

Kasseler Stottertherapie für ältere Kinder schließt eine Behandlungslücke

Alexander Wolff von Gudenberg¹, Katrin Neumann², Harald A. Euler³

Zusammenfassung

Ältere Kinder, die stottern, sind mit ambulanten Behandlungen eher schwer zu erreichen und weniger erfolgreich zu therapieren. Aus Elternsicht mangelt es häufig an ausreichender Beratung und fehlender Transparenz des Therapieangebotes. Zweiunddreißig Kinder (9 bis 13 Jahre) wurden mit einer kindgemäßen Version der Kasseler Stottertherapie (KST) behandelt. Die Unflüssigkeiten wurden in vier Situationen (Gespräch mit Therapeuten; lautes Vorlesen; aktives Telefonieren; Passanteninterview führen) gemessen. Zur Erhöhung der Gültigkeit der objektiven Langzeitdaten wurde auch eine telefonische Befragung der betroffenen Kinder und eines Elternteiles durchgeführt. Die ein Jahr nach Intensivtherapie erhaltenen Reduktionen von Unflüssigkeiten sind im Mittelwert denen von Jugendlichen und Erwachsenen mit gleicher Therapie ähnlich, allerdings mit größeren Spannweiten. Eltern schätzen die Therapieerfolge geringer ein als die Kinder selbst. Die therapeutischen Erfahrungen lassen vermuten, dass die Stabilität der Therapieerfolge nicht allein mit einer gruppenspezifisch eingebetteten Intensivtherapie unter PC-Einsatz erreicht werden kann, sondern es zusätzlich einer strukturierten Nachsorge bedarf.

SCHLÜSSELWÖRTER: Kasseler Stottertherapie – Therapieerfolg – Langzeitergebnisse – juveniles Stottern

Einleitung

Die computergestützte Kasseler Stottertherapie (KST) ist angelehnt an das Precision Fluency Shaping Programm (Webster, 1974), ergänzt durch Körper- und Atemarbeit. Der Klient erlernt in einem Intensivkurs von über 100 Stunden alleine und in der Gruppe mit Hilfe eines Biofeedbackprogramms eine neue, weiche Sprechweise,

die es ihm ermöglicht, dauerhaft flüssiger zu sprechen. Zum Konzept gehören eine einjährige strukturierte Nachsorge mit überprüfem Üben am PC zu Hause und die Teilnahme an mehreren Auffrischkursen. Seit drei Jahren gibt es mit der Kasseler Stottertherapie für Kinder ein modifiziertes Verfahren für die Altersgruppe zwischen 9 und 13 Jahren. Die Therapie beinhaltet nach einer zweiwöchigen Intensivphase ein Nachbereitungswochenende nach einem Monat und in der Regel zwei Auffrischkurse nach fünf und zehn Monaten. Diese Klienten haben im Durchschnitt schon zwei vorherige Therapien absolviert, meist über einen längeren Zeitraum. Nach



Dr. med Alexander Wolff von Gudenberg studierte Medizin in Berlin (FU) und Hannover (MHH). Er machte seinen Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Sprach- und Stimmstörungen und promovierte an der MHH und der Northwestern University, USA

über einen Stottertherapienvergleich im deutsch- und englischsprachigen Raum. Als Selbstbetroffener erprobte er ab 1996 eine modifizierte Version des Precision Fluency Shaping Programs nach Webster an der Universität Kassel und leitet seit 1999 das Institut der Kasseler Stottertherapie heute in Bad Emstal. Er ist in verschiedenen stotterbezogenen Forschungsprojekten aktiv.



Prof. Dr. Katrin Neumann studierte Humanmedizin an der Universität Leipzig. Die Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen leitet seit 2005 die Abteilung Pädaudiologie der Universitätsklinik für Phoniatrie und Pädaudiologie

Frankfurt/Main und ist Associate Professor in der Abteilung Phoniatrie der Universität Utrecht. Sie habilitierte sich mit dem Thema „Cerebral Correlates of Stuttering in FMRI and their Therapy-Induced Changes“. Zu ihren wissenschaftlichen Schwerpunkten gehören neurowissenschaftliche Untersuchungen von Hör-, Stimm- und Sprachprozessen in der funktionellen Bildgebung.



Prof. Harald A. Euler, Ph.D. ist seit 1974 Professor für Psychologie an der Universität Kassel. Er schrieb seine Master's Thesis über DAF bei Stottern und ist wissenschaftlicher Berater für die Kasseler Stottertherapie. Mit Prof. Katrin Neumann arbeitet er an einem Projekt über die Untersuchung von Stotterern mit bildgebenden Verfahren.

Frankfurt/Main und ist Associate Professor in der Abteilung Phoniatrie der Universität Utrecht. Sie habilitierte sich mit dem Thema „Cerebral Correlates of Stuttering in FMRI and their Therapy-Induced Changes“. Zu ihren wissenschaftlichen Schwerpunkten gehören neurowissenschaftliche Untersuchungen von Hör-, Stimm- und Sprachprozessen in der funktionellen Bildgebung.

1 Institut der Kasseler Stottertherapie, Bad Emstal
2 Klinik für Phoniatrie und Pädaudiologie, Universität Frankfurt
3 Institut für Psychologie, Fachbereich 7, Universität Kassel

Erfahrungen mit erfolglosen ambulanten Therapien suchen nicht wenige Eltern nach möglichen Alternativen und sind hilflos angesichts eines undurchschaubaren Therapieangebotes, fehlender Anlauf- und Beratungsstellen und widersprüchlicher Empfehlungen. Häufig werden dubiose heilungsversprechende, in Massenmedien angepriesene und selbst bezahlte Therapieangebote in Anspruch genommen. Beispielhaft ist der Bericht einer verzweifelten Mutter vor der Teilnahme ihres Sohnes an der KST und nach Erfahrungen mit verschiedenen Therapien.

„Mein Sohn stottert nach wie vor, es zeigt sich keine Besserung. Er ist in all den Jahren der Schulzeit sozial ausgegrenzt, hat in der Schule sehr große Schwierigkeiten, weil er dort in der Klassengemeinschaft keinen Anschluss findet und wird von den Kindern auf dem Schulhof wegen seines Stotterns gehänselt. Sein geistiges Potenzial ist vorhanden, er versteht den Stoff in der Schule und ist sehr interessiert an den Dingen, doch hindert ihn sein Stottern an der Mitarbeit. Dies führt zu einem dramatischen Kreislauf. Er beteiligt sich nur schlecht am Unterricht, wird von den Lehrern daher falsch eingeschätzt, steht oft unter einem hohen inneren Druck, der ihn die geforderte Leistung nicht erbringen lässt. Die Schulnoten sind sehr schlecht, obwohl ihm die Lehrer Potenzial bescheinigen. Er hat Schwierigkeiten sich zu konzentrieren, weil ihn nach eigener Aussage die soziale Ausgrenzung in der Klasse so sehr beschäftigt, dass er in Gedanken abschweift und sich wegwünscht.“

Als Reaktion auf die schwierige Situation betroffener Kinder und Eltern insbesondere im Schulalltag (Lattermann & Neumann, 2005) bilden sich derzeit Initiativen, nicht selten durch Betroffene oder Eltern. Gerade hat im Saarland ein Treffen des Vereins „Pro Voce“ unter Beteiligung von Politik, Berufsverbänden und Krankenkassen stattgefunden, der sich dem anspruchsvollen Ziel verschrieben hat, die Situation von Stotternden im Allgemeinen, und speziell die von Kindern zu verbessern (Pro Voce, 2006).

In diesem Zusammenhang ist auch die Initiative der Mentor GmbH zu sehen, die ab Winter 2006 Fortbildungen zum „Fachtherapeuten Stottern“ anbietet (www.mentor-fortbildungen.de), in denen auch die Beratung für Eltern, Diagnostik und Therapie für Kinder eine wichtige Rolle spielen. In einer vor kurzem abgeschlos-

senen Studie an den Universitäten Kassel und Frankfurt am Main wurde erfolgreich eine deutsche Version der im Ausland bereits mehrfach überprüften australischen Lidcombe-Therapie für Vorschulkinder validiert, die nun von der Universität Frankfurt und verschiedenen geschulten Therapeuten angeboten wird (Lattermann, 2006). Zur Verbesserung des Therapieangebotes für ältere Kinder bietet die Kasseler Stottertherapie seit drei Jahren Ferienkurse für 9- bis 13-Jährige an, die zunehmend nachgefragt werden.

Therapieziel der KST für ältere Kinder

Die Wahrscheinlichkeit von Spontanremissionen des Stotterns ist bald nach Auftreten der Redeflussstörung am höchsten und nimmt kontinuierlich mit zunehmendem Alter ab (Bloodstein, 1995; Yairi & Ambrose, 1999). Je länger die Störung besteht, desto geringer wird die berechtigte Hoffnung auf Spontanheilung. Etwa 75 % der 4-jährigen Kinder, 50 % der 6-jährigen und nur noch 25 % der 10-jährigen Kinder lassen eine Remission bis zum Alter von 16 Jahren erwarten (Yairi & Ambrose, 1999). Es gibt also keine speziellen Lebensereignisse, wie Schuleintritt oder Pubertät, die in besonderem Maße dazu beitragen, dass sich das „Stottern verwächst“.

Da sich auch die Redeflussstörung mit zunehmendem Alter nicht grundlegend wandelt, werden die 9- bis 13-jährigen Kinder in der KST nach den gleichen Prinzipien behandelt wie die jugendlichen und erwachsenen Klienten. Das in diesem Heft vorgestellte Konzept (Rother, 1999; Wolff von Gudenberg, 2006) wird zu einer kindgerechten Form abgewandelt. Auch bei den älteren Kindern ist das natürliche Sprechen mit der dazugehörigen Intonation und Phrasierung kurzfristig noch kein Therapieziel. Es geht zunächst einmal darum, durch das neue, weiche Sprechmuster rasch ein Gefühl der guten Sprechkontrolle zu erreichen und so die Motivation und Mitarbeit aufrechtzuerhalten. Durch dieses Vorgehen, die ständige Anwendung in der Gruppe und viele resultierende positive Sprecherfahrungen auch in schwierigsten Situationen können viele Kinder am Ende des 14-tägigen Intensivkurses das neue Sprechmuster schon relativ natürlich klingen lassen. Natürliches Sprechen wird jedoch erst im Verlauf der Nachsorge zum Therapieziel.

Vorteile einer computer-gestützten intensiven Gruppentherapie

Kontext und Frequenz der ambulanten Stottertherapie in Deutschland (Wolff von Gudenberg, 1988) sind in den letzten zwei Jahrzehnten annähernd gleich geblieben. In der Regel wird Einzeltherapie einmal, manchmal zweimal wöchentlich meist über sechs bis zwölf Monate durchgeführt. Speziell bei den älteren Kindern lässt dadurch die Mitarbeit schnell nach. Unsere Erfahrungen mit Kindergruppen zeigen jedoch, dass diese Altersgruppe durchaus erreicht und langfristig motiviert werden kann. Neben der Intensität der Behandlung könnten der gruppentherapeutische Rahmen und der Einsatz des Computers auch beim Üben zu Hause dafür verantwortlich sein.

Intensivtherapie

Nach zehn Jahren Erfahrungen mit 60 Gruppen der KST, in denen vereinzelt auch ältere Kindern vertreten waren, und fünf reinen Kinderkursen mit 9- bis 13-jährigen Klienten hat sich das Konzept der für Jugendliche und Erwachsene angewendeten Intensivbehandlung auch für Kinder bewährt. Nicht erst seit den Ergebnissen der Metaanalyse von Andrews, Guitar und Howie (1980), nach der eine optimale Behandlungsdauer 100 Stunden – möglichst intensiv durchgeführt – nicht unterschreiten sollte, plädieren auch die meisten Fachleute wie zuletzt Professor Kruse, Präsident der Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, für die Durchführung einer hochfrequenten Behandlung bei chronischem Stottern (Forum Logopädie, 2006). Dieselben Erfahrungen werden auch zunehmend in anderen neurogenen Störungsbildern von Sprechen und Sprache wie Aphasie gemacht, wie ein aktueller Artikel im selben Heft zeigt. Entsprechend einer aktuellen Metaanalyse gilt demnach ein intensives Sprechtraining mit täglichen mehrstündigen Übungseinheiten über mehrere Wochen hinweg als Voraussetzung einer effektiven Aphasiebehandlung (Schomacher et al., 2006).

Einfluss der Gruppe

Einen entscheidenden Einfluss bei der Behandlung von älteren Kindern können Gruppenprozesse haben. Die soliden Erkenntnisse der Verhaltensgenetik zeigen, dass Eltern auf die Wesensprägung ihrer

Kinder einen viel geringeren bleibenden Einfluss haben, als herkömmlich angenommen, und dass dieser mit zunehmendem Alter ohnehin schnell schwindet. Stattdessen üben die Peers, also die etwa gleichaltrigen und gleichgeschlechtlichen Kinder, den entscheidenden Einfluss aus. Schulkinder orientieren sich eben nicht vorrangig an ihren Eltern und übernehmen deren Werte und Normen, sondern an ihren Peers (Harris, 2000).

Therapeutisch hat diese Orientierung an Peers Konsequenzen. Während Vorschulkinder auch gut durch Einzeltherapie wie Lidcombe und KIDS zu erreichen sind (Jones et al., 2005; Sandrieser & Schneider, 2003) und die Eltern zumindest beim Lidcombe-Programm dabei eine große Rolle spielen, ändert sich die therapeutische Situation der älteren Kinder, die sich jetzt eher an Gleichaltrigen aus ihrer Umgebung orientieren. Diese Erkenntnis bestätigen auch informelle Befragungen unter Logopäden, in denen fast durchgängig beschrieben wird, dass diese Altersgruppe in der Einzelbehandlung therapeutisch kaum längerfristig zu erreichen sei. Falls überhaupt anfänglich vorhanden, sei die Motivation schwer aufrechtzuerhalten, was die Therapie oft „zäh“ werden lasse.

Die Gruppendynamik der Orientierung an Peers lässt sich zweckvoll nutzen. Gerade in diesem Alter wird durch die Vorbildfunktion der Mutigen manches möglich, was in der Einzeltherapie nicht ginge, etwa Herausforderungen wie Vorträge in der Schule, Reden vor größeren Gruppen, Passantenbefragung oder auch das Telefonieren.

Hinzu kommt noch die motivierende Beobachtung an Mitklienten, dass sehr bald nach Beginn der Therapie auch bei den Stotternden mit ausgeprägter Symptomatik durch die Verlangsamung der Sprechgeschwindigkeit eine gute Sprechkontrolle erreicht wird, die nach der Einführung des weichen Stimmeinsatzes noch besser wird. Dadurch wird das Vertrauen in das Konzept unmittelbar gefestigt. Auch ist die Erfahrung wichtig, mit dem Problem nicht alleine zu stehen und sich mit Leidensgenossen austauschen zu können. Natürlich spielen die Eltern nach wie vor zu Hause eine unterstützende Rolle und werden im Intensivkurs und in der Nachsorge mit in das Therapiekonzept einbezogen.

Einsatz des Computers

Derzeit ist der PC ohnehin schon Fluchtmöglichkeit von nicht wenigen redeflussgestörten Jugendlichen. Deshalb wirkt

allein die Aussicht, in einer Stottertherapie auch mit einem Computer zu arbeiten und dadurch die Sprechflüssigkeit verbessern zu können, motivierend auf diese Altersgruppe.

Die KST arbeitet mit einer speziellen Software „flunatic“ (Enjoy speaking! Vertriebsgesellschaft mbH, Am Sonnenhang 27, D-34311 Naumburg), welche die entscheidende Messgröße Stimmgebung im Zeitverlauf registriert und als Stimmkurve bildlich darstellt. Jede Äußerung, die auch akustisch wiedergegeben wird, bewertet diese Software auf Silbendauer, Stimmeinsatz und durchgehende Stimmgebung. Je nach Ergebnis lässt das Programm die Silbe bzw. das Übungswort oder den Satz wiederholen oder im Programm weitergehen (Verstärkung). Der Schwierigkeitsgrad kann individuell eingestellt werden. Die Software führt durch ein strukturiertes Übungsprogramm mit steigenden Sprechanforderungen, in dem alle Lautklassen behandelt werden. Durch diesen Aufbau kommt auch ein sportlicher bzw. Wettbewerbsaspekt hinzu, der zusätzlich motivierend wirkt, da der Computer quasi als Trainer wirkt.

Alle Übungsdaten werden in einer Datenbank aufgezeichnet und können auf Datenträger gespeichert und somit jederzeit eingesehen werden. Die Übungsfrequenz in der Nachsorgephase ist durch die Möglichkeiten des Datentransfers vom Computer auf Datenträger auch durch den Therapeuten zum ersten Mal in der Stottertherapie mit geringem Aufwand verlässlich überprüfbar. Auch die Eltern zu Hause können auf diese Weise die Übungszeiten jederzeit kontrollieren. Der Wunsch nach einem festen Übungsrahmen besonders in der häuslichen Umgebung wurde oft von den älteren Kindern, aber auch den Eltern geäußert. Nur so können offenbar einige Kinder die Übungsdisziplin aufbringen, die für dauerhafte Therapieerfolge notwendig ist.

Nach dem Intensivkurs kann ein Kind, wenn ein Rückfall in alte Stottermuster ersichtlich wird oder droht, jederzeit zusätzliche Übungssitzungen einschieben und die flüssigen Sprechmuster erneut einschleifen. Auch nach entwicklungsbedingten Unterbrechungen wie in der Pubertät, kann bei besserer Motivationslage jederzeit wieder mit dem Üben begonnen werden. Als Einstieg können auch ein Auffrischkurs oder zusätzliche Praxistage in laufenden Kursen („Stabilisierungstage“) dienen.

Unterstützung in der Nachsorge

Elternarbeit

Bereits im Vorgespräch werden mit den Eltern das klar strukturierte Konzept im Detail besprochen und die einzelnen Schritte nachvollziehbar gemacht. Es ist für die Nachsorge wichtig, dass Eltern mit klaren Vorstellungen über die Behandlung nach Hause gehen. Sie müssen darauf vorbereitet sein, dass auf ihr Kind viel Arbeit zukommt und es nur mit Unterstützung des ganzen Umfeldes in der Anwendung des neuen Sprechmusters erfolgreich sein kann. Es wird erfragt, welche Charakterzüge, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und welche Probleme in der Familie, der näheren Umgebung und in der Schule der Anwendung des neuen Sprechmodus im Wege stehen könnten.

Bei einem Angehörigentag im Kurs werden diese Themen noch einmal aufgegriffen und besprochen, wie das Kind in der Gruppe bisher agiert hat und wie die aufgetretenen Probleme behandelt wurden. Die Eltern bzw. Bezugspersonen werden zur Begleitung bei der In-vivo-Arbeit in realen Situationen angeleitet und lernen, auch die Qualität des neuen weichen Sprechmusters zu beurteilen. Im zweiten Elterngespräch am letzten Tag des Intensivkurses werden detaillierte Informationen über mögliche auftretende Anwendungsprobleme und Übungsempfehlungen gegeben, und die Aufgaben für den folgenden Monat bis zum Nachbereitungswochenende besprochen.

Zweimal pro Woche sollten dann angeleitete Telefonübungen- und In-vivo-Arbeit in der Schule und in der Stadt stattfinden. Nicht nur die Eltern, sondern auch andere Personen aus dem näheren Umfeld wie Lehrer und Logopäden können die Betreuung übernehmen. Auch mögliche Interventionen und Hilfen bei Krisen durch kooperierende Logopädiepraxen oder den Besuch von „Stabilisierungstagen“ in laufenden Kursen oder die Teilnahme an örtlichen Übungsgruppen der KST werden angesprochen.

Die vier Wochen nach dem Ende des ersten vierzehntägigen Therapieblockes bis zum Nachbereitungswochenende stellen eine Übergangsphase zwischen Intensivtherapie und Alltag dar, in der noch regelmäßig therapeutisch gearbeitet werden sollte.

Die KST hat eine neue Auswertungssoftware entwickeln lassen, die in Zukunft in

der Nachsorgephase die Auswertung von Alltagssituationen übernehmen kann. Die obligatorischen Referate in der Schule, die Telefongespräche und die Vorträge im sozialen Umfeld sollen dann mit einem modernen Diktiergerät aufgenommen und auf Sprechgeschwindigkeit und weiche Stimmeinsätze analysiert werden.

Kooperierende logopädische Praxen

Je besser das Umfeld vorbereitet ist und Rückschritten oder Rückfällen begegnet werden kann, umso erfolgreicher ist die Therapie langfristig. Eine Rolle sollte dabei auch die ambulante Betreuung vor Ort spielen. Als neuer Baustein der Nachsorge wird deshalb angestrebt, ein Netz von kooperierenden logopädischen Praxen als feste Ansprechpartner vor Ort aufzubauen. Unsere 10-jährige Erfahrung der KST mit Auffrischkursen zeigt, dass diese Vernetzung von intensiver und ambulanter Therapie vor allem deshalb sinnvoll ist, weil nicht jeder aus persönlichen, organisatorischen oder auch finanziellen Gründen das strukturierte Nachsorgeangebot der KST nutzen kann und will, oder weil mancher

Klient in dieser Phase auch einzeln betreut werden möchte.

Um in der KST-Nachsorge sinnvoll tätig werden zu können, absolvieren Mitarbeiter der kooperierenden Praxen zunächst erst eine spezielle KIP-Fortbildung (Kasseler Stottertherapie in der Praxis). Der enge Kontakt mit den ambulant tätigen Therapeuten kann durch weitere Hospitationen und fachlichen Austausch vertieft werden.

Studien über Therapieeffekte an älteren Kindern

Literatur zu Behandlungsergebnissen älterer Kinder sind unserer Kenntnis nach spärlich. Die einzige vorliegende Studie unterstützt das Vorgehen der KST. Amerikanische Autoren verglichen bei 98 Kindern im Alter von 9 bis 14 Jahren drei Formen von Therapie (Hancock et al., 1996). Ein Jahr nach Ende der Therapie zeigten sich Unflüssigkeitsraten von unter 2 % bei 48 % der Kinder, die eine reine Sprechtherapie erhalten hatten, bei 63 % der Kinder, deren Eltern eingewiesen worden waren, das Sprechtraining

in der Familie durchzuführen, und bei 71 % der Kinder, die durch ein computerbasiertes „Antistotterprogramm“ behandelt wurden und nur minimale Interaktion mit dem Sprechtherapeuten gehabt hatten. Eine sprechmotorische Behandlung in der ambulanten Therapie ist demnach weniger effektiv als die Einbeziehung der Eltern als Cotherapeuten. Am effektivsten jedoch ist die Therapie mit PC-Einsatz.

Langzeitergebnisse der KST

Wer stellt den Erfolg einer Therapie fest? In der Regel der Therapeut, oft auch nach Befragung des Patienten. Diese Aussage ist relativ wertarm und zu oft geschönt, denn je aufwändiger die Therapie, desto mehr besteht die Neigung zur Selbstrechtfertigung. Daher sind objektive Daten zur Beurteilung einer Therapie unumgänglich. Deswegen wurden in der KST von Anfang an längsschnittartig sowohl objektive als auch subjektive Daten über das Stottern erhoben (Euler & Wolff v. Gutenberg, 2000). Jetzt liegen auch die ersten Einjahresdaten und Erfahrungen mit einem für die Gruppe der älteren Kinder modifizierten Konzept vor.



edvschnittstellen abrechnung qualitätsmanagement privatliquidation marketing unternehmensberatung

Externe Abrechnung

Wirtschaftliche Dienstleistung bedeutet mehr Freiräume durch planbare Liquidität, durch gesicherte Umsetzung aller gesetzlichen Richtlinien, durch weniger Verwaltungsaufwand. Mit dem richtigen Partner wird die Abrechnung kinderleicht.

- Abrechnung mit allen Kostenträgern
- Privatliquidation
- Zuzahlungsabrechnung



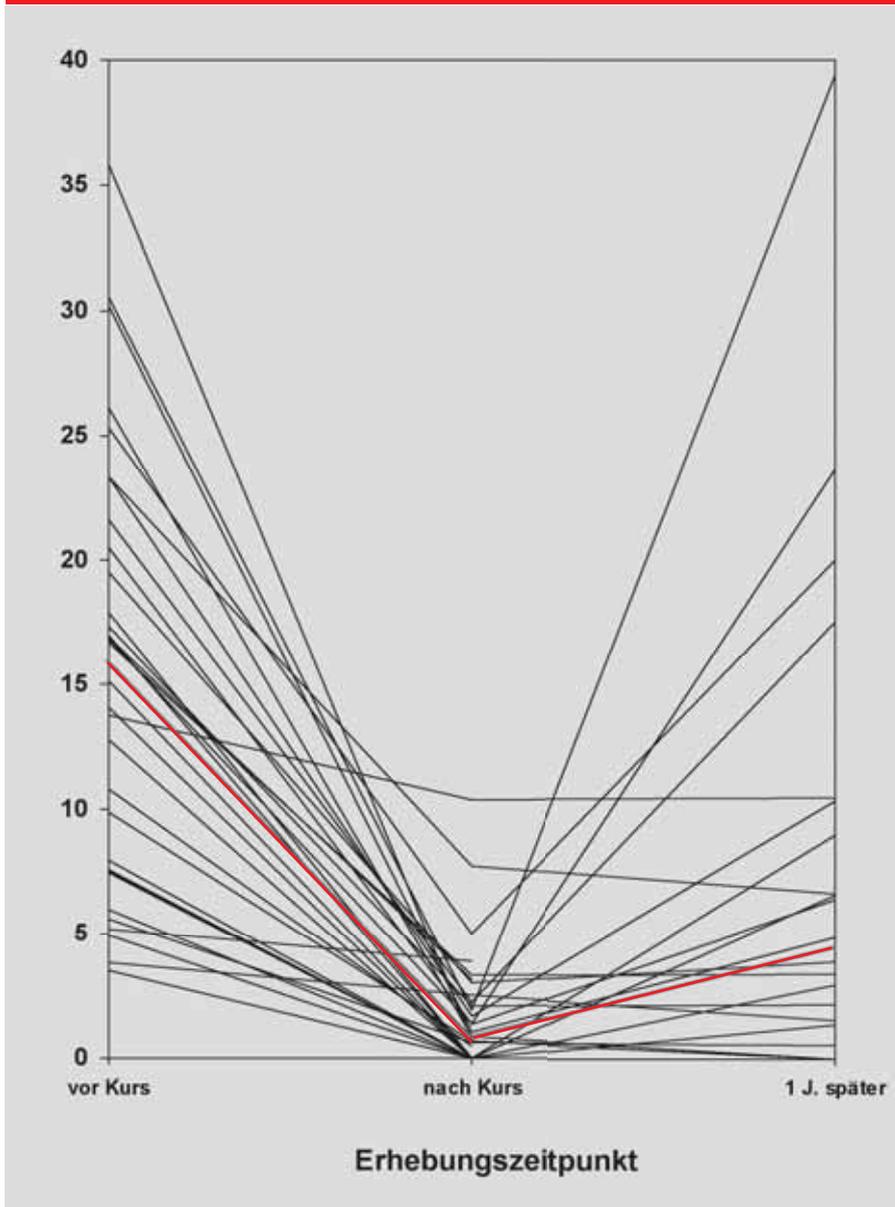
Wir sehen uns auf der REHACARE® in Düsseldorf, Halle 3, Stand 3C84/D89, vom 18. - 21.10.2006

und auf dem DBL/CPLOL-Kongress in Berlin vom 13. - 17.09.2006 Ebene B, Stand B 19

Lösungen, die verbinden. **opta data**

opta data Abrechnungs GmbH · Tel.: 0800 / 6 78 23 28 · www.optadata-gruppe.de

Abb. 1: Unflüssigkeiten in Silbenprozent beim Telefonieren



9- bis 13-jährige Klienten (N = 32), rote Linie Median

Die Kasseler Stottertherapie hat bisher neben Fragebögen zur Erfassung der subjektiven Stotterdaten vier standardisierte Sprechsituationen (Therapeuteninterview, Textlesen, Telefonieren und Passanteninterview) zur Erfassung der objektiven Sprechunflüssigkeit verwendet. Dabei wurde ein enger Zusammenhang zwischen jedem einzelnen Maß und den restlichen drei Stottermaßen belegt (Euler & Wolff v. Gudenberg, 2000). Als bestes Einzelmaß für Stottern erwies sich dabei das Telefonieren. Zur Minimierung des Erhebungsaufwandes wird daher in den Kindergruppen nur noch das Telefonieren bei den Nachfolgeuntersuchungen erhoben. Abbildung 1 zeigt für jeden einzelnen Klienten die Unflüssigkeiten vor dem Inten-

sivkurs, sofort nach Beendigung des Kurses und mindestens ein Jahr später. Von den insgesamt 32 Klienten waren Einjahresnachfolgedaten von 23 Klienten verfügbar. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass vier dieser 23 Klienten einen ausgeprägten Rückfall erlitten haben und ein Klient fast gar nicht profitiert hat. Andererseits zeigten fünf Kinder nach einem Jahr gar keine Un-

flüssigkeiten mehr. Die restlichen Klienten lagen dazwischen. Der Median (mittelplatzierte Klient) nach einem Jahr lag bei guten 4,45 Silbenprozent Unflüssigkeiten beim Telefonieren – ein erheblicher Gewinn im Vergleich zum vorthérapeutischen Median mit 15,90 Silbenprozent Unflüssigkeit.

In Tabelle 1 werden drei Altersgruppen von KST-Absolventen in ihrem Therapieerfolg dargestellt. Die 9- bis 13-Jährigen zeigen vor dem Kurs etwas höhere Unflüssigkeiten als die 14- bis 19-Jährigen, doch ist der Unterschied nicht signifikant und vermutlich nur rekrutierungsbedingt. Aus vorangegangenen Analysen ist bekannt, dass in der Gesamtstichprobe der KST-Klienten die Rate der Unflüssigkeiten vor dem Kurs hoch mit den Unflüssigkeiten ein Jahr nach Intensivkurs korreliert (Euler et al., 2005). Das heißt, die Klienten reduzieren zwar ihr Stottern drastisch durch die Therapie, doch wer vor der Therapie vergleichsweise viel gestottert hat, stottert auch mit beträchtlicher Wahrscheinlichkeit nach einem Jahr im Vergleich zu den anderen Klienten eher viel. Aus diesem Grund kann in Tab. 1 bei den 9- bis 13-Jährigen nicht das gleiche Ausmaß an therapiebedingter Reduktion erwartet werden wie bei den 14- bis 19-Jährigen. Doch auch nach einem Jahr gilt, dass die Klienten der jüngeren Altersgruppe zwar etwas mehr, aber nicht signifikant mehr stottern als die der mittleren Altersgruppe.

In der letzten Spalte sind die Effektwerte (d) für alle drei Altersgruppen dargestellt. Dieser Wert spiegelt die therapeutische Wirkung unmittelbar und vergleichbar wider. Nach Konvention stellt ein $d < .80$ einen großen Effekt dar. Die Effektwerte für alle drei Altersgruppen sind groß und ähnlich. Da wir nicht annehmen, dass Spontanremissionen bei den 9- bis 13-Jährigen signifikant höher sind als bei etwas älteren Klienten, gehen wir davon aus, dass die KST bei 9- bis 13-jährigen Klienten ähnlich wirksam ist wie bei älteren Klienten.

Tab. 1: Mittlere Unflüssigkeiten vor und nach Kurs

Alter (Jahre)	Anzahl (Klienten)	Mittlere Unflüssigkeiten in Silbenprozent		d-Wert
		vor Kurs	1 Jahr später	
9 - 13	23	16.5	7.6	.96
14 - 18	31	13.3	4.6	.88
über 18	120	12.8	5.1	1.07

Befragung der Familie

Die im Institut der KST oder auf der Straße erhobenen und von Dritten ausgewerteten Sprechdaten lassen nicht erkennen, inwieweit sie das Sprechen im Alltag (Performanz) oder die abrufbaren Fähigkeiten (Kompetenz) wiedergeben. Deshalb wurden die objektiven Unflüssigkeitsmaße durch eine standardisierte telefonische Befragung der Klienten und eines Elternteils (Mütter oder Väter) durch eine diesen unbekannte Person ergänzt, sofern beide erreichbar waren. Dritte sind am ehesten bereit, Misserfolge zu benennen und den Alltag ohne Beschönigung zu beschreiben. Der Klient selbst sowie eines seiner Eltern wurden gebeten, die Sprechflüssigkeit des Klienten in klassischen Schulnoten zu bewerten, also mit 1 als „sehr gut“ und 6 als „ungenügend“. Insgesamt enthielt diese besondere Stichprobe 12 Fälle. Die Korrelation zwischen der Selbsteinschätzung der Klienten und der elterlichen Einschätzung der Sprechflüssigkeit war mit $p = .69$ hoch und signifikant. Eltern und Kinder stimmen also in ihrem Urteil über die Erfolge der KST weitgehend überein. Doch bewerteten die Eltern die Sprechflüssigkeit ihres Kindes im Mittel mit 3.25 signifikant (Wilcoxon-Test) schlechter als die Kinder selbst mit 2.25. Dies ist ein üblicher Befund in der Therapieforschung; die günstigste Bewertung des Therapieerfolges erfolgt durch den Therapeuten, die ungünstigste durch Dritte, mit den Klienten selbst dazwischen.

Aktives und passives Telefonieren

Wenn im Institut die Unflüssigkeit beim Telefonieren gemessen wird, ruft der Klient eine ihm unbekannte Person bei Anwesenheit einer mitarbeitenden Person der KST an (aktives Telefonieren). Der Klient weiß also, dass sein Stottern registriert wird. Hier wird eher die Kompetenz als die Performanz gemessen, also die Fähigkeit, flüssig sprechen zu können. Wird der Klient aber zu Hause von einer ihm unbekannt Person angerufen, (passives Telefonieren) wird vermutlich eher die Performanz gemessen, also das übliche Sprechen im Alltag, da der Patient nicht weiß, dass sein Stottern registriert wird. Derzeit liegen Daten von einer vorläufigen kleinen Stichprobe von sechs Fällen vor. Bei fünf der sechs Fälle wurde beim passiven Telefonieren ein etwas höherer Unflüssigkeitswert registriert als beim aktiven Telefonieren, in einem Fall

ein erheblich geringerer Wert beim passiven Telefonieren. Die Werte von aktivem und passivem Telefonieren korrelierten hoch miteinander. Diese Befunde geben Anlass zu der Vermutung, dass die im Institut erhobenen Stotterdaten eine etwas günstigere Sprechflüssigkeit widerspiegeln, aber ansonsten die Alltagsrealität weitgehend realistisch abbilden. Diese Untersuchung wird fortgesetzt, um die Schlussfolgerungen an einer ausreichend großen Stichprobe eindeutig belegen zu können.

Literatur

- Andrews, G., Guitar, B. & Howie, P.M. (1980). Meta-analysis on the effect of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 3 (45), 287-307
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering* (5th Ed.). San Diego, CA: Singular Publishing Group
- Euler, H. A. & Wolff v. Gudenberg, A. (2000). Die Kasseler Stottertherapie (KST). Ergebnisse einer computergestützten Biofeedbacktherapie für Erwachsene. *Sprache – Stimme – Gehör* 2 (24), 71-79
- Euler, H. A., Wolff von Gudenberg, A., Weidig, T. & Neumann, K. (2005). *Computer-assisted fluency shaping: How long can therapy effects last?* Paper presented at the Oxford Dysfluency Conference 2005, St. Catherine's College, Oxford, UK, June 29 to July 2
- Forum Logopädie (2006). Gespräche der dbl-Spitze mit Kinderärzten und Phoniatern auf dem Ärztetag. *Forum Logopädie* 4 (20), 40
- Hancock, K., Craig, A., McCready, C., McCaul, A., Costello, D., Campbell, K. & Gilmore, G. (1998). Two-to six-year controlled-trial stuttering outcomes for children and adolescents. *Journal of Speech and Hearing Research* 6 (41), 1242-1252
- Harris, J. R. (2000). *Ist Erziehung sinnlos? Die Ohnmacht der Eltern*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I. & Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *British Medical Journal*

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/331/7518/659> (14.07.2006)

Lattermann, C. (2006). *Der Einfluss eines operanten Therapieverfahrens zur Behandlung frühkindlichen Stotterns bei deutschsprachigen Kindern*. Dissertation, Universität Kassel

Lattermann, C. & Neumann, K. (2005). Stotternde Schüler – ratlose Lehrer: Anregungen zur Unterrichtsgestaltung. *PÄD Forum* 3 (33/24), 159-162

Pro Voce (2006). *Metaplan-Workshop „Modellprojekt Saarland“: Wie werden wir dem Stottern besser gerecht?* http://www.pro-voce.de/download/060617_Metaplan-Workshop.pdf (10.07.2006)

Rother, R. (1999). Trainingsprogramm mit Computerhilfe: Die Kasseler Intensivtherapie des Stotterns. *Forum Logopädie* 1 (13), 17-20

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2003). *Stottern im Kindesalter* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme

Schomacher, M., Baumgärtner, A., Winter, B., Lohmann, H., Dobel, C., Wedler, K., Abel, S., Knecht, S. & Breitenstein, C. (2006). Erste Ergebnisse zur Effektivität eines intensiven und hochfrequent repetitiven Benenn- und Konversationsstrainings bei Aphasie. *Forum Logopädie* 4 (20), 22-28

Webster, R. L. (1974). *The Precision Fluency Shaping Program: Speech reconstructions for stutterers*. Roanoke: Communications Development Cooperation

Wolff von Gudenberg, A. (1988). *Stottertherapie im deutschsprachigen Raum und den USA*. Dissertation, Medizinische Hochschule Hannover

Wolff von Gudenberg, A. (2006). Die Kasseler Stottertherapie: Evaluation einer computergestützten Intensivtherapie. *Forum Logopädie* 3 (20), 6-11

Yairi, E. & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 42, 1097-1112

Korrespondenzanschrift

Alexander Wolff von Gudenberg
Institut der Kasseler Stottertherapie
Habichtshof Feriendorfstr. 1
34308 Bad Emstal, OT Sand
awwgudenberg@kasseler-stottertherapie.de
www.kasseler-stottertherapie.de

Summary

The Kassel Stuttering Therapy fills the gap of therapy options for older children

Getting older children who stutter to attend regular therapy sessions is not an easy task and therefore treatment of this age groups is often less successful. And, their parents often do not get the necessary information and complain of a lack of transparency of therapy choice. 32 children from age 9 to 13 were treated with a version of Kassel Stuttering Therapy (KST) adapted to their age. The dysfluencies were measured in four speaking situations (talking to the therapist, reading out loud, phone call; conducting an interview with a by-passer). To increase the reliability of the outcome data, phone interviews were conducted with the children and one parent. The average reduction in dysfluencies in the children was similar to the effects in adults, but the spread of outcomes was wider. The parents rated the success lower than the children themselves. The experiences from the therapists suggest that a maintenance of therapy success cannot only be reached with a group therapy combined with PC work, but that a regular maintenance is also necessary.

KEY WORDS: Kasseler Stuttering Therapy – therapy effects – long term outcome results – early-teenage stuttering