

## **Die Übertragung des Therapieansatzes von Charles Van Riper auf die Behandlung stotternder Kinder [1996]**

In diesem Vortrag versucht der Autor eine Antwort auf die Frage zu geben, ob und wie die Therapie nach Van Riper auf die Behandlung stotternder Kinder anwendbar ist. Die vertretenen Meinungen stützen sich unmittelbar auf das von Carl Dell geschilderte Vorgehen.

---

## **Die Übertragung des Therapieansatzes von Charles Van Riper auf die Behandlung stotternder Kinder**

**von Andreas Starke, Dipl.-Math., M.A. (Western Michigan University), Logopäde**

Niederschrift eines Vortrages, der auf der Tagung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie (SAL) am 15. November 1996 in Zürich gehalten wurde.

Eine leicht gekürzte Fassung (nämlich ohne das Vorwort und ohne Teile des Nachwortes) ist erschienen in *FORUM Logopädie*, Heft 5, September 1997

### **VORWORT**

*Stellen Sie sich eine Welt vor, in der das Radfahren eine wichtige Kulturtechnik darstellt. In dieser Welt gibt es Fahrräder in Hülle und Fülle, die jedermann nach Belieben benutzen kann. Alle bis auf sehr wenige Kinder lernen in dieser Welt rein durch Nachahmung mit Fahrrädern umzugehen. Zunächst hantieren Sie nur an den Rädern herum, aber sobald sie groß genug sind, setzen Sie sich auf das Fahrrad, lernen schnell die Balance zu halten und sich vorwärts zu bewegen.*

*In dieser Welt gibt es einige Kinder, nicht viele, vielleicht etwa fünf Prozent, die nicht leicht und ohne Anleitung radfahren lernen. Sie versuchen es zwar, schließlich ist dieses eine wichtige Kulturtechnik. Aber sie stürzen oft und viele Stürze tun weh. Es gibt sehr aufwendige Studien, wie der Entwicklungsverlauf dieser Kinder ist. Erstaunlicherweise lernt die große Mehrheit dieser Kinder schließlich doch, einigermaßen geschickt radzufahren. Man kennt die Kriterien nicht, aber die meisten Fachleute vermuten, daß dies mit einer sogenannten "günstigen Lernumgebung" zu tun hat.*

*Einige Kinder jedoch lernen es nie, ohne mehr oder weniger häufige und mehr oder weniger schwere Stürze radzufahren. Von diesen wiederum verzichten einige ganz und gar auf das radfahren, andere versuchen, die Stürze hinzunehmen.*

*Es ist übrigens ganz interessant, daß in dieser Welt die Tatsache, daß es einige Kinder gibt, die nicht von selbst radfahren lernen, noch nicht als klinisches Problem bzw. als nicht als Problem der Volksgesundheit begriffen wird. Tatsächlich gibt es einige Therapeuten, die sich um diese Fälle kümmern. Sie arbeiten vorwiegend mit den Eltern. Eine Änderung des Elternverhaltens soll eine günstige Lernumgebung (siehe oben) schaffen, und die Eltern werden dazu angehalten, "ganz natürlich" zu reagieren, wenn ihr Kind beim radfahren stürzt. Damit ist verblüffenderweise gemeint, daß sie die Stürze ignorieren sollen. Man verspricht sich auch etwas davon, daß Gruppenabende für Eltern veranstaltet, an denen sie ihre Erfahrungen mit stürzenden Kindern austauschen können.*

*Niemand ist bisher in dieser Welt darauf gekommen, daß man Kindern motorische Hilfen geben könnte, um es ihnen zu erleichtern, radfahren zu lernen. Dreiräder, Fahrräder mit Stützen sind ebenso unbekannt wie die Mitwirkung eines Helfers, der zum Beispiel das Fahrrad festhält. Unbegreiflicherweise ist die herrschende Meinung die, daß die Stürze ein psychologisches Problem darstellen, ganz fortschrittliche Theoretiker sprechen von einem "psychomotorischen" Problem.*

## **EINLEITUNG**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
in der Behandlung des Stotterns wird der Therapieansatz nach *Charles Van Riper* (1973, 1986) nach wie vor breit diskutiert und - vielleicht auch in einer mehr oder weniger abgewandelten Form - bei Erwachsenen eingesetzt.

Die Frage, ob und, falls ja, wie dieser Therapieansatz auch für die Behandlung von stotternden Kindern angewendet werden kann, soll uns in der nächsten halben Stunde beschäftigen.

Ich werde mich dabei dem Thema von zwei Seiten nähern: Als erstes möchte ich erläutern, welches *Van Ripers* Grundpositionen sind und wie diese in sein Therapiekonzept eingeflossen sind. Als zweites möchte ich kurz darauf eingehen, welche Anforderungen sich aus diesen Positionen in Bezug auf die Behandlung des kindlichen Stotterns ergeben.

Schließlich werde ich versuchen darzustellen, welche Elemente eine Therapie für stotternde Kinder enthalten sollte, die als "Übertragung des Therapieansatzes" auf die Therapie stotternder Kinder gelten kann.

Wenn Sie *Van Riper* und seine Schriften sehr gut kennen, werden Sie bemerken, daß nicht alles, was ich als *Van Ripers* Ansatz bezeichne, direkt aus seinem Werk hergeleitet werden kann. Einiges habe ich ergänzt, um die Gedanken noch schlüssiger zu machen. Dabei bin ich weitgehend von meinem Lehrer *Courtney Stromsta* beeinflusst worden.

## **VAN RIPERS GRUNDPOSITIONEN**

Welches sind nun die Grundpositionen, die dem Van Riperschen Therapiekonzept zugrunde liegen?

*Van Riper* (1990, 1994) hat am Ende seines Lebens einen kleinen Aufsatz mit dem Titel "Letzte Gedanken über das Stottern" (Last Thoughts About Stuttering) geschrieben, der an sich schon eine stark verkürzte Zusammenfassung seiner Gedanken über das Stottern darstellen. Ich möchte versuchen, diese noch weiter zu destillieren.

- Das Stottern hat eine neuromuskuläre Grundlage, die in einer gestörten zeitlichen Koordination (timing) der Sprechbewegungen besteht.
- Die daraus resultierenden ersten motorischen Fehlleistungen sind Dehnungen und Wortteil-Wiederholungen.
- Die kritischen Verkomplizierungen der Störung treten durch das Auftreten und die Chronifizierung von Anstrengungsreaktionen und Vermeidungsreaktionen ein.
- Die Therapie des stotternden Erwachsenen sollte sich auf die Anstrengungs- und Vermeidungsreaktionen des Patienten konzentrieren.
- Die Verminderung der Stotterhäufigkeit ist eine Folge der Fertigkeit, ohne Anstrengung und Vermeidung zu stottern bzw. zu sprechen.
- Die direkte Arbeit an der Sprechflüssigkeit sollte, wenn überhaupt erst am Ende der Therapie stehen.

## **VAN RIPERS THERAPIEPROGRAMM**

*Van Ripers* vierstufiges Therapieverfahren läßt sich aus diesen Grundgedanken schlüssig ableiten. Dabei wird zutreffenderweise unterstellt, daß bei stotternden Erwachsenen

- die Reaktionen auf das Stottern (Anstrengungs- und Vermeidungsreaktionen) hochgradig automatisiert sind und
- sich negative Gefühlsreaktionen auf das Stottern aufgeprägt haben mit der Folge, daß diese nicht mehr klar als Ursache bzw. Wirkung des Stotterns eingeordnet werden können.

Die Ziele der vier Phasen Identifikation, Desensibilisierung, Modifikation und Stabilisierung

möchte ich kurz folgendermaßen beschreiben:

- In der **Identifikation** wird daran gearbeitet, eine Bestandsaufnahme des gesamten Problems durchzuführen.

Hier geht es nicht nur, aber ganz vordringlich um die Beobachtung und Analyse der Stotterereignisse. Es geht darum, ein genaues Bild davon zu erhalten, wo der Punkt der Hemmung liegt (d.h. welches die motorische Fehlleistung ist, die die Reaktion auf das Stottern auslöst) und welches die Anstrengungs- und Vermeidungsreaktionen sind, die der Stotterer in seinem Bemühen entwickelt hat, weiterzusprechen bzw. es nicht zum Stottern kommen zu lassen.

Diese Informationen werden für die weitere Arbeit, insbesondere in der Modifikationsphase gebraucht. In der Modifikation wird außerdem jedoch ein weiteres wichtiges Ziel verfolgt: Der Stotterer soll eine sachliche, ich sage gern, sportliche Haltung zu seinem Problem entwickeln.

Außerdem gehört in die Identifikationsphase eine Erfassung des gesamten Kommunikationsverhaltens des Patienten, sowie der Anliegen (der Beschwerde) des Patienten.

- In der **Desensibilisierung** wird daran gearbeitet, die negativen Gefühle des Stotterers bezüglich des Stotterns zu neutralisieren.

Es ist äußerst bemerkenswert, daß in dieser Therapie die Desensibilisierung nicht dazu eingesetzt wird, um günstige Voraussetzungen für flüssiges Sprechen zu schaffen. Sie kennen sicher Therapieverfahren, in denen zunächst eine stotterfreie, wenn auch verfremdete Sprechweise erarbeitet wird, und dann versucht wird, den Patienten gegen die Einflüsse der Umwelt zu desensibilisieren, die es ihm schwermachen, diese stotterfreie Sprechweise einzusetzen.

Der Zweck der Desensibilisierung in dieser Therapie besteht ausdrücklich darin, den Patienten gegen die Belastungen abzuhärten, die das Stottern selbst bzw. die Erwartung des Stotterns darstellt. Um das in einem Motto zusammenzufassen: "Gelassen stottern!" ist die Devise, nicht "Gelassen bleiben, um nicht zu stottern!".

Das ist eine lerntheoretisch sehr wichtige Überlegung: Wenn Stottern (das Elementarstottern und nicht die Stotterreaktionen) und Angst klassisch konditioniert sind, wobei in diesem Konzept das Stottern die unkonditionierte Reaktion ist, und wenn Angst das Lernen neuer operanter Reaktionen (nämlich angepaßter Stotterreaktionen) hemmt, dann muß man daran arbeiten, die Angst beim Stottern zu vermindern.

- In der **Modifikation** wird daran gearbeitet, die Anstrengungs- und Vermeidungsreaktionen in Erwartung oder während eines Stotterereignisses zu ersetzen durch Reaktionen, die dem normalen flüssigen Sprechen angepaßt sind.

Ich kann das hier nur skizzieren. Das Ziel ist der Erwerb einer "besseren", wenn möglich "optimalen" Stotterreaktion. "Gutes Stottern" in diesem Sinne, oder genauer "eine gute Stotterreaktion" ist die Durchführung des normalen Bewegungsablaufes. Die einzige Variable, die gezielt manipuliert wird, ist die Geschwindigkeit. Die Verlangsamung hat den Vorteil, daß sie kontinuierlich veränderbar ist, d.h. bruchlos abgebaut werden kann.

Das Modifikationsverfahren ist aus mehreren Schritten zusammengesetzt, die ich hier nicht im Einzelnen erläutern kann. Am Ende ist der Patient in der Lage, sich aus "dem Stottern" in einer verlangsamten, glatten und kräftigen Bewegung herauszuziehen, wir nennen dieses Manöver "Pullout" bzw. Maßnahmen vor erwartetem Stottern zu ergreifen, die dazu führen, daß es gar nicht mehr zum Stottern kommt, das wird als "vorbereitete Einstellung" (preparatory set) bezeichnet.

Es ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal dieser Therapie, daß hier ausdrücklich am Stotterereignis gearbeitet wird mit dem Ziel, das Stottern zu vereinfachen. In amerikanischem Englisch heißt das "stuttering modification".

- In der **Stabilisierung** wird, neben einer Reihe anderer Aktivitäten, die für die Beendigung einer Therapie wichtig sind, daran gearbeitet, die Sprechflüssigkeit weiter zu vervollkommen.

Ich möchte dabei betonen, daß nach meiner Einschätzung die Modifikation das Kernstück der gesamten Therapie darstellt. In der Identifikation und in der Desensibilisierung werden die Voraussetzungen erarbeitet, so daß der schwierige Schritt der Modifikation gelingen kann.

Es bestehen übrigens interessante Mißverständnisse darüber, welches das Therapieziel der Van-Riper-Therapie ist. Es wird oft kolportiert, daß "flüssiges Stottern" das Ziel dieser Therapie

sei. Das kann man aus *Van Ripers* Werk nicht herleiten. Das Ziel ist normal-flüssiges spontanes Sprechen.

Es scheint mir auch wichtig zu erkennen, daß die Van-Riper-Therapie eine Umwegstrategie darstellt: Auf dem Wege über die Vereinfachung der Reaktionen auf das Stottern wird dieses Ziel als Nebenergebnis (im Einzelfall einmal besser und einmal weniger gut) erreicht. Wir beobachten mit einer erstaunlichen Regelmäßigkeit, daß die meisten Stotterer als Ergebnis dieses "besseren" Stotterns "flüssig werden". Damit ist gemeint, daß die Häufigkeit des Stotterns sich drastisch reduziert oder anders ausgedrückt, daß die Sequenzen von stotterfreiem Sprechen zwischen zwei Stottereignissen immer länger werden.

Die Wirkungsweise dieses Effektes ist noch nicht vollständig aufgeklärt. Einerseits kann man sicher eine psychologische Erklärung heranziehen: Die Sicherheit auch beim gestotterten Sprechen beeinflußt die Wahrnehmung und Bewertung der Sprechsituation positiv. Andererseits gibt es gute Gründe zu denken, daß die glatte, kräftige und verlangsamte Sprechbewegung zur Bewältigung eines Stottereignisses, die anfangs willkürlich gesteuert ist und sich nach und nach immer stärker automatisiert, den Sprechapparat sozusagen "schmiert", d.h. direkt auf die motorischen Parameter einwirkt, die das Auftreten von Stottern wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich machen.

## **DIE ANPASSUNG DES VAN-RIPER-KONZEPTS**

Die Van-Riper-Therapie ist, wie oft und richtig bemerkt wird, eine Therapieform für Erwachsene. Das ist an folgenden Merkmalen erkennbar:

- Die Therapie erfordert große Mutleistungen des Patienten.

Ich habe darüber noch nicht gesprochen, aber es ist sicher richtig, daß die Van-Riper-Therapie sehr konfrontativ ist. Dem Patienten wird kein "leichter Weg" gewiesen. Es ist vielmehr erforderlich, daß alle Übungen und Maßnahmen fast gleich von Beginn an in realen Kommunikationssituationen erprobt und durchgeführt werden.

Mir erscheint die Forderung Konfrontation und Mutleistungen beim jungen Kind irrelevant, da wir nicht mit Sprech- und Stotterängsten zu rechnen brauchen, wie sie für den stotternden Erwachsenen typisch sind. Dazu kommt, daß Kinder in der Regel die Gefahren und Risiken einer Handlung ohnehin nicht abschätzen können.

- Die Therapie erfordert Eigenaktivität, Willenskraft und Einsicht.

Diese Forderung ist natürlich von Kindern nur sehr begrenzt erfüllbar. Man wird in der Regel als Therapeut sehr große und geschickte Anstrengungen unternehmen müssen, um hier eine kindgerechte Umsetzung zu erreichen. Hier sehe ich eine unüberwindliche Hürde für die direkte Umsetzung des Van-Riper-Konzepts.

- Die Therapie erfordert eine bewußte und direkte Bearbeitung des Problems.

Viele Fachleute meinen, daß unter diesen Punkten der erste besonders kritisch zu sehen ist. Sie meinen, daß die direkte und bewußte Arbeit mit dem Kind selbst und am Stottern selbst nicht in Frage kommt. Dabei wird häufig die Vermutung geäußert, daß es gefährlich ist, beim stotternden Kind ein Störungsbewußtsein zu erzeugen, und daß es das Störungsbewußtsein ist, das die Chronifizierung begünstigt.

Was liegt dieser Überzeugung zugrunde? Ich kann zwei mögliche Begründungen erkennen:

Erstens hat die sog. "Diagnosogene Theorie" des Stotterns, die von Wendell Johnson formuliert wurde, sicher auch in Europa Einfluß auf die Fachleute gehabt. Diese Theorie besagt, daß das Stottern bzw. unflüssige Sprechen erst dann und dadurch zum Problem wird, daß man es als "Stottern" bezeichnet und bewertet. Diese Theorie muß angesichts der heutigen Datenlage verworfen werden. Das wichtigste Argument sind dabei die überwältigenden Hinweise auf eine organische Grundlage des Stotterns.

Zweitens scheint auch eine "Traumatogene Theorie" eine Rolle zu spielen, d.h. eine Theorie, nach der die Entstehung und/oder Chronifizierung von Stottern mit traumatischen Erlebnissen zusammenhängt. Auch dieser, immer noch sehr volkstümlichen, Theorie kann kein großer Erklärungswert beigemessen werden.

Es läßt sich meines Wissens nicht belegen, daß ein Kind Schaden nimmt, wenn ihm in der Therapie bewußt wird, daß die Therapeutin es im Hinblick auf sein unflüssiges Sprechen behandelt. Sicherlich kann nichts und niemand ein Kind vollständig vor traumatischen Erlebnissen schützen. Und es ist auch richtig, daß es Therapien gibt, die an sich eine

traumatische Erfahrung darstellen. Was ich tatsächlich anzweifle ist, daß ein Kind allein dadurch Schaden nimmt, daß ihm in der Therapie bewußt ist, daß die Therapeutin es im Hinblick auf sein unflüssiges Sprechen behandelt.

Aber wir haben auch gesehen, daß eine direkte Übertragung des Van-Riper-Programms auf stotternde Kinder auf Schwierigkeiten stoßen muß. Die Frage nach der Möglichkeit und der Form einer sinnvollen Anpassung ist damit allerdings noch nicht beantwortet.

## **ANFORDERUNGEN AN DIE THERAPIE VON STOTTERNDEN KINDERN**

Welche Unterschiede zwischen einem Kind und einem Erwachsenen bzw. zwischen einem stotternden Kind und einem stotternden Erwachsenen sind nun zu beachten, wenn wir uns die Aufgabe stellen, Van Ripers Therapie anzupassen? Meiner Meinung nach stehen fünf Dinge im Vordergrund:

- Wir können davon ausgehen, daß die Lerngeschichte der Stotterreaktionen viel kürzer ist. Die Stotterreaktionen sind somit weit weniger verfestigt (d.h. automatisiert) und treten viel leichter in Konkurrenz zu neuen, besseren Reaktionen.
- Wir können davon ausgehen, daß geeignete Kompensationen für den angenommenen neuromuskulären Defekt viel leichter gelernt und automatisiert werden.
- Wir können darauf hoffen und in vielen Fällen vermuten, daß der neuromuskuläre Defekt durch Nachreifung des Systems gänzlich behoben wird. Möglicherweise kann diese Nachreifung durch einen geschickten Eingriff begünstigt werden.
- Wir können davon ausgehen, daß die Traumatisierung durch das Stottern, wenn eine solche überhaupt eingetreten ist, weniger intensiv ist und leichter durch aufbauende Erlebnisse ausgeglichen werden kann.
- Wir können fest damit rechnen, daß die effektivste Lernmodalität des Kindes die Nachahmung ist.

Jede Therapie für stotternde Kinder muß meiner Meinung nach diese Gesichtspunkte berücksichtigen bzw. ausnutzen.

## **DIREKTE THERAPIE MIT DEM STOTTERNDEN KIND**

Lassen Sie mich einige Vorbemerkungen machen, bevor ich etwas über die konkrete Form der Therapie eingehe, die beanspruchen kann, mit Van Ripers Sicht des Problems verträglich zu sein.

Wenn ich jetzt vorwiegend auf die direkte Arbeit mit dem Kind eingehe, soll das keinesfalls bedeuten, daß man ohne Beratungsgespräche mit den Bezugspersonen des stotternden Kindes, d.h. insbesondere der Eltern auskommen könnte oder dies auch nur versuchen sollte. Die Arbeit muß immer das Ziel haben, die Bedingungen, unter denen das Kind spricht, zu erleichtern, die Lebensbedingungen des Kindes zu verbessern und das Verhältnis zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen zu verbessern.

Aber die Tatsache, daß Stottern in vielen, vielleicht sogar in sehr vielen Fällen durch eine gute Arbeit mit den Bezugspersonen verschwindet, sollte die Therapeutin nicht davon abhalten, auch mit dem Kind direkt und zwar am Stottern direkt zu arbeiten. Die Abwägung, ob eine direkte Therapie am Stottern notwendig ist, müßte nur angestellt werden, wenn dieses ein therapeutisches Handlungsmittel wäre, das gleichzeitig wirksam und gefährlich (wie etwa die Chemotherapie in der Krebsbehandlung) wäre. Das ist meiner Meinung nach hier nicht der Fall.

Wie könnte nun die Arbeit mit dem Kind am Stottern aussehen? *Van Riper* hat Ende der 70er Jahre in einem Pilotprojekt *Carl Dell* zum Spezialisten für stotternde Kinder ausgebildet. Dieser hat über seine Arbeit ein Buch mit dem Titel "Therapie für das stotternde Schulkind" geschrieben, das einen großen Einfluß auf die Arbeit mit stotternden Kindern in Skandinavien, den Niederlanden, Belgien und jetzt auch in Deutschland ausgeübt hat. Ich werde mich im folgenden auf dieses Buch bzw. auf **Carl Dells** Arbeit beziehen.

*Dell* hält zwei Punkte für besonders wichtig in der Arbeit mit dem stotternden Kind.

- Die Einführung einer Zwischenstufe zwischen dem Stottern und dem normalen Sprechen.
- Die gezielte Förderung des flüssigen Sprechens

Die Einführung einer Zwischenstufe entspricht dem Van Riperschen Vorgehen in der Erwachsenentherapie. Dort wird ja in der Modifikationsphase direkt in den Ablauf der Stotterreaktion eingegriffen, um diese in Richtung auf den normalen Ablauf zu verändern und zu vereinfachen. Die Grundidee ist, daß einfaches, "glattes" Stottern das Auftreten von normalflüssigem, spontanem Sprechen begünstigt.

Hier wird dieselbe Grundidee verfolgt, wobei allerdings die Vermittlung der bevorzugten "Lernmodalität" des Kindes angepaßt ist. In der Erwachsenentherapie steht das motorische Lernen durch Übung im Vordergrund, wobei das Modell der Therapeutin ebenso erforderlich ist wie deren Erklärungen, Rückmeldungen und Aufforderungen. Beim Kind dagegen steht die Nachahmung und damit das Modell der Therapeutin im Vordergrund [Fußnote am Ende].

In der Therapie ist es unbedingt erforderlich, daß die Therapeutin in der Lage ist, die Stotterreaktion des Kindes exakt zu kopieren. Sie baut dann im Gespräch mit dem Kind **in einer beiläufigen Weise** Stottern in ihr Sprechen ein. Dieses Stottern sollte dem Stottern des Kindes ähneln, aber leichter, lockerer, glatter sein als das Stottern des Kindes. Damit bietet die Therapeutin ein Sprechmodell, das "innerhalb der Reichweite des Kindes" oder, anders ausgedrückt, "im Bereich der motorischen Möglichkeiten des Kindes" liegt.

Je nach Alter und Reife des Kindes können spielerische Aktivitäten dazukommen, die es dem Kind erleichtern sollen, die Unterschiede zwischen (1) "hartem", angestregtem Stottern, (2) einfachem, lockerem, glatten Stottern und (3) normalem Sprechen wahrzunehmen und begrifflich zu lernen, daß man diese drei Arten zu sprechen unterscheiden kann.

Wenn es richtig ist, daß Anstrengung und Vermeidung für die Chronifizierung des Stotterns von zentraler Bedeutung sind, so wird durch dieses Vorgehen auch eine wichtige Präventionsarbeit geleistet.

Diese Art zu arbeiten stellt natürlich höchste Anforderungen an das Geschick der Therapeutin. Sie muß nicht nur, wie gerade dargestellt, das Stottern des Kindes imitieren und variieren können, sondern sie muß auch bestimmen können, in wieweit sie sich auf den Nachahmungsdrang des Kindes verlassen kann und in wieweit das Kind bereit und in der Lage ist, sich direkt mit dem Sprechvorgang zu befassen.

Die Tatsache, daß *Van Riper* und auch *Dell* die Notwendigkeit betonen, das flüssige Sprechen des Kindes direkt zu fördern, verdient besondere Aufmerksamkeit. Man würde dies angesichts des Therapiekonzepts für stotternde Erwachsene, wo dies, wenn überhaupt, erst ganz am Ende steht, nicht erwarten.

Hier wird meiner Meinung nach berücksichtigt, daß die sprechmotorische Entwicklung beim jungen Kind noch weit bildbarer ist als beim Erwachsenen, so man damit rechnen kann, daß das Sprechen von Reimen oder anderes rhythmisches Sprechen, Sprechen in Rollenspielen, Singen und die Ausnützung von sog. "flüssigen Perioden" direkte Wirkungen auf die Verbesserung der Sprechflüssigkeit insgesamt hat.

*Dell* ist der Meinung, daß es **beide Maßnahmen zusammen** sind, die allmähliche Vereinfachung des Stotterns und die Förderung des flüssigen Sprechens, die für den Erfolg der Therapie kritisch sind.

## FOLGERUNGEN

Ich hoffe, ich habe Ihnen einen ersten Eindruck davon vermitteln können, welche Grundüberlegungen bei der Anpassung der Van-Riper-Therapie auf stotternde Kinder angestellt werden können und wie das Ergebnis dieser Anpassung aussehen kann.

Es ist eine vieldiskutierte Frage, ob Stottern heilbar ist oder nicht. Bei aller Skepsis, die im Falle von stotternden Erwachsenen geboten ist, kann man bei Kindern sehr optimistisch sein. Fast alle Experten für kindliches Stottern, auch die vertrauenswürdigen unter ihnen, berichten von einem sehr hohen Anteil an echten Heilungen, und zwar in der Größenordnung von 90 Prozent, wenn man Kinder zählt, die zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes jünger als sechs Jahre waren.

Für mich ergeben sich daraus und aus den vorgetragenen Überlegungen folgende Konsequenzen:

- Auch angesichts der hohen Selbstheilungsrate bei Stottern sollte die therapeutische Intervention zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen.

Risikokinder, d.h. Kinder, die Träger eines motorischen Defizits sind, von dem man nicht erwarten kann, daß es im Verlaufe der normalen motorischen Entwicklung bewältigt werden kann, müssen eine besondere Behandlung erfahren, die zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen sollte. Leider sind zur Zeit noch keine verlässlichen Kriterien bekannt, nach denen man die Chronifizierung von Stottern vorhersagen kann.

- Die Intervention sollte, darin besteht wahrscheinlich allgemeine Übereinstimmung, eine Beeinflussung der Bezugspersonen des Kindes, insbesondere der Eltern, enthalten.

Diese Arbeit sollte die Bedingungen schaffen, die die Selbstheilung begünstigen. Neben der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen des Kindes sollte dabei die Verbesserung der Bedingungen, unter denen das Kind kommuniziert, im Vordergrund stehen.

- Die Intervention sollte ebenfalls, und hier gehen die Meinungen sicher weit auseinander, eine der Reife und dem Lernstil des Kindes angepaßte direkte Arbeit mit dem Kind am Sprechen und am Stottern einschließen.

Das Argument, daß eine direkte Arbeit mit dem Kind am Stottern in vielen oder sogar in den meisten Fällen nicht erforderlich sei, ist möglicherweise trügerisch. Man muß damit rechnen, daß viele Kinder, die anscheinend allein durch Elternarbeit oder durch eine indirekte Arbeit mit dem Kind das Stottern verlieren, ohnehin Selbstheilungskandidaten waren. Man muß andererseits damit rechnen, daß die "Chronifizierungskandidaten" die direkte Arbeit am Stottern brauchen, wenn sie die bestmögliche Chance haben sollen, der Chronifizierung zu entgehen.

Die sinnvollste Art, mit diesem Dilemma umzugehen, besteht meiner Meinung darin, in der Behandlung von stotternden Kindern zu einem "Breitbandansatz" zu greifen, der alle Möglichkeiten einschließt, die zu einer Heilung bzw. zu einer Milderung der Folgen einer möglichen Chronifizierung beitragen können.

## **NACHWORT**

*Sie werden sicher meine Meinung teilen, daß das Szenarium aus dem Vorwort einen etwas verrückten Eindruck macht. Derlei Analogien haben oft ihre Schwächen, zumal dann, wenn sie fiktiv sind. Und dennoch erscheint es unsinnig, die vielversprechenden Möglichkeiten ungenutzt zu lassen, die sich aus der Interpretation des Stotterns als einer Bewegungsstörung ergeben.*

*Lassen Sie uns deswegen daran arbeiten, den Kindern, über die wir hier sprechen, das Schicksal eines schwer chronisch Stotternden zu ersparen. Ich bin fest davon überzeugt, daß das möglich ist. Es ist kein Naturgesetz, daß Stotterer sich beim Sprechen anstrengen müssen, und es besteht keine Notwendigkeit, daß sie auf Vermeidungstaktiken zurückgreifen müssen.*

*Glücklicherweise verlieren viele Kinder das Stottern auch ganz, die meisten ohne therapeutische Hilfe und der Rest, hoffentlich, mit therapeutischer Hilfe. Es ist unsere Aufgabe, diesen Kindern zu zeigen, wie man ohne Anstrengung und Vermeidung stottern kann, und es ist unsere Aufgabe, ihnen zu helfen, das herrliche Gefühl der Glätte beim Sprechen zu entwickeln. Das ist das Beste, was wir für die Chronifizierungskandidaten tun können.*

## **LITERATUR**

- Dell Jr., Carl (1979): *Treating the School-Age Stutterer*. Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America. Deutsche Fassung (1994): *Therapie für das stotternde Schulkind*. Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.

- Johannsen, Helge S. (1996): Prävention und Frühtherapie bei kindlichem Stottern. *Forum Logopädie Heft 6*, S. 5-9

- Johnson, Wendell (1946): *People in Quandaries*. New York und Evanston: Harper & Row

- Stromsta, Courtney (1986): *Elements of Stuttering*. Oshtemo, Michigan: Atsmorts Publishing

- Van Riper, Charles (1973): *The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall. Deutsche Fassung (1986): *Die Behandlung des Stotterns*. Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.

- Van Riper, Charles (1990): Final Thoughts About Stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 15, S. 317-318. Deutsche Fassung (1994): Letzte Gedanken über das Stottern. *Der Kieselstein*

[Fußnote] Leider wird die Möglichkeit, den natürlichen Nachahmungsdrang des jungen Kindes gezielt auszunutzen, in der theoretischen Diskussion oft übersehen. *Johannsen* (1996) schrieb kürzlich z.B. dazu: "Therapieansätze, die das Stottermuster selbst ... verändern, stellen bei sehr jungen Kindern wegen der entwicklungsbedingt eingeschränkten Introspektionsfähigkeit und fehlender metalinguistischer Fähigkeiten eher die Ausnahme dar." [Ende der Fußnote]

Anschrift des Autors:

Andreas Starke, Höperfeld 23, 21033 Hamburg  
Telefon (040) 724 100 07, Fax (040) 724 100 08  
Internet [www.andreasstarke.de](http://www.andreasstarke.de)

---

Andreas Starke, Logopäde  
Höperfeld 23  
21033 Hamburg  
Telefon (040) 724 100 07  
Fax (040) 724 100 08

Email: [info@andreasstarke.de](mailto:info@andreasstarke.de)