

Vorwort zur 7. Auflage

Dieses Vorwort schreibe ich jetzt, 30 Jahre nach dem Erscheinen der deutschen Übersetzung des zweiten Teils des Buches „Treatment of Stuttering“ (Die Behandlung des Stotterns) von Charles Van Riper. Es hat mich sehr überrascht zu erfahren, dass dieses Buch in den 30 Jahren 10.000-mal verkauft worden ist. Das trifft auf die Originalfassung in den USA nicht zu. Da ist das Buch schon lange vergriffen und steht nur noch in Form von gebrauchten Exemplaren zur Verfügung.

Leider wissen wir nicht, wer die vielen Käufer sind. Ich vermute, dass es Kolleginnen (also Logopädinnen) sind und Menschen, die eine Stottertherapie machen wollen oder gerade machen. Dazu kommen natürlich vor allem, vermute ich, Personen, die sich im Rahmen eines Studiums oder einer Ausbildung mit dem Thema Stottern beschäftigen.

Van Riper selbst war mit dem Werk nicht glücklich. Er war vor allem als Autor des Einführungslehrbuchs in die Logopädie „Speech Correction: Principles and Methods“, das er in acht Auflagen jeweils vollständig überarbeitet und ergänzt hat, über mehrere Jahrzehnte jedem Berufsangehörigen zumindest mit Namen bekannt. Und er hat dennoch bedauert, dass sein Therapiekonzept von so wenigen Kollegen vollumfänglich verstanden worden ist und dass dieses Buch nicht genug daran geändert hat. Van Riper hat einen Grund dafür darin gesehen, dass die Darstellung breit ist in dem Sinne, dass sie zu umfangreich und zu detailliert ist. „Wenn man solch ein Buch schreibt, ist natürlich die Versuchung groß, alles darin unterzubringen, was man zum Thema weiß, und dann wird es umfangreich und vielleicht auch abschreckend und verwirrend“, hat er mir einmal sinngemäß gesagt. Es könne der Anschein entstehen, als sei Stottern eine komplizierte Störung, was wohl immer noch richtig ist, und als sei die Therapie kompliziert, was nicht stimmt, wenn man sich eine gelungene Therapie im Nachhinein anschaut. Er hat sich immer gewünscht, dass es eine handliche Kurzfassung gäbe, aus der jeder Therapeut schnell die wirklich wichtigen Leitlinien einer guten Stottertherapie erkennen und für seinen aktuellen Patienten anpassen kann.

Die kontinuierliche Rezeption des Buches zumindest in der deutschen Version lässt mich vermuten, dass die große Ausführlichkeit und die vielen Details aus einzelnen Therapien immerhin den Vorteil haben, dass hier ein Standardwerk, ein „Klassiker“, vorliegt, das es dem Leser erlaubt, ein breites Bild von der Störung zu entwickeln und sogar als Ideenquelle dienen kann, wenn einem bei einem Patienten in einer der Van Riper'schen Therapiephasen nichts mehr einfällt.

In diesen 30 Jahren habe ich mit einem Therapieprogramm, das ich aus dem in diesem Buch vorgeschlagenen Vorgehen entwickelt habe, dem „Van-Riper-Programm als intensiver Intervalltherapie für Gruppen von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen“ (Kurzbezeichnung „Vier-MalFünf“), in rund 70 Gruppen mit rund 700 Patienten seit 1987 einen großen Erfahrungsschatz gesammelt.

Da ich ja meine logopädische Ausbildung durch ein Studium der Sprech- und Sprachpathologie erhalten habe, ausgerechnet an der Universität, an der Van Riper bis kurz vorher gelehrt hatte, sieht es auf den ersten Blick so aus, als sei ich 1982 als Van-Riper-Adept nach Deutschland zurückgekehrt. Dem war nicht so. Während meines USA-Aufenthaltes habe ich versucht, alles im Bereich der Stottertherapie zu erfahren und kennenzulernen, was auch nur den geringsten Nutzen

zu bringen versprach, was z.B. von (damaligen) Koryphäen Einer Boberg, Bruce Ryan, Joseph Sheehan, Courtney Stromsta und Ronald Webster vertreten wurde. Mein Konzept war das eines Kalten Büfetts, nämlich dass ich zusammen mit den Patienten erörtern wollte, welches das für sie beste Verfahren wäre, und dieses dann mit ihnen durchführen würde. Die Patienten wollten das aber gar nicht. Sie wollten keine Therapiekonzepte mit mir diskutieren, sondern von mir wissen, was ich ihnen empfehle würde. Das sollte ich dann mit ihnen machen. Inzwischen zeigt es sich, dass das Stellen folgender Frage auch bezüglich anderer Gesundheitsprobleme, oder überhaupt anderer Probleme im Allgemeinen, eine gute Faustregel ist: Man frage die Fachperson: „Wenn Sie an meiner Stelle wären, was würden Sie denn machen?“ Nicht: „Was raten Sie mir?“, sondern: „Was würden Sie machen?“

Nun habe ich vor 30 Jahren dieses Buch übersetzt. Ich glaube, dass es überhaupt keine andere Art gibt, ein Buch gründlicher zu lesen und zu verstehen, als es zu übersetzen. Am Ende habe ich keinen Grund mehr sehen können, warum ich mich nicht diesem von Van Riper vorgeschlagenen Vorgehen anschließen und dies auch nach außen hin erkennbar machen sollte. Der Paradigmenwechsel („Nicht stottern“ ersetzen durch „Besser stottern“) gefiel mir, das Phasenkonzept erschien mir logisch und die Vielfalt der beschriebenen Therapieaktivitäten lies mir genug Raum. Dabei hat Van Riper selbst mich sozusagen von allen Verpflichtungen des Schülerverhältnisses entbunden, indem er mir schrieb: „Und fühle Dich nicht an mich gebunden. Forsee und entwickle, zweifle und bezweifle Deine Zweifel. Ich wollte nie jemandes Schüler sein und habe es stets abgelehnt, selbst Schüler zu haben.“ Ich fand es nicht schwer, diesem Rat zu folgen. Das Van-Riper-Konzept lässt so viele Möglichkeiten der Abwandlung und Ergänzung zu, dass der Anpassung an die individuellen Anforderungen des jeweiligen Patienten keine Grenzen gesetzt sind. Aber ich habe auch keine Notwendigkeit gesehen, einzelne Aspekte in den Vordergrund zu rücken und das Ergebnis mit meinem Namen zu verbinden.

Nun wird in unseren Zeiten die Forderung nach der sog. Evidenz-Basiertheit immer dränger. Alles, was man am Patienten macht, soll durch quantitative Untersuchungen gestützt werden. Nur dieses Vorgehen wird akzeptiert und in entsprechenden Leitlinien gefordert. Bei der Auswahl zwischen zwei Therapieverfahren soll das bevorzugt werden, das besser untersucht ist. Besser untersucht ist gleichbedeutend mit höherem Signifikanzniveau, d.h. geringerer Irrtumswahrscheinlichkeit bei der Messung der Therapieeffekte. Eine geringe Irrtumswahrscheinlichkeit lässt sich regelmäßig bei sonst gleichen Verhältnissen durch große Stichproben erreichen. Diese wiederum bedeuten, dass man möglichst viele Fälle in die Auswertung einbezieht, das heißt von der Unterschiedlichkeit der Einzelfälle absieht und alles, was vom Mittelwert abweicht, als zufällig betrachtet. Die Frage, die durch dieses Auswahlkriterium behandelt wird, ist also: Wenn ich nichts über den Fall und nichts über die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens bei diesem Fall vermute, welches von zwei verfügbaren Therapieverfahren soll ich wählen? Die Antwort ist klar: Das, dessen Wirksamkeit am besten dokumentiert ist. Das ist unter der Voraussetzung vernünftig, dass einem die Effektstärke gleichgültig ist, und es einem nur darauf ankommt, wie sicher der, ggf. auch sehr kleine, Effekt gesichert ist. Für das alternative Therapieverfahren, das vielleicht

besser auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten ist und im Hinblick auf die wirklich wichtigen Variablen eine viel größere Effektstärke besitzt, stehen aufgrund der geringeren Fallzahlen nur schlechtere Schätzungen für die Irrtumswahrscheinlichkeit zur Verfügung. Es kann aus diesem Grunde nicht gewählt werden.

Die Frage, welches Therapieverfahren anzuwenden ist, sollte aber nicht lauten, zu welchem Verfahren es die statistisch sichereren Auswertungen gibt, sondern welches Verfahren für den gegebenen Patienten die besseren Ergebnisse zu liefern verspricht. Dabei müssten auch ziemlich unsichere Erwartungswerte aus vergleichbaren Fällen, auch wenn dieses nur wenige sind, den Ausschlag geben können, insbesondere dann, wenn die erwartete Effektstärke bedeutend höher ist.

Die Aufgabe, ein weiteres Vorwort für dieses Buch zu schreiben, gibt mir nun Gelegenheit, die Evidenzproblematik mit der Aussicht auf weite Verbreitung (weitere 10.000 Exemplare in weiteren 30 Jahren) hier anzusprechen. Das passt auch sehr gut, denn die o.g. „breite Darstellung“ in diesem Buch bewirkt, dass hier viele Hinweise für alle möglichen Teilaspekte des Stotterproblems zu finden sind, die in einer stringenten Darstellung eines Standardverfahrens gar nicht angesprochen werden könnten. Insofern war die Van Ripers Entscheidung, ein nicht-stringentes Buch zu schreiben, wohl doch eine sehr weise.

Ich stelle fest, dass in meinen Gruppentherapien etwas stattfindet, das man als „Einzeltherapien in der Gruppe“ bezeichnen könnte. Schon beim Zusammenstellen einer Gruppe mit 10 bis 12 Teilnehmern wird erkennbar, dass die Sprechstörung Stottern eigentlich nur der gemeinsame Anlass ist, nicht aber der wirkliche Therapiegegenstand. Van Riper hat sich einmal zu der Frage geäußert, ob seine Therapie nicht eigentlich eine verkleidete Psychotherapie ist, die nur in der Gestalt einer Sprechtherapie daherkommt. Das heißt, dass die Ausgangslage der Teilnehmer ebenso tatsächlich so unterschiedlich ist wie in einer Psychotherapie. Damit endet aber auch die Übereinstimmung, da Stottern nach der aktuellen Meinung (die Van Riper und ich teilen) ja keine primär psychische Störung ist. Die Varianz der Fälle, d.h. der individuellen Stotterproblematik, aber erklärt, warum es für diese Art der Stottertherapie, die diese Varianz berücksichtigt, so wenige statistisch gesicherte Wirksamkeitsnachweise gibt. Diese verlangen große Mengen von ähnlichen d.h. vergleichbaren Fällen und können nur für simple, einheitliche Therapieformen geführt werden, wenn diese Varianz ignoriert wird.

Die Vielfalt der Interventionsmöglichkeiten und die innere Logik des Phasenmodells ermöglichen es, eine genau auf den einzelnen Patienten und seine Variante des Stotterproblems zugeschnittene Therapie durchzuführen. Ich hoffe, dass dieses Ziel mit Hilfe dieses Buches von vielen Patienten und vielen Therapeuten erreicht wird.

Hamburg, November 2016

Andreas Starke