/Unausgeglichenheit
- Wutausbrüche
- Destruktives/selbstzerstörerisches Verhalten
- Phasenweise Apathie/Depression
- Überempfindlichkeit gegenüber Kritik
- Abnahme von Selbstwertgefühl und Lebensfreude

Schulleistungen

- Rückgang des Engagements, schlechtere Noten

Wie thematisieren?

Sicheren Raum, Ruhe und Zeit geben, d.h. kein Druck, etwas erzählen zu müssen (Gelegenheit abwarten).

Umgang mit dem Bericht des Kindes

- Zuhören, Aussagen und v.a. Gefühle des Kindes ernst nehmen. Nicht eigene Gefühle in den Vordergrund stellen.
- Wenn Kinder nicht ins Detail gehen wollen: nicht nachbohren, sondern anregen, es einem Kuscheltier, einer Beratungsstelle, einem Tagebuch anzuvertrauen (Tagebuchvorteil: schriftl. Beleg, Risiko: Tendenz zum Grübeln kann verstärkt werden).

Vorgehen

- Gemobbte Kinder können sich nicht mehr selbst helfen!!!
- Nicht-Handeln bedeutet, die Mobber zu stärken!
- Schulwechsel ist Notlösung, da Resignation
- Intervention in der Schule und beim Kind

Wirkung von effektivem Vorgehen

- Kind braucht das Geheimnis nicht für sich zu behalten - Enttabuisierung
- Es kann seine Gefühle äußern - Entlastung
- Es erlebt, dass seine Eltern/Andere sich für es engagieren - Rückhalt

.14_Information Lehrerin

Vorwort

Als Lehrerinnen und Lehrer können Sie stotternde Kinder in vielfältiger Weise und meist ohne großen Aufwand unterstützen. Da Sie im Lehramtsstudium vermutlich nur wenig über Stottern erfahren haben, sind Sie möglicherweise unsicher, ob Ihr Umgang mit dem Stottern richtig ist. Dabei verhalten sich die meisten Lehrerinnen in vielen Problemsituationen intuitiv richtig. Dennoch ist es gut, einige Eigenheiten des Stotterns zu kennen, da sie schwer nachzuvollziehen sind und zu belastenden Missverständnissen und Fehlbewertungen von Leistungen führen können. Dieser kurze Artikel vermittelt Ihnen die für die Schule relevanten Kenntnisse über Stottern und bietet Links und Materialien, die Sie Ihren Schülern oder deren Eltern weitergeben können.

Informationen über das Krankheitsbild

Etwa 5 % aller Vorschulkinder und 1 % der Erwachsenen stottern. Vor dem 6. Lebensjahr verlieren sehr viele Kinder ihr Stottern wieder (70-80 %). Danach nimmt die Chance auf eine Spontanheilung von Jahr zu Jahr deutlich ab. Ab der Pubertät sind Spontanheilungen sehr selten. Da deutlich mehr Mädchen ihr Stottern verlieren verschiebt sich das Geschlechterverhältnis Mädchen/Jungen von 2 zu 1 im Vorschulalter zu Ungunsten der Männer zu 4 bis 5 zu 1 im Erwachsenenalter.

Die Intelligenz von Stotternden ist normalverteilt. Die Ursache ist nicht, wie früher angenommen, psychisch bedingt oder auf Fehlverhalten der Eltern zurückzuführen. Wenn Ängste bestehen (vor allem soziale Ängste) sind diese meist eine Folge von belastenden Erfahrungen mit Hänkeln und Auslachen oder Erwartungsängsten davor.

Stottern ist auf eine funktionelle und strukturelle Veränderung der sprachverarbeitenden Regionen im Gehirn zurückzuführen, die zum großen Teil genetisch bedingt ist und eine erhöhte Fehleranfälligkeit beim Sprechvorgang zur Folge hat. Diese Fehleranfälligkeit führt zu drei stottertypischen Phänomenen, die auch in der Schule von Bedeutung sind.

Für Stottern typische Besonderheiten

- **Schwankender Verlauf von Stottern, Situationsabhängigkeit**

Die oben genannte Fehleranfälligkeit nimmt unter positiver wie negativer emotionaler Beteiligung, unter Stress oder bei der Ausformulierung komplizierter sprachlicher Sachverhalte aber auch bei Müdigkeit zu. Sie ist oft auch von der allgemeinen Tagesform abhängig. So erklärt sich die Zunahme des Stotterns im Gespräch mit bestimmten Personen oder dass Kinder in manchen Fächern stottern, in anderen nicht.

Beispiel: Auf dem Pausenhof erzählt Mike völlig flüssig einen Witz. Beim Vortrag eines Gedichtes vor der Klasse gerät er ins Stottern. Uninformierte Lehrerinnen könnten das als Hinweis werten, dass Mike das Gedicht zu Hause nicht geübt hat.

- **Kontrollverlust während des Stotterns**

Die Fehleranfälligkeit führt zu Momenten im Sprechablauf, in denen die Sprechbewegungen nicht mehr kontrolliert werden können. Das äußert sich in Wiederholungen von Lauten und Silben („T-t-t-tafel“ oder „Bu-bu-bu-buch“), in gedehnten Lauten („Wwwwwanduhr“) oder in Blockierungen, bei denen ein Laut gar nicht gesprochen werden kann. Blockierungen können unhörbare Pausen sein, manchmal wird aber die Anstrengung, das Wort herauszupressen sichtbar oder hörbar (Begleitverhalten). Es hilft den meisten Stotternden nicht, sich besonders anzustrengen, um nicht zu stottern. Diese Anstrengung verstärkt häufig die Problematik. In einer logopädischen Therapie

lernen Stotternde spezielle Sprechtechniken, um diesen Kontrollverlust zu überwinden. Das gelingt in der Regel nicht bei jedem Symptom und oft erst nach einer langen Zeit der intensiven Übung.

Beispiel: Beim ersten Wort eines Referates kommt Benni ins Stottern. Uninformierte Lehrer könnten davon ausgehen, dass Benni sich nur ein bisschen mehr anstrengen müsste, um das Sprechen besser in den Griff zu kriegen. Benni strengt sich tatsächlich an, um das Stottern zu kontrollieren. Da er aber keine geeigneten Sprechtechniken gelernt hat, äußert sich die Anstrengung in Mitbewegungen des Kopfes, er presst die Augen zusammen, seine Mimik verkrampft und seine Stimme versagt. Es sieht fast so aus, als hätte er einen Krampfanfall. Doch all dies sind ungeeignete Versuche, das Stottern zu kontrollieren.

- **Sprechängste, Vermeidungsverhalten**

Stottern irritiert. Andere Menschen wissen nicht, wie sie darauf reagieren sollen. Daher machen Mitschüler Witze darüber, Stotternde werden ausgelacht und oft nicht ernst genommen. Die Folge: es entwickeln sich Sprechangst und Scham. Und um sich vor solchen verletzenden Situationen zu schützen, fangen Kinder an, Sprechsituationen zu vermeiden. Sie melden sich nicht, selbst wenn sie gelernt haben, und wenn sie unerwartet aufgerufen werden, geben manche lieber vor, nichts zu wissen als das Risiko einzugehen, vor der Klasse zu stottern und ausgelacht zu werden. Das hat fatale Folgen für die mündliche Mitarbeit. Manche Kinder sind dadurch so frustriert, dass die Leistungsmotivation generell einbricht und deshalb auch die schriftlichen Leistungen abfallen.

Beispiel: Julian zeigt nicht mehr auf, weshalb sich seine mündlichen Noten verschlechtert haben. Grund dafür ist, dass er vor der Klasse nicht stottern will – es ist ihm unangenehm, wenn alle dabei zuhören. Besonders fürchtet er, wenn der Reihe nach aufgerufen wird. Hier baut sich seine Angst vor dem Stottern so stark auf, dass er tatsächlich kein Wort mehr herausbringt. Morgens vor der Schule hat er schon Bauchschmerzen, wenn er daran denkt, dass das passieren könnte. In der Schule kann er deshalb oft nicht gut zuhören und aufpassen. Seine Leistungen haben sich deutlich verschlechtert, seitdem die mündliche Mitarbeit benotet wird. Nur in Biologie trifft das nicht zu. Hier kann er mit seinem Wissen glänzen. Er fühlt sich von der Lehrerin verstanden und unterstützt. Sie fragt ihn nur ab, wenn die Klasse Aufgaben in Kleingruppen löst, so dass bei Julian nur die Kinder aus seiner Gruppe zuhören. So erlebt er weniger Angst, kann flüssiger sprechen und wagt es, sein Wissen mitzuteilen.

Stotternde in der Schule – spezielle Probleme für LehrerInnen

- **Welche Schulform ist geeignet?**

Stotternde Kinder sollten auf die Schule gehen, die ihnen entsprechend ihrer Begabung am ehesten entspricht. Das Stottern sollte die Wahl der Schulform nicht beeinflussen. Nur wenige Sprachheilschulen sind auf stotternde Kinder ausgerichtet. Dort werden in der Regel Kinder beschult, die schwerere komplexe Sprachstörungen haben. Siehe auch „Sonderpädagogische Förderung“.

- **Wie das Kind auf Stottern ansprechen?**

Grundsätzlich werden stotternde Kinder und ihre Eltern in einer logopädischen Therapie beraten, von sich aus die Schule sowie einzelne Lehrerinnen über das Stottern zu informieren. Wenn das nicht geschehen ist, sucht man am besten eine Situation, in der sich das Kind geschützt fühlen kann (z.B., wenn ein Freund dabei ist oder nur zu zweit), beschreibt seine Beobachtungen und äußert die Vermutung, dass es sich um Stottern handelt. Daraus kann sich ein Gespräch über eine Umgangsweise mit dem Stottern entwickeln, die für das Kind möglichst angenehm ist.

- **Wie mit Eltern darüber sprechen?**

Am besten beschreibt man seine Beobachtungen und äußert die Vermutung, dass es sich um Stottern handelt. Daraus kann sich ein Gespräch entwickeln, in dem LehrerInnen Informationen über Sorgen und Ängste der Eltern und bisherige Maßnahmen oder Therapie erhalten. Es ist sinnvoll, Eltern um Information zum Stand der Stottertherapie zu bitten. Möglicherweise möchte die behandelnde Logopädin Kontakt mit den Lehrerinnen aufnehmen. Dafür müssen die Eltern eine Schweigepflichtentbindung geben. Sollte bisher keine Therapie stattgefunden haben, obwohl die Eltern besorgt sind und das Kind belastet wirkt oder sich beim Stottern anstrengt, sollten Informationsquellen zur Therapie gegeben werden (siehe Anhang).

In ihrer Besorgnis üben manche Eltern sehr viel Druck auf die Schule oder einzelne Lehrerinnen aus. Dieser Druck verringert sich in der Regel, wenn sich Eltern verstanden fühlen, wenn sie von Beobachtungen zum Stottern und Sprechen des Kindes im Unterricht (und in den Pausen) erfahren und wenn für sie und das Kind konkrete Maßnahmen erkennbar sind. Diese sind im Folgenden aufgeführt.

- **Wie reagieren, wenn das Kind in einem langen Symptom ist?**

Blickkontakt halten, zuhören und abwarten. Die Gelegenheit suchen, mit dem Kind in einer entspannten Situation zu zweit darüber zu sprechen, welche Reaktionen es sich wünscht und welche es besonders belasten.

- **Wie kann die Klasse informiert werden?**

Ist das Kind in logopädischer Behandlung, ist es das einfachste, die Logopädin zu bitten, mit dem Kind zusammen eine Schulstunde zum Thema Stottern zu halten. Lehrerinnen, die selbst eine solche Stunde halten wollen finden auf der Webseite www.stottern-und-schule.de gute Unterrichtsmaterialien und ein Stundenbild.

- **Wie mit auffälligem Verhalten bei Stotternden umgehen?**

Sehr viele Stotternde fallen nicht als Stotternde auf, da sie geschickt vermeiden, mit dem Stottern aufzufallen. Sie nehmen dafür schlechte Noten und eine unscheinbare Randexistenz im sozialen Gefüge auf sich. Solche Kinder bleiben unauffällig und werden daher oft mit ihrem Stotterproblem übersehen. Andere stotternde Kinder werden häufiger in körperliche Auseinandersetzungen verwickelt. Ursache kann ein permanentes unbeobachtetes Sticheln sein. Wenn das stotternde Kind sich dann wehrt, ist das wegen des Stotterns verbal oft fast nicht möglich, weshalb dann verzweifelt zugeschlagen wird. Es gibt aber auch stotternde Kinder, die andere provozieren und die sich dann auf ihr Stottern berufen, wenn sie zur Rechenschaft gezogen werden.

- **Wie mündliche Mitarbeit gestalten und bewerten?**

Besonders effektiv ist, wenn Lehrer und Schüler gemeinsam darüber sprechen, wie die mündliche Mitarbeit weniger angstausslösend gestaltet werden kann, ohne dem Stotternden eine Sonderrolle zuzuweisen. Absprachen wie „Ich rufe dich nur auf, wenn du dich meldest.“ oder: „Wenn du dich meldest, kommst du sofort dran.“ können sehr entlastend wirken. Weitere Möglichkeiten sind

- statt vorn an der Tafel das Kind von seinem Platz aus sprechen lassen
- nicht der Reihe nach oder nach dem Alphabet aufrufen
- lautes Vorlesen im Chor oder zu zweit
- auf Video zu Hause vorbereitete Leseaufgaben oder Referate abspielen lassen
- in Kleingruppen mündlich abfragen
- mehr Zeit zur Verfügung stellen, Zeitdruck vermeiden
- schriftliche Ersatzleistungen vereinbaren

All diese Maßnahmen sollten in Abständen auf ihre Wirksamkeit und Angemessenheit überprüft werden. Gerade wenn Kinder in einer logopädischen Therapie daran arbeiten, selbstbewusster mit

ihrem Stottern aufzutreten, sollten solche Maßnahmen schrittweise in Absprache mit dem Kind (oder/und der Logopädin) abgebaut werden.

Beispiel: Die mündlichen Noten von Linus (12 Jahre) haben sich verschlechtert, da er sich aus Angst vor dem Stottern nicht mehr mündlich am Unterricht beteiligt.

Zum Elterngespräch ist Linus mitgekommen. Der Klassenlehrer erfährt zum ersten Mal, dass Linus stottert. Ihm war das bisher nicht aufgefallen, da Linus insgesamt ein sehr ruhiger und zurückhaltender Schüler ist. Auch dass sein Aufrufen nach der Reihe das Stottern verstärkt, war ihm nicht bewusst. Er zeigt großes Interesse am Stottern und an der Stottertherapie und nimmt dankbar die Informationsbroschüre entgegen, die die Eltern mitgebracht haben. Gemeinsam wird ein Weg gesucht, wie Linus wieder mehr mündlich mitarbeiten kann und wie er vorerst in unauffälliger Weise Ersatzleistungen zeigen kann. Vereinbart wird, dass Linus für eine befristete Zeit Stundenprotokolle schreibt und dass der Lehrer in Zufallsreihenfolge aufruft. Die Eltern schlagen vor, dass ein Gespräch zwischen Logopädin und Lehrer stattfindet. Außerdem bitten sie den Klassenlehrer, die übrigen Fachlehrer von Linus über das Stottern zu informieren. Ein Termin für neue Absprachen wird vereinbart.

Stottern und Lesen

Viele stotternde Kinder bewerten ihr Lesen als schlecht, weil sie nicht zwischen Stottern und reinen Leseschwierigkeiten unterscheiden. Das ist ungerecht, da sie ja ohne Stottern das Wort richtig hätten lesen können. Reine Leseschwierigkeiten lassen sich durch häusliche Leseübungen verbessern. Die Kontrolle von Stottern beim lauten Lesen vor der Klasse wird am besten im Rahmen einer Stottertherapie erarbeitet. Lehrer können den Stress beim lauten Lesen verringern, indem sie nicht der Reihe nach aufrufen und in der Grundschule im Chor oder zusammen mit einem Mitschüler lesen lassen.

Stottern und Fremdsprachunterricht

Unter den Stotternden gibt es genauso häufig Begabte und Unbegabte für Fremdsprachen wie unter nicht Stotternden. Viele stotternde Kinder freuen sich, dass sie zu Anfang im Fremdsprachunterricht all die neuen Wörter völlig flüssig aussprechen können. Häufig verliert sich dieser Effekt, wenn die Kinder die neue Sprache geläufiger sprechen und die Symptomatik genauso ausgeprägt wie in der Erstsprache auftritt. Kinder, die das Stottern in ihrer Muttersprache gut durch Umformulieren vermeiden können, haben in einer Fremdsprache einen zu kleinen Wortschatz, um mit dieser Strategie Erfolg zu haben, weshalb sie in der Fremdsprache sogar stärker stottern. Anderen Kindern fällt von Anfang an die neue ungewohnte Aussprache schwer und sie stottern in der Fremdsprache grundsätzlich mehr. Entwickeln sich Ängste vor dem Sprechen in der neuen Sprache, überträgt sich das oft auf die gesamte Motivation für die Fremdsprache, also auch auf die schriftlichen Leistungen. Daher ist es sinnvoll, dem Kind immer wieder deutlich zu zeigen, dass seine Leistungen unabhängig vom Stottern bewertet werden. Eine Stottertherapie bietet Unterstützung für die speziellen Sprechprobleme in einer Fremdsprache.

Nachteilsausgleich

Hinsichtlich der **mündlichen Mitarbeit und Leistungsmessung** haben stotternde Schüler klar definierte Rechte, denn im Grundgesetz ist festgelegt, dass kein Mensch wegen einer Behinderung benachteiligt werden darf (Grundgesetz, Artikel 3, Absatz 3, Satz 2, Sozialgesetzbuch IX. Buch (SGB IX)). Aus diesem Grunde gibt es den **Nachteilsausgleich**. Der Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 26.06.1998 lautet: „Bei mündlichen oder schriftlichen Leistungsanforderungen und -kontrollen sowie bei Prüfungen darf den Betroffenen kein Nachteil aufgrund einer sprachlichen Beeinträchtigung oder Behinderung entstehen. Erforderlichenfalls ist ein Ausgleich zu schaffen. Das Zulassen oder Bereitstellen von Kommunikationshilfen, die Gewährung einer Zeitzugabe und das Ersetzen von mündlichen Aufgaben durch schriftliche können ein Nachteilsausgleich sein.“

Der Nachteilsausgleich ist in jedem Bundesland anders geregelt (siehe die Broschüre der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (BVSS) „Meine Rechte als stotternder Schüler“, den Ratgeber „Stottern in der Schule“ und die Länderübersicht auf der Website der BVSS www.bvss.de).

Wenn Eltern einen Nachteilsausgleich beantragen wollen, sollte die Schule die Eltern genau befragen und die Beobachtungen über das Stottern und seine Auswirkungen zusammentragen. Der Klassen- oder/und Vertrauenslehrer beraten ggf. zusammen mit der Schulpsychologin die Eltern, bevor diese den Antrag stellen. So kann gemeinsam eine bessere Schulsituation für das stotternde Kind entwickelt werden. Der Antrag wird formlos bei der Schule eingereicht. Ein ärztliches Attest oder der Bericht des behandelnden Therapeuten kann beiliegen. Je nach Bundesland folgt eine schulinterne Diagnostik, um das Anrecht auf Nachteilsausgleich festzustellen. Eine formale Anerkennung als Schwerbehinderter ist nicht erforderlich.

Wenn die Lehrerin keinen Nachteilsausgleich gewähren möchte, sprechen die Eltern möglicherweise die Vertrauenslehrerin oder die Schulpsychologin an. Bevor sich Eltern an die Schulleiterin, das Schulamt oder die Ministerialbeauftragte wenden, sollten Sie alle Möglichkeiten eines kooperativen Gesprächs ausschöpfen.

Sonderpädagogische Förderung

Stotternde Kindergartenkinder und Schüler haben unter bestimmten Bedingungen ein Recht auf sonderpädagogische Förderung als eine Form des Nachteilsausgleiches. Auch hier hat jedes Bundesland seine eigenen Regelungen. Der Antrag auf sonderpädagogische Förderung kann schon vor der Einschulung für Kindergartenkinder gestellt werden. Der Förderbedarf wird von Fachleuten in Zusammenarbeit mit den Eltern im Auftrag der Schulaufsichtsbehörde untersucht und – wenn Förderbedarf vorliegt – werden Art und Ort der Fördermaßnahme festgelegt. Das Vorgehen ist je nach Bundesland unterschiedlich. Gegenwärtig werden bevorzugt Fördermaßnahmen in einem Regelkindergarten bzw. in einer Regelschule gemeinsam mit nicht stotternden Kindern bewilligt. Ziel ist es, ein erfolgreiches schulisches Lernen zu ermöglichen und ein Kind so gut wie möglich in die Gemeinschaft zu integrieren. Dennoch gibt es für stotternde Kindergartenkinder und Grundschüler bisher nur wenige und an weiterführenden Schulen fast keine integrativen Förderangebote.

Stotternde Kinder sollten nur dann in Schulen mit Förderschwerpunkt Sprache eingeschult werden, wenn diese auf Stottertherapie spezialisiert ist oder wenn das Kind zusätzlich zum Stottern eine schwere Sprachentwicklungsstörung hat. Meist sind solche Schulen eher für Kinder mit ausgeprägten und komplexen Sprach- und Kommunikationsstörungen geeignet.

Weiterführende Literatur

Für Lehrer und Eltern

Alexander J. (1999). „Das ist gemein!“ Wenn Kinder Kinder mobben. So schützen und stärken Sie Ihr Kind. Freiburg: Herder.

Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.: www.stottern-und-schule.de

BVSS und dbl: Wenn Kinder stottern – Tipps zur Therapeutensuche. Kostenloser Download unter www.bvss.de/stottern/therapie

Furman, B. (2013). *Ich schaff's*. Heidelberg: Carl Auer

Schneider, P. (2013). *Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen. Ratgeber für Eltern und alle, die mit stotternden Kindern zu tun haben*. Neuss: Natke.

Schneider, P., Euler, H.A., Bosshardt, H.G., Sandrieser, P. & Neumann, K. (2018). *Patientenleitlinie Redefluss-Störungen: Stottern und Poltern*. Version 1. 2018; <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html> Aufruf am 16.07.2019

Schüler gegen Mobbing: www.schueler-gegen-mobbing.de

Thum, G. (2011). *Stottern in der Schule: Ein Ratgeber für Lehrerinnen und Lehrer*. Köln: Demosthenes.

Kostenlose Broschüren der Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. für Lehrer, Schüler und Eltern: www.bvss.de/angebote/infomaterial

Für stotternde Kinder

Colthorp, I. & Herdter, F. (2020). *Stoppilino. Wie ich mein Stottern zähmte*. Köln: Demosthenes

Jugend-Infoseite Stottern: <http://www.jugend-infoseite-stottern.de>

Kuckenberg, S. (2011). *FAQ zum Stottern für Schulkinder und Tipps zum Umgang mit Hänselein* (2. Aufl.). Neuss: Natke. Kostenloser Download unter <http://www.natke-verlag.de/download/faq-schulkinder.pdf>

Natke, B. (2004). *Benni 1: U-und? Wwww ist das P-problem?* Köln: Demosthenes.

Natke, B.: *Benni 1-4, Comicset*, Köln: Demosthenes.

Schneider, P. & Schartmann, G. (2018). *Was ist ein U-u-u-hu? Ein Mutmachbuch für stotternde Kinder* (6. Aufl.). Neuss: Natke.

Schneider, P. & Schartmann, G. (2018). *Murmeli schlau sucht einen Ba-bau. Ein Mutmachbuch für stotternde Kinder*. Neuss: Natke.

Fachliche Vertiefung

Natke, U. & Kohmäscher, A. (2021). *Stottern. Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapie*. Berlin: Springer.

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Adressen

BVSS Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (Deutschland)

Informations- und Beratungsstelle

Zülpicher Straße 58

50674 Köln

Tel.: 0221-139 11 06

Fax: 0221-139 13 70

E-Mail: info@bvss.de

Internet: www.bvss.de

DBL Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.

Augustinusstr. 11a

50226 Frechen

Tel.: (0 22 34) 37 95 3-0

Fax: (0 22 34) 37 95 3-13

E-Mail: info@dbl-ev.de

Internet: www.dbl-ev.de

DBS Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Goethestraße 16

47441 Moers

Tel: (02841) 998191-0

Fax: (02841) 998191-30

E-Mail: info@dbs-ev.de

Internet: www.dbs-ev.de

IVS Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs)

Geschäftsstelle

Erftr. 1

50859 Köln

Tel: +49 (0) 2234 - 6029308

Fax: +49 (0) 2234 - 694465

E-Mail: info@ivs-online.de

Internet: www.ivs-online.de

Anlage 3: Therapeutenwerbungsschreiben



Fachbereich Gesundheit
Leonardo Campus 8, 48149 Münster



Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement (B.Sc.)

Prof. Dr. Anke Kohmäscher

Tel.-Nr.: (0251) 8365837
(0151) 43862036

email: anke.kohmaescher@fh-muenster.de

Studiengang Lehr- und Forschungs- logopädie (M.Sc.)

Prof. Dr. Stefan Heim

Tel.-Nr.: (0241) 80 35889
Sekretariat: (0241) 80 88426

email: sheim@ukaachen.de

Münster / Aachen, 07.03.2023

Therapeuten gesucht für das Forschungsprojekt PMS KIDS

Beschreibung

Im Rahmen unseres 3jährigen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geförderten, Forschungsprojektes PMS KIDS (Prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapien nach dem Modifikationsansatz KIDS) möchten wir die Wirksamkeit von Stottermodifikationstherapie nach dem Ansatz *KIDS* (Kinder Dürfen Stottern; Sandrieser & Schneider, 2015) in sprachtherapeutischen oder vergleichbaren ambulanten Einrichtungen überprüfen. Uns interessiert, wie sich diese Stottertherapien auf die Stottersymptomatik von Grundschulkindern nach 3, 6 und 12 Monaten auswirken.

Anforderungen

Sie kommen für die Teilnahme an dieser Studie in Fragen wenn Sie

- eine Kassenzulassung haben, um als Sprachtherapeut/in zu arbeiten und Stottern zu behandeln
- das Verfahren KIDS aus Ihrer/m Ausbildung/Studium, dem Buch oder einer Fortbildung kennen
- in den letzten zwei Jahren mindestens zwei stotternde Kinder im Grundschulalter behandelt haben
- bereit sind, eine eintägige Schulung zu KIDS zu absolvieren und nach einem Manual zu therapieren.

Studienteilnahme

Mit einer Einwilligung zur Studienteilnahme erklären Sie sich bereit, zwischen Februar 2019 und Januar 20209 alle 7-11jährigen, stotternden Kinder, die sich bei Ihnen mit dem Wunsch nach einer Stottertherapie anmelden, über die Studie zu informieren und, vorausgesetzt das Einverständnis und die Erfüllung studienrelevanter Kriterien, nach KIDS gemäß einem eigens erstellten Therapiemanual zu therapieren. Das von Ihnen behandelte Kind wird vor der Therapie und im Therapieverlauf nach 3, 6 und 12 Monaten von Projektmitarbeitern bezüglich seiner Sprechflüssigkeit und psycho-sozialen Belastung untersucht. Die Therapie erfolgt unter Alltagsbedingungen, als einzige Besonderheit beginnt eine zufällig ausgewählte Hälfte der teilnehmenden Kinder ihre Therapie nach einer 3monatigen Wartezeit.

Vorteile einer Teilnahme

- kostenlose Teilnahme an einer eintägigen Schulung zu KIDS (inkl. 300,- Euro Aufwandsentschädigung)
- kostenlose Bereitstellung eines Therapiemanuals inkl. Material
- regelmäßige Supervisionsangebote (Aufwandsentschädigung 100,- pro Supervision)
- Entschädigung für den studienbezogenen Zeit- und Arbeitsaufwand pro Proband
- zusätzliche Therapiematerialien und Informationen auf einer Website für Teilnehmende
- Werbung durch Aufklärung Ihrer verordnenden Ärzte über die Studienteilnahme

Kontakt und weiteres Vorgehen

Wenn Sie Interesse an einer Studienteilnahme und/oder Fragen zu den Teilnahmebedingungen haben, wenden Sie sich gerne an Frau Prof. Dr. Kohmäscher über die oben genannten Kontaktmöglichkeiten.

Herr
Max Mustermann
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Münster, 07.03.2023

Informationen zur Versorgungsstudie PMS KIDS in Ihrem Einzugsgebiet

Sehr geehrter Herr Mustermann,

hiermit möchten wir Sie über unser bundesweites Forschungsprojekt PMS KIDS (Prospektive multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie anhand des Modifikationsansatzes KIDS) informieren, welches auch Ihre PatientInnen betreffen könnte. PMS KIDS ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefördertes Forschungsvorhaben, in dem wir untersuchen, wie wirksam ambulante Stottertherapien in sprachtherapeutischen/logopädischen Einrichtungen sind. Hintergrund ist die 2016 von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie herausgegebene S3-Leitlinie für Redeflussstörungen, die zeigte, dass national wie international für die Wirksamkeit von Stottertherapien bei Grundschulkindern keine soliden Evidenzen vorliegen. Dies ist insofern problematisch, da die Chance auf eine Remission in dieser Altersgruppe deutlich abnimmt. Ziel von PMS KIDS ist es, die Wirksamkeit des in Deutschland verbreiteten best-practice Verfahrens KIDS (Kinder Dürfen Stottern, Schneider & Sandrieser, 2015) unter Alltagsbedingungen zu überprüfen. Wir würden uns über eine breite Beteiligung von Eltern und Kindern an diesem Projekt freuen, um zum einen die Leitlinien zu ergänzen und zum anderen langfristig eine hochwertige Versorgung stotternder Kinder sicherzustellen.

In Ihrem Einzugsgebiet nimmt folgende sprachtherapeutische Praxis an der PMS KIDS Studie teil:

Praxis Erika Mustermann

Adresse
Tel., E-Mail:

Frau Freerk hat bereits an einer Manualschulung zum Therapieverfahren KIDS teilgenommen und wird zwei weitere Supervisionssitzungen im Therapieverlauf in Anspruch nehmen. Wir erwarten eine hohe Qualität ihrer Behandlungen, die gleichzeitig der üblichen Regelversorgung entsprechen. Es könnte sein, dass Eltern sich an Sie als verordnender Arzt mit Rückfragen wenden. Daher haben wir Ihnen im Anhang dieses Briefes die wichtigsten Hintergrundinformationen zur Studie aufgelistet. Bitte zögern Sie nicht, bei Fragen unsere Studienkoordinatorin Annika Primaßin (Tel. 0251-8365892, E-Mail: annika.primassin@fh-muenster.de) zu kontaktieren bzw. unsere Website www.pms-kids.de für weitere Informationen aufzusuchen.

Kollegiale Grüße,



Prof. Dr. Anke Kohmäscher
(Fachhochschule Münster)



Prof. Dr. Stefan Heim
(Uniklinik RWTH Aachen)

PMS KIDS – eine prospektive, multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapien bei Grundschulkindern nach dem Modifikationsansatz KIDS

Hintergrund zur Studie

Stottern betrifft ca. 1% der Bevölkerung und tritt bei Grundschulkindern mit etwa 1,4% noch häufiger als im Erwachsenenalter auf. In schweren Fällen kann Stottern die Kommunikation vollständig verhindern, jedoch wirkt es sich auch in leichteren Fällen teilweise erheblich auf u.a. schulische Leistungen, spätere berufliche Möglichkeiten und die soziale Integration aus (Natke & Alpermann, 2010). Die Chance auf eine Spontanremission ist für Grundschulkindern mit etwa 50% geringer als im Vorschulalter (Yairi & Ambrose, 2004) und sinkt ab der Pubertät rapide. Damit sind wirksame Stottertherapien für Grundschulkindern, die entweder in früherem Alter keine Therapie benötigten oder davon unzureichend profitierten, im Hinblick auf die späteren Folgen essentiell.

Die aktuelle AWMF-Leitlinie für Redeflussstörungen (DGPP, 2016) wurde als S3-Leitlinie konzipiert und offenbart: „Für 6- bis 12-Jährige liegt bislang keine solide Evidenz für irgendeine Behandlung vor.“ (S. 12). Des Weiteren fokussierten bisherige Studien zur Wirksamkeit von Stottertherapien fast ausschließlich intensive Gruppenmaßnahmen und bilden damit nicht die typische ambulante Versorgungssituation in sprachtherapeutischen Einrichtungen ab.

Ziel von PMS KIDS

Das Therapieverfahren KIDS (**K**inder **D**ürfen **S**tottern; Sandrieser & Schneider, 2015) wird laut einer Befragung von 70 Sprachtherapeuten in Deutschland von 89% aller Befragten im Grundschulalter eingesetzt (Kohmäscher, 2017). Ziel unserer Studie ist es daher, bundesweit die Wirksamkeit dieses best-practice Verfahrens in sprachtherapeutischen Einrichtungen zu evaluieren. Dabei interessiert uns, wie sich KIDS auf die Sprechflüssigkeit, aber insbesondere auch die psycho-sozialen Folgen von Stottern bei 7-11jährigen Grundschulkindern nach 3, 6 und 12 Monaten auswirkt. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Finanzgeber dieses Projektes ist daran gelegen, die Wirksamkeit und Qualität ambulanter Heilmittelversorgung sicherzustellen; hierzu leistet das Projekt PMS KIDS einen Beitrag.

Das Therapieverfahren KIDS

KIDS gehört zu den Ansätzen der Stottermodifikation und zielt primär auf einen Abbau der Sekundärsymptomatik und psychischer Reaktionen, um ein lockeres, anstrengungsfreies Stottern zu etablieren. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder dadurch eine Remission leichter erreichen können. Typischerweise werden die Phasen 1) Informations- und Vertragsphase, 2) Desensibilisierung, 3) Identifikation, 4) Modifikation und 5) Generalisierung in einer individuell angepassten Weise durchlaufen. Das Therapieende ist nicht notwendigerweise mit einer vollständigen Remission verbunden, sondern kann auch bei einer leichteren Symptomatik ohne belastende Begleitsymptome und einem selbstsicheren Umgang mit dem Reststottern angezeigt sein (Sandrieser & Schneider, 2015).

Methodik

Als Versorgungsstudie ist PMS KIDS darauf ausgerichtet, dass die Therapien unter Alltagsbedingungen stattfinden. Alle 30 Therapeuten, die sich an PMS KIDS beteiligen, erhalten eine eintägige Schulung in der Handhabung eines Therapiemanuals, um ein einheitliches, therapiegetreues Vorgehen zu gewährleisten. Ansonsten verläuft die Therapie im Rahmen der Regelversorgung des Heilmittelkatalogs mit wahlweise 1-2 wöchentlichen Sitzungen à 45 Minuten. Das Therapieende ist nicht festgelegt und kann in Absprache zwischen Ihnen und dem behandelnden Therapeuten innerhalb oder außerhalb der Datenerhebungsphase von 12 Monaten liegen.

Zielgruppe

An PMS KIDS sollen insgesamt 52 Kinder teilnehmen, die

- zwischen 7;0 und 11;0 Jahre alt sind und stottern
- keine weiteren neurologischen, sprachlichen, emotionalen oder verhaltensbezogenen Auffälligkeiten haben, die eine Stottertherapie nach dem Ansatz KIDS verhindern und
- für eine Stottertherapie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen.

Datenerhebungen

Messungen des Therapieerfolgs finden nach 3, 6 und 12 Monaten in den Räumlichkeiten der Therapeuten statt und beinhalten

- ein Gespräch zwischen Projektmitarbeiter und dem Kind
- das Vorlesen eines altersgemäßen Textes
- die Abnahme eines Fragebogens zu den psycho-sozialen Auswirkungen von Stottern (OASES-S, Euler et al., 2016) und
- eine Schweregradeinschätzung zum Stottern und der Alltagskommunikation durch einen Elternteil.

Zusätzlich werden die Eltern gebeten, pro Messzeitpunkt zwei Audioaufnahmen in unterschiedlichen Sprechsituationen zu erheben, um das Sprechen unter Alltagsbedingungen möglichst genau erfassen zu können. Eine Bewertung der Sprechproben erfolgt anhand des *Stuttering Severity Instruments* (SSI-4, Riley, 2009).

Randomisierung

Eine methodisch hochwertige Studie erfordert in der Regel den Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne oder mit einer alternativen Behandlung. Aus ethischen Gründen ist eine Kontrollgruppe über 12 Monaten nicht umsetzbar und es fehlen verbreitete, alternative Therapiekonzepte für diese Altersgruppe. Als Kompromiss werden für PMS KIDS die Hälfte der teilnehmenden Kinder (n= 26) erst nach einer dreimonatigen Wartezeit die Therapie beginnen, um für diese Monate einen Vergleich zwischen Therapie- und Kontrollgruppe zu ermöglichen. Es wird seitens der Therapeuten und Studienverantwortlichkeiten im Einzelfall sorgfältig darauf geachtet werden, dass die potentielle Wartezeit für die Kinder und Eltern zumutbar ist. Es liegt außerdem für diese Vorgehensweise ein positives Ethikvotum des Deutschen Bundesverbandes der akademischen Sprachtherapeuten (dbs e.V.) vor.



gefördert von:

Gemeinsamer
Bundesausschuss

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie – DGPP (2016). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie*, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. Verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>

Euler, H. A., Kohmäscher, A., Cook, S., Metten, Ch., & Miele, K. (2016). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES-S): Protokollbogen* (deutsche Übersetzung). McKinney (TX): Stuttering Therapy Resources

Kohmäscher, A. (2017). Umfrage zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapien. *Unveröffentlichte Studie*. Hochschule Fresenius, Hamburg.

Natke, U., & Alpermann, A. (2010). *Stottern – Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Hans Huber.

Riley, G. D. (2009). *SSI-4: Stuttering severity instrument – 4th ed.* Austin (TX): Pro-Ed.

Sandrieser, P., & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter*. (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Yairi, E., & Ambrose, N.G. (2004). *Early childhood stuttering*. Austin (TX): Pro-Ed.

Kontakt

Studienkoordination

Dr. Annika Primaßin

E-Mail: annika.primassin@fh-muenster.de

Tel: 0251-8365892

Website

www.pms-kids.de

Studienleitung

Prof. Dr. Anke Kohmäscher
FH Münster

Prof. Dr. Stefan Heim
Uniklinik RWTH Aachen

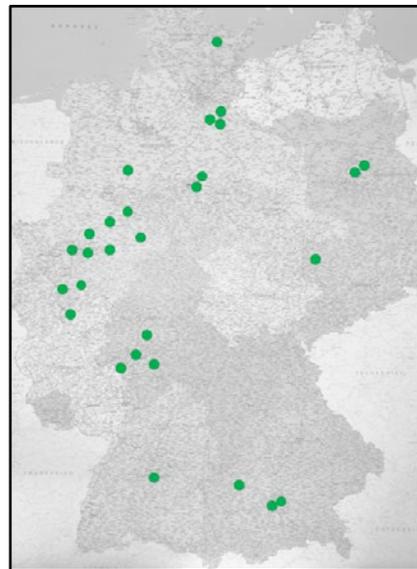


gefördert von:

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Logopädische Praxen von **PMS KIDS**

Leipzig, Berlin, Lüneburg, Hamburg, Kiel,
Hannover, Paderborn, Bochum, Anklam,
Recklinghausen, Bergisch Gladbach,
Bonn, Bad Honnef, St. Augustin, Mainz,
Niederelbert, Ennigerloh, Frankfurt a.M.,
Mörfelden-Walldorf, Stuttgart, Tübingen,
Augsburg, Hohenlinden, München



**Kontaktinformation zu allen
beteiligten Sprachtherapeuten:**

www.pms-kids.de/therapeute

Forschungsprojekt **PMS KIDS**



Stotternde Grundschul Kinder
für wissenschaftlich begleitete
Sprachtherapien in logopädischen
Praxen gesucht!

Alter der Kinder: 7-11 Jahre
Ort: deutschlandweit

www.pms-kids.de



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

**UNIKLINIK
RWTHAACHEN**

Was ist PMS KIDS?

PMS KIDS steht für „Prospektive multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS“.

In dieser Studie geht es um die Wirksamkeit der Stottertherapie KIDS (Kinder Dürfen Stottern). Laut einer Umfrage therapieren 90 Prozent der Sprachtherapeuten stotternde Grundschul Kinder nach diesem Ansatz (Kohmäscher, 2017).

Wir wollen herausfinden, wie wirksam KIDS unter Alltagsbedingungen ist, um daraus Empfehlungen für die Versorgung stotternder Kinder abzuleiten.

Die Studie **PMS KIDS** ist bundesweit ausgerichtet, das heißt es können sich Eltern und Kinder aus dem gesamten deutschen Bundesgebiet beteiligen, wenn sie ihr Kind in einer teilnehmenden logopädischen Praxis anmelden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Teilnehmende Kinder erhalten die gleiche Stottertherapie nach dem Ansatz KIDS, die sie auch sonst erhalten würden. Je nach Verordnung des Arztes erhält das Kind ein- bis zweimal wöchentlich eine 45-minütige Therapie. Die Therapiedauer ist unabhängig von der Studienteilnahme und wird im Verlauf in Absprache mit dem verordnenden Arzt bestimmt. Die Studienuntersuchungen erfolgen im Abstand von 3-6 Monaten vor Ort.

Weitere Infos unter www.pms-kids.de.

Welche Vorteile haben stotternde Grundschul Kinder von einer Teilnahme an PMS KIDS?

Teilnehmende stotternde Kinder können an dieser Studie in mehrfacher Hinsicht profitieren:

- speziell geschulte und betreute Therapeuten
- für die Studie entwickeltes Therapiemanual (Leitfaden)
- umfangreiches Material für die Beratung von Eltern und eine abwechslungsreiche Therapiegestaltung

Eine hohe Qualität der Stottertherapie wird auf diese Weise unterstützt.

Die Studie ist so angelegt, dass der zeitliche Aufwand für die teilnehmenden Eltern und Kinder möglichst gering ist. Unsere Projektmitarbeiter, die ebenfalls Stottertherapeuten sind, kommen für alle Studienmessungen in die Praxen vor Ort.

So können Sie uns unterstützen:

Sie ...

- **sind Arzt:**
Bitte informieren Sie Eltern therapiebedürftiger stotternder Grundschul Kinder über die Studie und die teilnehmenden Sprachtherapeuten in Ihrer Region. Sie finden die Therapeuten auf der Studien-Website www.pms-kids.de/therapeuten.
- **sind Sprachtherapeut:**
Für eine aussagekräftige Studie brauchen wir mehr stotternde Kinder, die teilnehmen. Wir freuen uns, wenn Sie ggfs. stotternde Grundschul Kinder zwischen 7 und 11 Jahren, die bis zum 01.02.2020 in Ihrer Praxis vorstellig werden, an die Therapeuten von PMS KIDS verweisen. Sie finden die für die Studie geschulten Therapeuten aus Ihrer Region unter www.pms-kids.de/therapeuten.
- **sind Lehrer:**
Bitte informieren Sie die Eltern von stotternden Schülern im Alter von 7-11 Jahren über unsere Studie. Bei Bedarf können wir Ihnen gerne eine größere Anzahl an Flyern zusenden. Für weitere Informationen zur Studie können die Eltern gerne unsere Studienkoordinatorin oder die teilnehmenden Sprachtherapeuten in ihrer Region (www.pms-kids.de/therapeuten) kontaktieren.
- **kennen ein stotterndes Kind im Grundschulalter:**
Bitte informieren Sie die Eltern des Kindes über unsere Studie und leiten gerne diesen Flyer weiter.

Supervisionskonzept PMS KIDS (Meilenstein 2. Quartal 2019)

I. Organisation der Supervisionsschulungen

1. Richtlinien zu Supervisionen

- Innerhalb von PMS KIDS werden vier bis fünf Gruppensupervisionsschulungen sowie zusätzliche telefonische Einzelsupervisionen angeboten.
- Für eine Gruppensupervisionsschulung sind maximal zehn Teilnehmer zugelassen.
- Die Teilnahme an mindestens zwei Supervisionsangeboten ist für jeden Therapeuten verpflichtend. Der Therapeut kann dabei auswählen, ob er/sie an zwei Gruppen-supervisionsschulungen teilnimmt oder ob er eine Gruppensupervisionsschulung sowie eine telefonische Einzelsupervision in Anspruch nimmt.
- Die Therapeuten sollen erst dann an einem der Supervisionsangebote teilnehmen, wenn sie bereits einen Studienprobanden behandeln und Erfahrung in der Arbeit mit dem Manual von PMS KIDS gesammelt haben. Therapeuten, die keine Probanden in die Studie einbringen, nehmen nicht an den Supervisionen teil.
- Es kann vorkommen, dass ein Therapeut im Behandlungsverlauf eines Studienprobanden an einer Supervision teilgenommen hat und die Therapie nach der ersten Supervisionsteilnahme beendet wird. Falls der Therapeut keinen neuen Studienprobanden in die Studie einschließt, muss er in diesem Fall keine weitere Supervision wahrnehmen - die bereits durchgeführte Supervision ist dann ausreichend.
- Supervisionen finden (außerhalb der IVS-Werkstattgespräche) immer am Wochenende von 12-15 Uhr statt, um An- und Abreise am gleichen Tag zu ermöglichen. Der Ort wird in Abhängigkeit von den teilnehmenden Therapeuten festgelegt.

2. Zeitplanung der Supervisionen

- Die via Telefon oder Skype durchgeführten Einzelsupervisionen werden in individueller und zeitlicher Absprache mit den Therapeuten geplant und durchgeführt.
- Die Gruppensupervisionsschulungen finden wie folgt verteilt über die drei Projektjahre statt:

Projektjahr 1 Oktober 2018 – September 2019	Projektjahr 2 Oktober 2019 – September 2020	Projektjahr 3 Oktober 2020 – September 2021
Supervision 1: 21. September 2019	Supervision 2: 21. – 24. November 2019 (IVS) ¹ Supervision 3: März 2020 Supervision 4 (optional): September 2020	Supervision 5: November 2020 (IVS)

¹ Supervisionsangebote, die mit (IVS) gekennzeichnet sind, finden im Rahmen der Werkstattgespräche der Interdisziplinären Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. statt.

3. Zuweisung der Supervisionsteilnehmer zu den entsprechenden Gruppensupervisionsschulungen – Stand Juni 2019

Gruppensupervisionsschulung	Ort	Teilnehmer (Auswahlkriterien: Probandeneinschluss bereits erfolgt, individuelle zeitliche Vakanz, Mitglied in der IVS)
Supervision 1 21. September 2019, 12-15h	Berufsfachschule für Logopäden am Werner-Otto-Institut in Hamburg	Freerk Friedel Born Nielsen Knoop
Supervision 2 21.-24 November 2019	IVS Werkstattgespräche, Hotel Rhön Residenz Dipperz-Friesenhausen	Alle Therapeuten mit Studienprobanden und Mitgliedschaft in der IVS: Richter Felsing Lendle Sandkamp-Nobbe Colthorp Neidlinger Agnes Freerk Schneider Pfeiffer-Will →Bielefeld
Supervision 3 März 2020	wird noch bekannt gegeben	Alle Therapeuten mit Studienprobanden, in Frage kommen: <i>Ggf. Bielefeldt</i> Schuler Winkler Roth Illenseer Wörmann Röhm Wedel Kaufmann Nüßgen
Supervision 4 (optional) September 2020	wird noch bekannt gegeben	Alle Therapeuten mit Studienprobanden und Supervisionsbedarf
Supervision 5 November 2020	IVS Werkstattgespräche, Hotel Rhön Residenz Dipperz-Friesenhausen	Alle Therapeuten mit Studienprobanden und Mitgliedschaft in der IVS, in Frage kommen: Ripken Blind Schneider Pfeiffer-Will Wiesmann Stratmann-Baumers Motzer Koch Walter

4. Zeitliche Planungsabfolge und Organisation vor jeder Gruppensupervisionsschulung (Meilensteinplanung)

Meilenstein (MS)	Zeitraum	Inhalt
MS 1	6 Monate vor Schulung	Festlegung von Datum, Uhrzeit und Veranstaltungsort
MS2	3 Monate vor Schulung	Information über das geplante Supervisionsangebot an alle in Frage kommenden Therapeuten senden Feste Anmeldung der Therapeuten für die Supervision
MS3	6 Wochen vor Schulung	Programm der Supervisionsschulung wird Therapeuten per Mail zugestellt Therapeuten werden gebeten, eine Fallvorstellung in die Supervisionsschulung einzubringen und vorzubereiten (Rückmeldung an uns mit Frist von zwei Wochen) Kontakt mit Verantwortlichen am Veranstaltungsort wird aufgenommen <ul style="list-style-type: none"> • Organisation Beamer, Boxen, Leinwand, Flipchart • Organisation Getränke und Kekse • Weitere Organisation
MS4	4 Wochen vor Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfen, ob ein Therapeut einen Fall in die Schulung einbringen will <ul style="list-style-type: none"> ○ Falls ja: Peter Schneider wird vorab informiert und um schriftliche Stellungnahme zu dem Fall gebeten ○ Falls nein: jeder Therapeut stellt kurz seine Therapieerfahrungen mit den Studienprobanden während der Supervisionsschulung vor
MS5	2 Wochen vor der Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaltliche Gestaltung der Supervisionsschulung <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstellung von Leitfragen für Gruppendiskussionen ○ Erstellung von Powerpointpräsentationen und Flipchartgrafiken ○ Erstellung einer Analyse von Therapieverläufen der teilnehmenden Therapeuten (Delegieren an Hiwi)
MS6	1 Wochen vor der Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Via Mail Erinnerung an Supervisionsschulung an teilnehmende Therapeuten senden • Aufnahmegeräte, Mikrophone, Audio-Boxen, Laptops etc. bereitlegen • Wasser und Kekse kaufen und bereitlegen
MS7	Nach der Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Gruppendiskussion und des Feedbacks • Beginn Planung der nächsten Schulung und Umsetzung des Feedbacks

II. Inhalt der Supervisionsschulungen

1. Aktueller Stand im Projekt, kurze Analyse und Diskussion der Therapieverläufe der Studienprobanden *(ca. 30 Minuten)*
2. Gruppendiskussion zur Arbeit mit dem Manual und Material *(ca. 45-60 Minuten)*
3. Pause – Zeit zum informellen Austausch *(15 Minuten)*
4. Fallbesprechung *(ca. 45-60 Minuten)*
5. Organisatorische Wünsche und Anmerkungen; Ideen zur Patientenrekrutierung, Feedback *(ca. 15 Minuten)*

Anlage 7: Telefonisches Screening PMS KIDS



Telefonisches Screening PMS KIDS



Name des Kindes: _____

Datum: _____

Bitte beantworten Sie im ersten Telefonat mit dem anmeldenden Elternteil folgende Fragen, um abzuschätzen, ob das Kind für eine Teilnahme an PMS KIDS in Frage kommt. Entscheidend ist dabei Ihre subjektive Einschätzung – würden Sie unabhängig vom Projekt das betreffende Kind in Therapie nehmen und sich für eine Behandlung nach KIDS entscheiden?

	Möglicher Proband für PMS KIDS	Nicht geeignet für PMS KIDS
Verdacht auf Stottern Erfolgt eine Anmeldung wegen (Verdacht auf) Stottern?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Alter Ist das Kind zwischen 7;0 und 11;0 Jahre alt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Neuanmeldung Erfolgt eine Neuanmeldung oder der Wunsch nach Auffrischung einer bereits erhaltenen Therapie nach KIDS? *	Neuanmeldung <input type="checkbox"/>	Auffrischung KIDS <input type="checkbox"/>
Psycho-soziale Belastung Wie stark fühlt sich das Kind durch das Stottern in seinem Alltag belastet?	etwas bis extrem <input type="checkbox"/>	gar nicht bis sehr wenig <input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse Eltern Ist eine Verständigung auf Deutsch im Telefonat ausreichend möglich, dass eine Therapie nach KIDS durchgeführt werden kann?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse Kind Wie gut sind die Deutschkenntnisse des Kindes laut Einschätzung der Eltern?	gering <input type="checkbox"/>	ausreichend bis Muttersprachler <input type="checkbox"/>
Weitere Auffälligkeiten Liegen weitere neurologische, sprachliche, emotionale oder verhaltensbezogene Auffälligkeiten vor, die eine Therapie nach KIDS ausschließen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Therapie nach KIDS Halten Sie eine Therapie nach KIDS bei dem Kind für empfehlenswert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Randomisierung Ist es dem Kind und den Eltern zuzumuten, ggfs. 3 Monate zu warten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

* Falls das Kind bereits eine Therapie erhalten hat, sollte erfragt werden, wie lange diese zurückliegt und welche Therapie absolviert wurde. Falls die bereits absolvierte Therapie nicht nach (Mini-)KIDS erfolgte, gilt das Kind als Neuanmeldung. Falls eine Therapie nach (Mini-)KIDS innerhalb des letzten Jahres erfolgte, sollte der Therapeut durch gezieltes Nachfragen abschätzen, ob nur eine gezielte Auffrischung vereinzelter Therapieelemente gewünscht ist oder eine „vollständige“ Therapie erforderlich ist.

Auswertung des Screenings und weiteres Vorgehen

Variante 1: Eignung

Sie haben alle Kästchen in der ersten Spalte (möglicher Proband) angekreuzt und sind persönlich davon überzeugt, dass das Kind für eine Teilnahme an PMS KIDS in Frage kommt. In diesem Fall informieren Sie die Eltern über PMS KIDS (ggfs. haben die Eltern bereits über den verordnenden Arzt von dem Projekt gehört). Sie erfragen, ob Sie die Kontaktdaten eines Elternteils (Email oder Telefonnummer) an die Projektkoordinatorin Frau Primaßin weitergeben dürfen.

Falls Sie das Einverständnis hierfür erhalten, teilen Sie dem Projektteam per Email die Kontaktdaten des Elternteils mit: annika.primassin@fh-muenster.de.

Variante 2: keine Eignung

Sie haben ein oder mehrere Kästchen in der zweiten Spalte (nicht geeignet) angekreuzt und halten das Kind aus einem oder mehreren Gründen nicht für eine Teilnahme an PMS KIDS geeignet. In diesem Fall informieren Sie die Eltern nicht über PMS KIDS und entscheiden persönlich über das weitere (therapeutische) Vorgehen. Zu Dokumentationszwecken emailen Sie unbedingt das ausgefüllte Screening mit einer kurzen Erläuterung an die Projektkoordinatorin! (annika.primassin@fh-muenster.de).

Variante 3: Unsicherheit

Sie sind sich bei einer oder mehrerer Fragen unsicher, was Sie ankreuzen sollen und können daher nicht entscheiden, ob das Kind für eine Teilnahme an PMS KIDS in Frage kommt. In diesem Fall informieren Sie den Elternteil über PMS KIDS und erfragen, ob Sie die Kontaktdaten eines Elternteils (Email oder Telefonnummer) an die Projektkoordinatorin weitergeben dürfen. Bei Zustimmung informieren Sie diese über Ihre Zweifel und emailen das ausgefüllte, eingescannte Screeningformular an annika.primassin@fh-muenster.de. Nach Rücksprache mit Ihnen wird die Projektkoordinatorin entscheiden, ob eine Teilnahme möglich ist.

Das weitere Vorgehen nach dem telefonischen Screening

Sobald dem Projektteam Kontaktdaten eines Elternteils vorliegen, erfolgt unmittelbar eine telefonische Kontaktaufnahme bzw. die Vereinbarung eines Telefongesprächs per Email. In diesem Telefonat wird der Elternteil ausführlich über PMS KIDS informiert und alle Fragen werden beantwortet. Wenn die Eltern ihre Zustimmung geben, werden ihnen von der Projektkoordinatorin ein schriftliches Aufklärungsschreiben sowie die Einwilligungserklärung zugesendet.

Erst wenn die schriftliche Einwilligungserklärung der Eltern vorliegt, kann die Gruppenzugehörigkeit (sofortiger oder verspäteter Therapiestart) des Kindes bestimmt werden. Diese Information wird direkt an die Eltern und den behandelnden Therapeuten weitergeben. Der behandelnde Therapeut vereinbart mit den Eltern einen Termin zur Erstuntersuchung und informiert die Projektkoordinatorin über diesen Termin. Der Termin findet in den Räumlichkeiten des behandelnden Therapeuten statt und kann mit oder ohne den behandelnden Therapeuten stattfinden. Vor diesem Termin werden die Eltern gebeten, anhand einer app zwei Audioaufnahmen von der Sprache ihres Kindes anzufertigen (Gespräch zwischen Eltern und Kind zu Hause; Gespräch des Kindes mit einem nicht-verwandten Erwachsenen außerhalb des Hauses).

Die erste Datenerhebung

Der erste Datenerhebungstermin dauert 45-60 Minuten und besteht aus 3 Teilen:

1. Gespräch zwischen Projektmitarbeiterin und Kind über vorgegebene Themen (Dauer: ca. 15 Minuten) – Aufzeichnung auf Video
2. Vorlesen eines altersangepassten Textes (Dauer: ca. 2 Minuten) – Aufzeichnung auf Video
3. Abnahme des OASES-S (Dauer: max. 15 Minuten)
4. Einschätzung des Schweregrades des Stotterns durch den Elternteil (Dauer: ca. 3 Minuten)

Die Zeit wird großzügig bemessen, um dem Kind die Gelegenheit zu geben, mit der Situation und den Anwesenden vertraut zu werden. Zudem wird Zeit für die Klärung von Fragen eingeplant.

Parallel oder im Anschluss an diese Datenerhebung kann die Anamnese und Diagnostik durch den behandelnden Therapeuten erfolgen. Auf Wunsch und bei Einverständnis der Eltern können die Sprachaufnahmen und der OASES-S dem Therapeuten zur Verfügung gestellt werden.

Anlage 8: PMS KIDS auf einen Blick

PMS KIDS auf einen Blick – die wichtigsten Informationen bei Probandenaufnahme



Kontakt zwischen Therapeut und Untersucher (Sabrina Heiler oder Patricia da Costa Avelar)

- ✧ Absprachen zu den bevorstehenden Testungen finden spätestens 1-2 Wochen vorab statt (Tag, Uhrzeit, Besonderheiten). Die Untersucherin nimmt den Kontakt zum/r Therapeuten/in auf.
- ✧ Wir verwenden in der Kommunikation mit Euch keine Probandennamen, sondern nur das Probandenkürzel.
- ✧ Da die Testungen länger als 45 Minuten dauern, besprechen wir vorab mit Euch die zeitlichen und räumlichen Optionen.

Testung(en)

- ✧ Die Testungen dauern erfahrungsgemäß eine Zeitstunde. Je nach Patient kann dies auch länger dauern.
- ✧ Eltern können bei der Testung anwesend sein. Auch der/die Therapeut/in kann optional dabei sein.
- ✧ Das erste Elterngespräch kann parallel zur Testung stattfinden.
- ✧ Wenn aus Krankheitsgründen, Urlaub oder Ähnlichem eine Anwesenheit des/r Therapeuten/in in der Praxis nicht zu organisieren ist, ist die Durchführung der Testung seitens PMS KIDS dennoch möglich.
- ✧ Bei der ersten Testung wird das ausgedruckte Probandenkürzel übergeben, welches in der weiteren Kommunikation und für die Therapie- und Hausaufgabendokumentation zu verwenden ist.
- ✧ Der ausgefüllte OASES kann durch den/die Therapeuten/in kopiert werden, insofern die Eltern ihre Zustimmung gegeben haben.

Therapieeinheiten

- ✧ Aufgrund des Studiendesigns mit einer Warte-Kontrollgruppe sind die ersten 3 Monate der Therapie besonders wichtig. Folgendes sollte beachtet werden:
 - Bitte eine Therapieeinheit (TE) pro Woche planen.
 - Die TE dauert 45 Minuten.
 - Die Durchführung von Doppelstunden ist nicht möglich.
 - Direkt vor einer Testung ist die Durchführung einer TE nicht sinnvoll.
 - Testungen werden nicht als TE mitgezählt (1. TE ist die 1. Therapiestunde, siehe auch Therapiedoku).

Folgetermine

- ✧ Folgetermine sollten zeitnah, wenn möglich direkt nach der jeweiligen Testung, mit allen abgesprochen werden.
- ✧ In den ersten 3 Monaten (der Sofort-Therapiegruppe) sollten mindestens 10 (und max. 12) TE stattfinden. Nehmt bitte Kontakt mit uns auf, sobald sich abzeichnet, dass dies (aufgrund von Ferien u.ä.) schwierig umzusetzen ist.
- ✧ Der Folgetermin sollte (unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit) frühestens 12 Wochen und spätestens 14 Wochen nach der ersten Testung stattfinden.

Therapie- und Hausaufgabendokumentation

- ✧ Die Therapiedokumentation beginnt mit der ersten Therapiestunde („Aktuelle Therapieeinheit: 1“) und endet mit dem Therapieende. Testungen zählen nicht als TE.
- ✧ Die Hausaufgaben sind in den ersten 3 Therapiemonaten wöchentlich zu dokumentieren (Dokument „Hausaufgabendokumentation“).
- ✧ Für beides gilt:
 - Blankodokumente sind auf der Webseite abrufbar bzw. wurden über den Newsletter versandt.
 - Die Übermittlung erfolgt nach Absprache per Mail an pms-kids@fh-muenster.de, per Fax an **0251 83 65852** oder an die Untersucherin in Papierform beim nächsten Messzeitpunkt. Bitte ergänzt auf dem Fax „Kohmäscher“, damit wir es zuordnen können.
 - Die Therapiedokumentation sollte mindestens einmal pro Monat übermittelt werden.

Sprachaufnahmen

- ✧ Die Eltern werden durch Annika Primaßin vorab über die externen Sprachaufnahmen aufgeklärt. Die Anleitung der Eltern zu den Sprachaufnahmen findet durch die Untersucherin zu T0 statt.
 - Die Eltern werden gebeten, zu jedem Testzeitpunkt zeitnah zwei Sprachaufnahmen aufzuzeichnen (1 Mal mit Elternteil, 1 Mal mit nicht-verwandtem Erwachsenen), dabei sollten weitere Kinderstimmen nicht aufgenommen werden.
 - Der Ansprechpartner ist die jeweilige Untersucherin.

Kontaktdaten

Prof. Dr. Anke Kohmäscher

anke.kohmaescher@fh-muenster.de
Studienleitung
Tel. 0251-83 65837

Dr. Annika Primaßin

annika.primassin@fh-muenster.de
Studienkoordination
Tel. 0251-83 65892
Sprechzeiten Donnerstag u. Freitag

Sabrina Heiler

sabrina.heiler@fh-muenster.de
Wissenschaftl. Mitarbeiterin, Doktorandin
Tel. 0251-83 658 93

Patricia Avelar

pavelar@ukaachen.de
Wissenschaftl. Mitarbeiterin, Doktorandin
Tel. 0241-80 88206

Anlage 9: Informationen über PMS KIDS im ersten Kontakt

Liebe Therapeuten von PMS KIDS,

diese Formulierungen sollen Euch dabei unterstützen, Eltern im ersten Kontakt über Eure Teilnahme an PMS KIDS zu informieren. Die eigentliche Aufklärung übernehmen wir (Annika oder Anke), jedoch kann es sein, dass sich die Eltern mit Fragen an Euch wenden. Diese Unterstützung besteht aus zwei Teilen: zum einen knappe Formulierungsvorschläge, die von unserer Seite aus ausreichend im Erstkontakt wären; zum zweiten ergänzende Formulierungsvorschläge, falls die Eltern spezifischer nachfragen.

Es steht Euch selbstverständlich frei, Eure eigenen Formulierungen zu finden. Wir haben bewusst auf lange Ausformulierungen verzichtet, weil wir das sonst für ein Telefonat nicht für handhabbar halten.

Teil 1 – das erste (Telefon)Gespräch mit den Eltern

1. Aufnahme des Anliegens (Screening ausfüllen) → Behandlung notwendig

2. Formulierungsvorschlag:

Ich möchte Sie informieren, dass ich an einem bundesweiten Forschungsprojekt teilnehme, in dem untersucht wird, wie sich die Therapie, die wir hier anbieten, bei Grundschulkindern auf das Sprechen und den Umgang mit dem Stottern auswirkt.

(ggfs. ergänzend: Nicht alle Kindern in dieser Altersgruppe erreichen ein vollständig flüssiges Sprechen – daher ist es unserer Meinung nach entscheidend, auch einen gelasseneren Umgang mit dem Stottern zu fördern).

3. Formulierungsvorschlag:

Ich halte dieses Projekt für sehr wichtig und ich würde mich sehr freuen, wenn viele meiner Patienten daran teilnehmen.

4. Formulierungsvorschlag:

Wäre es für Sie in Ordnung, wenn ich Ihre Telefonnummer an Frau Primaßin von der Fachhochschule Münster weitergebe, damit Sie Ihnen genaueres über das Projekt erzählt? Sie könnten danach in Ruhe überlegen, ob Sie Interesse an einer Teilnahme haben.

5. Formulierungsvorschlag:

Ich würde jetzt gerne erst einmal Ihre zeitlichen Möglichkeiten für die Therapie hier aufnehmen und würde mich dann bald bei Ihnen für eine konkrete Terminvereinbarung melden.

(Vorgesehen ist, dass die Terminvereinbarung erst dann erfolgt wenn die Eltern in die Studie eingewilligt haben oder auch nicht. Wenn Ihr den Eltern gerne etwas anbieten möchtet, sollte das frühestens in 10-14 Tagen sein, weil die Eltern sonst gar keine Bedenkzeit für die Studienteilnahme hätten.)

Teil 2 – Zusatzinformationen bei spezifischen Fragen der Eltern

Welche Vorteile haben wir, wenn wir an der Studie teilnehmen?

- informieren, dass das Kind die gleiche Stottertherapie erhält wie sonst auch (Standardtherapie), in der ihr bereits Erfahrung habt
- zusätzlich habt ihr an einer Schulung teilgenommen, wo sich 17 Stottertherapeuten zu diesem Ansatz ausgetauscht haben und werdet an zwei weiteren Supervisionssitzungen teilnehmen
- es wird im Rahmen des Projekts eine umfangreiche Materialsammlung erstellt, die kostenlos für die teilnehmenden Therapeuten genutzt werden kann (auch Informationen für Eltern, Hausaufgabenblätter etc.)
- langfristig hilft uns das Projekt, eine hochwertige Versorgung stotternder Kinder sicherzustellen

Wann kann mein Kind die Therapie beginnen?

- Über die reguläre Wartezeit in Eurer Praxis informieren
- Formulierungsvorschlag:

Bei einer Teilnahme an dem Forschungsprojekt würde die Therapie in spätestens drei Monaten beginnen, vielleicht sogar schon früher. In jedem Fall kann ich Ihnen anbieten, dass wir ganz zeitnah einen ersten Beratungstermin vereinbaren. Meiner Erfahrung nach hilft dies schon ganz wesentlich, um Sie alle zu entlasten und erste Veränderungen anzustoßen.

(Die Kinder von PMS KIDS werden bevorzugt behandelt und kommen nicht auf die reguläre Warteliste.)

Anlage 10: Instruktion Hausaufgabendokumentation



Logbuch häusliches Üben

© PMS KIDS 2018

Liebe Eltern,

für den Erfolg einer Stottertherapie ist es entscheidend, dass die in der Therapie erarbeiteten Fähigkeiten in den Alltag des Kindes übertragen werden. Das bedeutet zum Beispiel, dass Ihr Kind auch zu Hause, bei Freizeitaktivitäten oder in der Schule gelassen mit seinem Stottern umgehen kann. Hierfür benötigen wir Ihre Unterstützung, denn wir möchten ab dem ersten Tag der Therapie diesen Transfer in den Alltag fördern. Ihr/e Therapeut/in wird Ihnen und Ihrem Kind immer wieder Aufgaben geben, die Sie ergänzend zu den Therapiesitzungen zu Hause oder in anderen Situationen durchführen sollen.

Da die ersten Monate einer Therapie entscheidende Weichen für den weiteren Therapieverlauf stellen, möchten wir Sie und Ihre/n Therapeutin/en bitten, in der nachfolgenden Tabelle zu markieren, wann und wie oft Sie zu Hause die Therapie unterstützt haben. Ihr/e Therapeut/in wird Aufträge und Übungen in den ersten drei Monaten in dieser Tabelle eintragen und Sie können in jeder Sitzung besprechen, wie die Umsetzung dieser Aufgaben für Sie möglich war.



© PMS KIDS 2018

Logbuch häusliches Üben

	Aufgabe	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Sitzung 1								
Sitzung 2								
Sitzung 3								
Sitzung 4								
Sitzung 5								
Sitzung 6								
Sitzung 7								
Sitzung 8								
Sitzung 9								
Sitzung 10								

Bitte tragen Sie eine möglichst genaue Zeitangabe ein, z.B. 1x 10 Minuten oder beim Abendessen (30 Min.)

Anlage 11: Therapiedokumentation

Therapiedokumentation PMS KIDS

Einrichtung:

Behandelnder Therapeut:

Behandeltes Kind:

Aktuelle Therapieeinheit: 1. Therapieeinheit

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Information, Vertrag und Elternbeteiligung

- mit Kind mit Eltern Mit Eltern und Kind

Desensibilisierung (gegen)

- Tabu Stottern Symptomatik Zuhörerreaktionen

Identifikation

- Artikulatorische
Phonetik Symptomanalyse Symptomregistrierung

Modifikation

- Zeitlupe Prolongation Pullout Lockeres
Herausstottern

Generalisierung

- Vertragsarbeit Festigung
Modifikation Festigung
Desensibilisierung Festigung
Identifikation
- Vorbereitung
Nachsorge Nachsorge

Rahmentherapie (z.B. Problemlösekompetenz, Selbstwertarbeit, Schulbesuch – bitte spezifizieren)

- Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sonstige Inhalte bzw. Indikation (bitte erläutern bzw. begründen)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte emailen an: anke.kohmaescher@fh-muenster.de

Anlage 12: Anamnesebogen PMS KIDS

Code Patient: _____

Datum: _____

Liebe Eltern! Dieser Fragebogen dient zur Erfassung der Krankheitsgeschichte Ihres Kindes. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden gemeinsam mit den Studienuntersuchungen von PMS KIDS ausgewertet und unterliegen den Datenschutzrichtlinien von PMS KIDS.

Lesen Sie bitte jede Frage in Ruhe durch und machen Sie an den Stellen ein Kreuz, die Ihrer Meinung nach zutreffend sind. Bei freien Feldern können Sie Ihre Antwort handschriftlich eintragen.

Ich bin	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Ich stottere/habe gestottert.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ein anderes Familienmitglied (beider Elternteile des Kindes) stottert/hat gestottert.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wer (Verwandtschaftsgrad)?	_____	
Sprache(n):	<input type="checkbox"/> DaM <input type="checkbox"/> DaZ (seit wann? _____)	
Familiensprache(n):	_____	
Muttersprache(n):	_____	

1) Aus welchem Grund haben Sie sich für die aktuelle Therapie angemeldet?

2) In welchem Alter hat Ihr Kind zum ersten Mal eine Stottertherapie gemacht?

noch gar nicht mit _____ Jahren

3) Wie lange liegt diese Therapie zurück? (in Jahren + Monaten)

8) Was ist der Anlass für die weiteren Therapien gewesen (z.B. Vorhandensein anderer Auffälligkeiten/Erkrankungen neben dem Stottern)?

9) Gibt es derzeit noch eine andere (logopädische) Diagnose?

10) Gab es Besonderheiten (z.B. Krankheiten, Mobbing) während der Entwicklung des Kindes?

Anlage 13: Lesetexte Klasse 1-4

Eine halbe Stunde

Mein Papa ist Elektriker.
Er verkauft Fernsehgeräte.

Er setzt auch Satelliten-Schüsseln aufs Dach.
Er bohrt Löcher in die Wände und verlegt Kabel.
Am Ende räumt er alles wieder auf.

Ich freue mich, wenn Papa von der Arbeit kommt.
Dann hat er Zeit für mich.
Wir spielen oder basteln zusammen.

Aber manchmal klingelt es an der Tür.
Irgendein Nachbar steht da und hat ein Problem:
Ein Bügeleisen, das nicht bügelt,
ein Fernseher, der kaputt ist.

Dann sagt Papa immer:
„In einer halben Stunde komme ich vorbei.“

Die halbe Stunde gehört Papa und mir.

Die Aufweckmaschine

Hundert Kinder aus Deutschland haben einen Erfinderwettbewerb gewonnen.

Alle Gewinner haben anschließend gemeinsam eine Fantasiemaschine gebaut.

So ist die „Aufweckmaschine“ entstanden.

Nun soll Jan die Maschine in Gang setzen und ist ganz aufgeregt. Er legt eine

Wippe um und bringt dadurch einen kleinen Ball ins Rollen.

Der fällt von der Wippe auf einen Schalter. Der Schalter startet einen Ventilator.

Der Ventilator dreht sich und zieht dadurch an einem Faden.

Der Faden ist an einer Schere befestigt, und durch die Kraft schnappt die Schere

zu und schneidet einen anderen Faden durch.

Und so geht es noch weiter, etwa sechzehn Meter und zwei Minuten lang. Eine

Reaktion löst die nächste aus – und das mit jeder Menge Krach. Luftballons

platzen, eine Sirene geht los, hier und da kracht es gehörig.

Und das ist auch im Sinne der Erfinder,

Schließlich sollte die Maschine ein großer Wecker werden.

Doch nun ist sie so groß, dass sie in kein Kinderzimmer mehr passt.

Das erste Training

„Wir beginnen mit Sackhüpfen“, sagte der Lehrer.

Wir waren auf dem Schulhof.

Der Lehrer gab Pekka und mir einen großen Sack aus grobem Stoff.

„Alles klar“, sagte Pekka, zog sich den Sack über den Kopf und hüpfte los.

Pekka war unheimlich schnell im Hüpfen.

Der Lehrer bekam ihn erst zu fassen, als er mit der Direktorin zusammenstieß, die gerade die Rosenhecke neben dem Eingangstor goss.

„Vielleicht ist es besser, wenn ich euch erst mal zeige, wie es geht.“

Der Lehrer stieg mit den Füßen in den Sack, zog ihn sich mit den Händen bis zum Bauch und begann zu hüpfen.

Der Lehrer hüpfte toll. Er hüpfte so toll, dass alle aus unsrer Klasse ihn anfeuerteten.

Die Direktorin hörte auf zu gießen und schaute dem Lehrer hinterher.

„Du hüpfst zu hoch!“, rief sie.

„Aus dir spricht der Neid!“, rief der Lehrer zurück.

Da stellte die Direktorin die Gießkanne ab und ging zum Geräteschuppen und holte sich einen eigenen Sack.

Dann hüpften sie beide, der Lehrer und die Direktorin.

Der Lehrer hüpfte hoch und die Direktorin niedrig, und wir jubelten ihnen zu.

[...]

Der offene Kühlschrank

Ein Mann suchte einmal in seinem Kühlschrank einen Himbeer-Jogurt, aber er fand keinen. Enttäuscht ging er zur Küche hinaus und vergaß dabei, den Kühlschrank zu schließen. Sosehr der Kühlschrank auch kühlte, in seinem Inneren wurde es immer wärmer und nach einer Weile lief ein kleines Bächlein unten aus ihm heraus.

„Das ist ja nicht auszuhalten!“, stöhnten die Haselnuss-Jogurts. „Ist das ein Kühlschrank oder ein Kachelofen?“, giftelten die Schweinswürstchen. „Wie soll man hier noch frisch bleiben?“, ächzte ein Emmentaler Käse, der schon aus allen Löchern tropfte.

„Mir reicht`s“, sagte ein Jogurt nature, „ich gehe!“ „Wohin denn?“, fragten die Würstchen. „In die Natur“, sagte der Jogurt nature. „Ich komme mit!“, rief ein Bio-Krachsalat. „Wir auch!“, riefen die Haselnuss-Jogurts, die Schweinswürstchen, der Emmentaler Käse. Die Butter und die zwei Milchpackungen, und auch die Eier und die Tomaten nickten entschlossen. Ein Bier, das vor Wut schäumte, schloss sich ebenfalls an, nur die Essiggurken, die Silberzwiebelchen und die Oliven blieben in ihren Gläsern und glotzten den andern blöd und träge nach. „Kameraden!“, rief da der Jogurt, „wir verlassen dieses Haus!“, und sie erhoben sich und gingen alle zusammen das Treppenhaus hinunter zur Tür hinaus und standen nun auf der Straße.

Da es Sommer war, schlug ihnen eine große Hitze entgegen. „Es ist heißer als in einer Kuh“, sagte eine Milchpackung zur anderen. „Ich schwitze“, sagte der Krachsalat laut. „Ich schmelze“, sagte die Butter leise. „Uns wird ganz schwabblig“, sagten die Eier, die Tomaten liefen rot an und das Bier schäumte stumm vor sich hin. „Gut“, sagte der Jogurt nature, „dann halt zurück in den Kühlschrank.“

[...]

Anlage 14: Anleitungsblatt Installation PMS KIDS App

PMS KIDS

Anleitungsblatt Installation PMS KIDS App

Sehr geehrte/r Studienteilnehmer/in,

Vielen Dank, dass Sie die PMS KIDS Studie mit Ihrer Teilnahme unterstützen möchten.

Für die Durchführung der Studie nutzen wir eine App, die es Ihnen ermöglicht, die Stottervorfälle Ihres Kindes zu den in der Studie definierten Messzeitpunkten aufzunehmen und direkt an uns weiterzuleiten.

Diese eigens entwickelte App leitet ausdrücklich keine Daten an Dritte weiter, sodass lediglich wir und Sie am Datentransfer beteiligt sind. Näheres dazu finden Sie in der Datenschutzerklärung der App.

Für die Installation unter android und iOS (iPhone) haben wir Ihnen zwei Links in Form von QR-Codes weiter unten zur Verfügung gestellt. Bitte wählen Sie Ihren Installationsweg wie im Erstgespräch mit unseren Mitarbeitern besprochen und installieren Sie die App. Die nötigen Schritte dazu finden Sie neben dem jeweiligen QR-Code.

Ihr PMS KIDS-Team



Link android-Installation
(<https://pms-kids.de/android-app/>)



Installation unter android

Scannen Sie bitte den nebenstehenden QR-Code mit Ihrem Smartphone.

Sie werden anschließend zu einer Website weitergeleitet, auf welcher Sie sich die App direkt herunterladen können. Installieren Sie diese und öffnen Sie sie bitte im Anschluß.

Sie können sich nun mit den Ihnen im Schreiben mitgeteilten Anmeldedaten anmelden. Die App wird Sie automatisch an Ihren nächsten Aufnahmetermin erinnern.



Link iOS-Installation
(<https://pms-kids.de/ios-app/>)



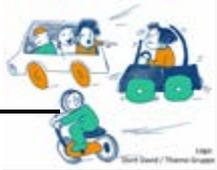
Installation unter iOS (iPhone)

Scannen Sie bitte den nebenstehenden QR-Code mit Ihrem iPhone.

Sie werden anschließend zu einer Website weitergeleitet, auf welcher Sie sich die App direkt herunterladen können. Installieren Sie diese und öffnen Sie sie bitte im Anschluß.

Da Sie uns die UDID-Nummer Ihres iPhones mitgeteilt haben, ist die App für Sie zertifiziert und freigeschaltet.

Sie können sich nun mit den Ihnen im Schreiben mitgeteilten Anmeldedaten anmelden. Die App wird Sie automatisch an Ihren nächsten Aufnahmetermin erinnern.



Liebe Eltern,

um die Veränderungen im Sprechen Ihres Kindes gut einschätzen zu können, bitten wir Sie, **in der nächsten Woche** zwei Aufnahmen vom Sprechen Ihres Kindes zu erstellen:

- (1) Eine Aufnahme zu Hause, bei der Sie oder Ihr/e Partner/in mit dem Kind spricht.
- (2) Eine Aufnahme nicht zu Hause, bei der ein/e Erwachsene/r (der/die nicht mit Ihrem Kind verwandt ist) mit Ihrem Kind spricht (z.B. ein/e Bekannte/r von Ihnen, ein/e Nachbar/in).

Hierfür erhalten Sie heute die Zugangsdaten für die App PMS KIDS:

Benutzername: _____

Passwort: _____

Sobald Sie die App heruntergeladen und sich mit Ihren Zugangsdaten angemeldet haben, sollten Sie mit der ersten Aufnahme beginnen. Drücken Sie dazu auf „Zur Aufnahme“. Achten Sie dabei darauf, ob Sie als Elternteil mit dem Kind sprechen oder ein nicht-verwandter Erwachsener mit dem Kind spricht. Klicken Sie auf „Zulassen“ und starten Sie die Aufnahme mit einem Klick auf den roten Punkt. Drücken Sie hier wenn nötig erneut „Zulassen“. Die Aufnahme beginnt.

Beide Aufnahmen müssen eine Mindestlänge von 5 Minuten aufweisen, gerne dürfen diese aber 10 Minuten dauern. Ihr Kind sollte in dieser Zeit möglichst viel sprechen. Dabei sollte die Situation ein **natürliches, alltägliches Gespräch** sein – bitte lassen Sie Ihr Kind nicht etwas aufsagen, vorlesen oder vorsingen. Damit wir die Stimme Ihres Kindes gut erkennen können, sollte kein anderes Kind an dem Gespräch beteiligt sein. Versuchen Sie Hintergrundlärm wie Radio, Fernsehen oder eine laute Waschmaschine auszuschalten.

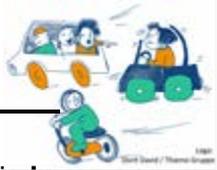
Zum Ablauf:

- (1) Wählen Sie zwischen den blauen Buttons „verwandter Erwachsener“ oder „nicht-verwandter Erwachsener“).
- (2) Drücken Sie den roten Aufnahmebutton, um die Aufnahme zu beginnen.
- (3) Nennen Sie zu Beginn des Gesprächs den Namen Ihres Kindes und den Gesprächspartner (z.B. Mutter, Nachbarin).
- (4) Führen Sie mit Ihrem Kind das Gespräch – das Gerät kann einfach auf dem Tisch liegen und sollte möglichst wenig Beachtung finden.
- (5) Nach frühestens 5 Minuten können Sie die Aufnahme beenden und auf den roten Knopf drücken. Nach 10 Minuten endet die Aufnahme automatisch.
- (6) Drücken Sie nun auf den Stopp-Button, um die Aufnahme automatisch an das PMS KIDS Team zu senden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr PMS KIDS Team

Liebe Eltern,



um die Veränderungen im Sprechen Ihres Kindes gut einschätzen zu können, bitten wir Sie **in der nächsten Woche** zwei Aufnahmen vom Sprechen Ihres Kindes zu erstellen:

- (3) Eine Aufnahme zu Hause, bei der Sie oder Ihr/e Partner/in mit dem Kind spricht.
- (4) Eine Aufnahme nicht zu Hause, bei der ein/e Erwachsene/r (der/die nicht mit Ihrem Kind verwandt ist) mit Ihrem Kind spricht (z.B. ein/e Freund/in, Bekannte/r von Ihnen, ein/e Nachbar/in).

Beide Aufnahmen sollten mindestens 10 Minuten lang sein und Ihr Kind sollte in dieser Zeit möglichst viel sprechen. Dabei sollte die Situation ein **natürliches, alltägliches Gespräch** sein – bitte lassen Sie Ihr Kind nicht etwas aufsagen, vorlesen oder vorsingen. Damit wir die Stimme Ihres Kindes gut erkennen können, sollte kein anderes (Geschwister-)Kind an dem Gespräch beteiligt sein.

Sie haben für die Aufnahmen von uns ein Diktiergerät erhalten. Dieses können Sie einschalten („On-Button“). Um eine Aufnahme zu starten, drücken Sie den roten Punkt. Um die Aufnahme zu beenden, drücken Sie den Stopp-Button. Das Gerät schaltet sich nach den Aufnahmen automatisch ab. Bitte löschen Sie keine Aufnahme auf dem Gerät. Testen Sie vorab, ob das Gerät aufnimmt und ob das Sprechen Ihres Kindes gut zu verstehen ist.

Zum Ablauf:

- (1) Nennen Sie zu Beginn des Gesprächs den Namen Ihres Kindes, das Datum und den Gesprächspartner (z.B. Mutter, Nachbarin).
- (2) Führen Sie mit Ihrem Kind ein natürliches, alltägliches Gespräch – das Diktiergerät kann einfach auf dem Tisch liegen und sollte möglichst wenig Beachtung finden. Versuchen Sie, Hintergrundlärm wie Radio, Fernsehen oder eine laute Waschmaschine auszuschalten.
- (3) Kontrollieren Sie, ob das Gespräch tatsächlich aufgezeichnet wurde.

Bitte geben Sie das Diktiergerät bei Ihrem nächsten Termin Ihrer/m behandelnden Therapeutin/en!

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr PMS KIDS Team

Anlage 16: Einschätzung der Eltern - Stotterschweregrad

Einschätzung der Eltern - Stotterschweregrad

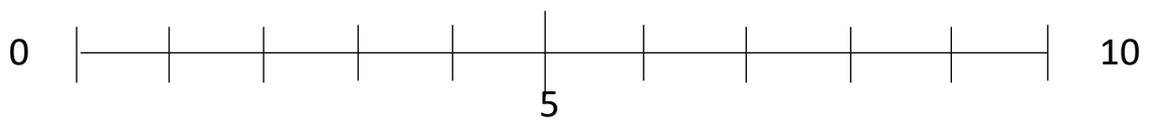
Datum: _____

Testzeitpunkt: _____

Probandenkürzel: _____

Ausgefüllt durch: _____

Stotterschweregrad



0 = kein Stottern

10 = extrem starkes Stottern

Anlage 17: Einschätzung der Eltern - Alltagskommunikation

Einschätzung der Eltern - Alltagskommunikation

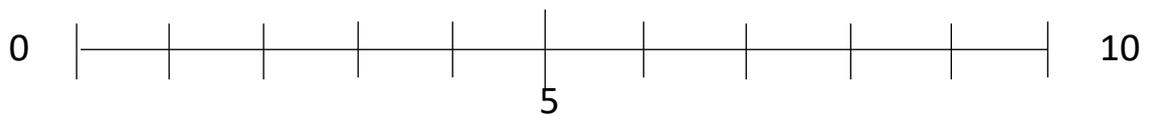
Datum: _____

Testzeitpunkt: _____

Probandenkürzel: _____

Ausgefüllt durch: _____

Zufriedenheit mit der alltäglichen Kommunikation



0 = extrem unzufrieden

10 = extrem zufrieden