

Sprechtechniken bei Erwachsenen mit Stottern

Anwendung und ihre Einflussfaktoren

Speech techniques in adults with stuttering – application and their influencing factors

Schlüsselwörter: Stottern, Sprechtechnik, Transfer, Alltag

Keywords: stuttering/fluency disorder, speech technique, transfer, everyday life

Zusammenfassung: Um Behandlungserfolge langfristig aufrecht erhalten zu können, müssen die Inhalte und Methoden von Stottertherapien auf die individuellen Kommunikationsanforderungen im Alltag abgestimmt werden. Deshalb ist für die Konzeption des Therapiebausteins *Sprechtechniken* und dessen Verknüpfung mit anderen Behandlungsinhalten relevant, wie Sprechtechniken im Alltag angewendet werden und welche Faktoren darauf Einfluss nehmen. Hierzu wurden 85 Erwachsene mit Stottern anhand eines Online-Fragebogens befragt, nachdem sie an einer methoden-kombinierten Intensiv-Intervall-Therapie der Ansätze *Stottermodifikation* und *Sprechrestrukturierung* („Bonner Stottertherapie“) teilgenommen hatten. Die Ergebnisse zeigen, dass zahlreiche unterschiedliche Handlungsstrategien (z. B. Kombination mehrerer Sprechtechniken, offenes Zeigen des Stotterns) genutzt werden, um mit der Redeflussstörung im Alltag umzugehen. Bedeutsame Einflussfaktoren auf die Anwendung von Sprechtechniken sind v. a. sprachliche und situative Anforderungen, die Desensibilisierung in Bezug auf das eigene Stottern und die ZuhörerInnenreaktionen sowie in Bezug auf die Anwendung von Sprechtechniken. Aus den Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass das Erlernen mehrerer Sprechtechniken und einer Symptomatik, die möglichst wenig von Anstrengungs- und Vermeidungsverhalten geprägt ist, ermöglicht, individuelle Handlungsstrategien für einen alltagsorientierten Umgang mit dem Stottern zu entwickeln. Durch die Auswahl aus mehreren Techniken und der Option des offenen Zeigens der Symptomatik lässt sich das Sprechverhalten flexibel an sprachliche und situative Anforderungen anpassen.

Abstract: In order to maintain therapy achievements in the long term, the content and methods of stuttering therapy must be adapted to the individual challenges of communication in everyday life. Therefore, it is relevant for the conception of the therapy element *speech techniques* and its link with other therapy contents to ask how speech techniques are applied in everyday life and which factors influence them. For this purpose, 85 adults with stuttering completed an online questionnaire after they had participated in the intensive interval therapy “Bonner Stottertherapie“, which is a combination approach consisting of stuttering modification and speech modification. Results show that there is a variety of different strategies for dealing with stuttering in everyday life (e. g. combination of several speech techniques, openly showing the stuttering). Significant influences for the use of speech techniques are linguistic and situational demands as well as desensitization against one’s own stuttering, listeners reactions and the use of speech techniques. From the results it can be concluded that learning several speech techniques and a stuttering that is characterized as little as possible by effort and avoidance behaviour enables adults with stuttering to develop individual strategies to handle stuttering in daily life. By choosing from a range of several speech techniques and the option of openly showing the stuttering, the speech behaviour can be flexibly adapted to linguistic and situational requirements.

Transfer und Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen

Die langfristige Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen ist für Personen mit Stottern eine große Herausforderung in der Alltagskommunikation (Neumann et al., 2016). Deshalb ist ein gelungener Transfer die unabdingbare Voraussetzung für einen nachhaltigen Behandlungserfolg (Prüß et al., 2019). „Transfer“ bedeutet, „das im Therapieraum Erarbeitete in die zentralen Kommunikationsbereiche privates Umfeld, Fremde sowie Schule/Ausbildung/Beruf zu übertragen“ (ebd., S. 126). Es ist notwendig, die Behandlungsinhalte und -methoden auf die Anforderungen der Übertragung und der langfristigen Aufrechterhaltung des Erlernten abzustimmen (ebd.). Dies gilt sowohl für die erlernten Sprechtechniken als auch für Inhalte aus dem psychosozialen Therapiebereich, z. B. im Rahmen von Übungen zur Desensibilisierung (Zückner, 2014). Dabei umfasst der Transfer ins private Umfeld etwa die Kommunikation mit der Familie und FreundInnen und im Bereich Fremde z. B. das Telefonieren oder Aufsuchen von Geschäften im öffentlichen Raum (Prüß et al., 2019). Im Hinblick auf die Übertragung und Aufrechterhaltung von Behandlungserfolgen im Alltag wird nachfolgend die Anwendung von Sprechtechniken näher betrachtet, da diese in nahezu allen Verfahren der Stottertherapie ein zentrales Element darstellen (Colthorp & Müller, 2014). Dabei variieren jedoch die Ziele des Erwerbs in den verschiedenen Ansätzen. Während sie im Ansatz der *Stottermodifikation* auf das „Erlernen verschiedener Fertigkeiten, um flüssiger zu stottern“ (Natke & Kohmäscher, 2020, S. 166) abzielen, ist die *Sprechrestrukturierung* auf das „Erlernen einer kontrollierten Sprechflüssigkeit“ (ebd.) ausgerichtet. Als ansatzübergreifendes Ziel gilt stets das Erreichen einer flüssigen Sprechweise (Ochsenkühn et al., 2015). In Deutschland haben sich Verfahren der *Sprechrestrukturierung* (z. B. „Fluency Shaping“), der *Stottermodifikation* sowie eine Kombination beider Ansätze etabliert und als effektiv erwiesen

(Neumann et al., 2016; Sandrieser & Schneider, 2015; Wendlandt, 2009). Die internationale Studienlage bezüglich der Kombinationsverfahren ist gering. Es existieren ein Review (Blomgren, 2013) und drei Studien (Langevin et al., 2010; Langevin et al., 2006; Metten et al., 2007), welche jedoch alle eine akzeptable bis hohe Qualität aufweisen (Neumann et al., 2016). Trotz geringer Evidenzlage bewertet die „Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie“ (DGPP) die Kombinationsverfahren als sinnvoll und verweist auf eine Studie von Euler et al. (2014), die den verknüpften Ansatz als gleichwertig zu reinen Verfahren der Stottermodifikation und Sprechrestrukturierung aufzeigt.

Anwendung von Sprechtechniken im Alltag

In einer Studie von Venkatagiri (2009) wurden 216 Erwachsene mit Stottern befragt, ob sie Sprechtechniken aus den Ansätzen der *Stottermodifikation* oder der *Sprechrestrukturierung* bevorzugen. Die Ergebnisse zeigten, dass unabhängig von der persönlichen Therapieerfahrung 20% die *Sprechrestrukturierung* bevorzugen, während 23% die *Stottermodifikation* wählten. Die Mehrheit der Befragten (57%) war unentschlossen. Venkatagiri schlussfolgert, dass manche Erwachsene mit Stottern eine situationsabhängige Anwendung der Sprechtechniken bevorzugen. So wird in einigen Situationen ein hohes Maß an kontrollierter Flüssigkeit durch die Sprechrestrukturierung benötigt, während in anderen Kontexten spontane Äußerungen trotz erhöhtem Aufkommen von Symptomen passend erscheinen (ebd.). Zudem kann ein Wechsel zwischen Sprechtechniken nützlich sein, wenn eine flüssige Kommunikation mithilfe der bislang eingesetzten Technik nicht erreicht oder aufrechterhalten werden kann (Natke & Kohmäscher, 2020). Prüß und Richardt (2014) geben u. a. an, dass der Bedarf, eine bestimmte Sprechtechnik anzuwenden oder das eigene Stottern offen zu zeigen, von der Situation, den GesprächspartnerInnen und dem eigenen Kontrollbedürfnis abhängig sei. Das Erlernen von Techniken

KURZBIOGRAFIE

Julia Adam ist staatlich geprüfte Logopädin und studierte von 2015 bis 2020 im interdisziplinären Bachelor- und Masterstudiengang ELP, Fachrichtung Logopädie, an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) in Hildesheim. Derzeit ist sie als Studiengangskordinatorin für den Bachelorstudiengang Therapiewissenschaften, Fachrichtung Logopädie, am Gesundheitscampus Göttingen sowie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Hybride Handlungsräume zur Stärkung sozial-emotionaler Lernprozesse in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften“ der HAWK, tätig.

aus unterschiedlichen Ansätzen ermöglicht es, den wechselnden Anforderungen der Alltagskommunikation gerecht zu werden. Dadurch kann abhängig von situativen und sprachlichen Anforderungen sowie eigenen Bedürfnissen flexibel die Technik eingesetzt werden, die „passend/leicht anwendbar/unauffällig genug/Sicherheit gebend erscheint“ (Iven & Hansen, 2017, S. 153).

Um die Konzeption des Therapiebausteins *Sprechtechniken* bestmöglich auf die Alltagskommunikation auszurichten, bedarf es an Wissen, (1) wie diese im Alltag eingesetzt werden und (2) welche Faktoren die Anwendung beeinflussen. Das zentrale und realistische Ziel eines erfolgreichen Transfers ist „nicht das dauerhafte und durchgängige Sprechen in Techniken ... [sondern] die Erhaltung bzw. ‚die immer wieder Erarbeitung‘ der Verfügbarkeit in Verbindung mit dem individuellen Maß an Anwendung der Sprechtechniken innerhalb der Alltagskommunikation“ (Prüß et al., 2019, S. 133). Unabhängig von der Häufigkeit der Anwendung von Sprechtechniken bleibt das Stottern ohne Bearbeitung Bestandteil des täglichen Sprechens (Cream et al., 2003). Somit sind auch das offene und selbstbewusste Zeigen des Stotterns und ein positiver Umgang mit der Rede-

KURZBIOGRAFIE

Maria Barthel (M.Sc.) arbeitete nach langjähriger Berufstätigkeit als Logopädin, dem Bachelorstudium an der Hochschule Emden/Leer (2009 bis 2011) und dem Masterstudium an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim (2011 bis 2014) als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte an der HAWK, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit (2014 bis 2019). Seit 2020 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HAWK am Gesundheitscampus Göttingen der Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit tätig.

flussstörung von besonderer Bedeutung für die Alltagskommunikation (Zückner, 2014).

Im Ansatz der *Stottermodifikation* ist ein zentrales Therapieziel das Erlernen einer Art des Stotterns, die möglichst frei von Anstrengungs- und Vermeidungsverhalten sowie von negativen Gefühlen (z.B. Angst, Scham) ist, um eine gleichsam hohe Toleranz und geringe Beeinträchtigung der Kommunikation der betroffenen Personen zu erreichen (Natke & Kohmäscher, 2020). Hierfür ist ein individuell zufriedenstellendes Verhältnis zwischen der Kontrolle über das Sprechen durch Techniken und der Sprechnatürlichkeit wichtig (Colthorp & Müller, 2014). Für diesen Wechsel zwischen Sprechtechniken, spontaner Flüssigkeit und Stottern ist die Desensibilisierung besonders bedeutsam. In diesem Therapiebaustein sollen negative Gefühle und Gedanken reduziert sowie Betroffene gegen ihr eigenes Stottern und gegen Reaktionen von Gesprächspartnern desensibilisiert werden (Zückner, 2014). Darauf aufbauend kann ein situationsunabhängiger, offener und positiver Umgang mit der Redeflussstörung entwickelt werden (Thum, 2013). Bei unzureichender Desensibilisierung ist es möglich, dass Menschen mit Stottern globale Sprechtechniken (z.B. *Sprech-*

restrukturierung) als Vermeidungsstrategie einsetzen (Sandrieser & Schneider, 2015; Thum, 2019). Die Desensibilisierung ist auch für die Akzeptanz von Sprechtechniken und deren langfristige Anwendung in der Alltagskommunikation entscheidend, da sie das Sprechen auf eine auffällige Art und Weise verändern (Colthorp & Müller, 2014; Thum, 2013; Zückner, 2014). Der veränderte Klang und der Zeitverlust beim Sprechen setzen das Empfinden des Andersseins fort, welches bereits durch das unbearbeitete Stottern bestehen kann (Cream et al., 2003; Thum, 2019). Auch die Anwendung von Sprechtechniken kann Angst- und Schamgefühle auslösen und dazu führen, dass diese im Alltag kaum eingesetzt werden (Prüß et al., 2019; Thum, 2019). Als weiterer Faktor beeinflusst die Aufrechterhaltung der motorischen Fähigkeiten zur Durchführung der Techniken deren Anwendung im Alltag (Prüß et al., 2019). Die Basis hierfür bildet das grundlegende theoretische Wissen über die Realisierung und Wirkungsweise der erworbenen Sprechtechniken (Zückner, 2014). Die darauf aufbauende Umsetzung ist eine motorische Fähigkeit, die erlernt und intensiv trainiert werden muss (ebd.; Prüß & Richardt, 2014). Für die Anwendung von Techniken aus dem Ansatz der *Stottermodifikation* ist zudem die Antizipation von Unflüssigkeiten von Bedeutung, denn diese werden v.a. genau dann eingesetzt, wenn ein Symptom auftritt (Natke & Kohmäscher, 2020). In der Therapie muss die Umsetzung in der Spontansprache gefestigt sein, um einen gelingenden Transfer in das persönliche Umfeld erarbeiten zu können (Prüß et al., 2019). Der Zeitabstand zur Stottertherapie stellt eine Herausforderung für die Aufrechterhaltung der Sprechtechniken dar, denn die erworbenen Fähigkeiten werden meist mit zunehmender zeitlicher Entfernung zur Therapie unpräziser oder gehen verloren (Wendlandt, 2009). Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, ist das regelmäßige Üben sowie die Teilnahme an Nachsorgeprogrammen wichtig (Prüß et al., 2019; Wendlandt, 2009). Darüber hinaus können sprachliche und situative Anforderungen die

Stärke der Stottersymptomatik sowie die Anwendung von Sprechtechniken beeinflussen. Die Ausprägung der Redeflussstörung ist häufig situationsabhängig und kann von äußeren Gegebenheiten sowie von eigenen Emotionen beeinflusst werden (Wendlandt, 2009). Natke und Kohmäscher (2020) haben eine Vielzahl potenzieller, linguistischer Einflussfaktoren und situativer Bedingungen, die die Stottersymptomatik verstärken oder reduzieren können, zusammengetragen. So reduziert sie sich z.B. meist beim Singen oder Flüstern, bei starker Verlangsamung des Sprechens, Ablenkung oder Entspannung. Im Gegensatz dazu verstärkt sich das Stottern häufig bei erhöhter ZuhörerInnenanzahl, in Gesprächen mit Autoritätspersonen, unter Zeitdruck, bei emotionaler Erregung, beim Telefonieren oder Nennen des eigenen Namens. Eine erhöhte Stottersymptomatik in anspruchsvollen Kommunikationssituationen kann dazu führen, dass der Einsatz einer Sprechtechnik oder der Erhalt von anstrengungsfreiem Stottern kaum möglich oder gar ausgeschlossen ist (Colthorp & Müller, 2014; Zückner, 2014). Dies ist meist dadurch bedingt, dass der erfolgreiche Einsatz mentale Aufmerksamkeit erfordert, die in diesen Situationen verringert ist (Neumann et al., 2016; Thum, 2019; Zückner, 2014). Die Umsetzung der feinmotorischen Sprechtechniken und die Aufrechterhaltung eines kontrollierten Sprechens

KURZBIOGRAFIE

Holger Prüß hat sich als Selbstbetroffener therapeutisch seit jeher ausschließlich mit dem Störungsbild des Stotterns auseinandergesetzt. Seit 1989 ist er in Bonn für die stationäre Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen mit Stottern verantwortlich. In diesem Rahmen entwickelte er das Konzept der „Bonner Stottertherapie“, welches durch eine Vielzahl von Vorträgen und Fortbildungen auch im ambulanten Rahmen Verbreitung gefunden hat.

werden somit erschwert (Thum, 2019; Zückner, 2014).

Zusammenfassend wurden folgende Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Anwendung von Sprechtechniken im Alltag identifiziert (Abb. 1): theoretisches Wissen darüber, motorische Fähigkeiten zu deren Verwendung, Antizipation des Stotterns, mentale Aufmerksamkeit für einen bewussten und konzentrierten Einsatz, sprachliche und situative

Anforderungen sowie der Grad an Desensibilisierung gegenüber dem eigenen Stottern, den Reaktionen von ZuhörerInnen und der Anwendung von Sprechtechniken.

Diese Erkenntnisse basieren jedoch maßgeblich auf erfahrungsbasierten Publikationen, die vereinzelt durch empirische Studien bestätigt werden (Venkatagiri, 2009; Cream et al., 2003).

Die im Folgenden vorgestellte Studie

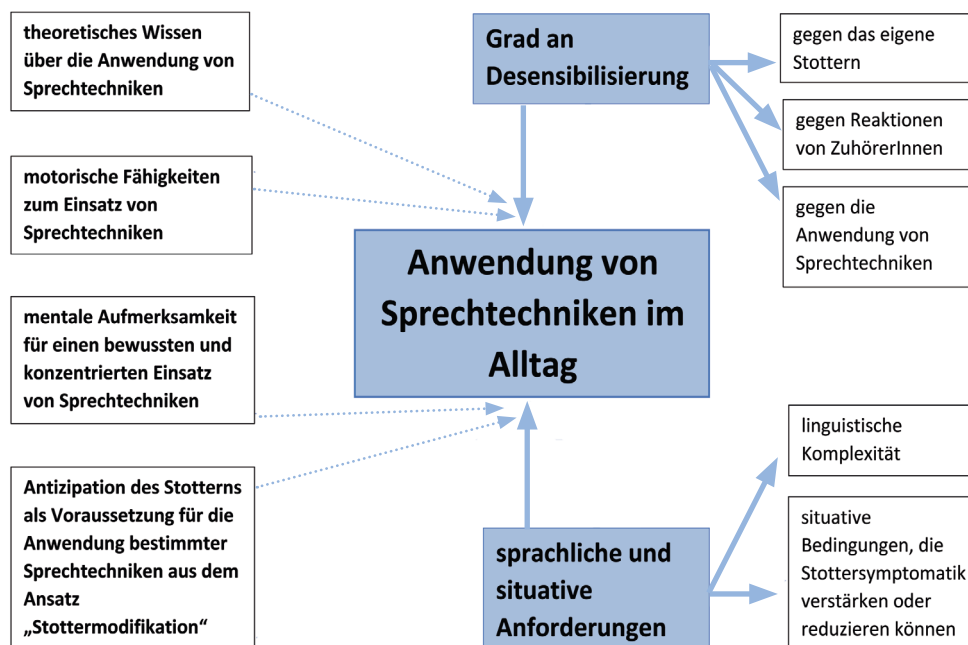


Abbildung 1 Einflussfaktoren auf die Anwendung von Sprechtechniken im Alltag

untersucht die Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen (spontane Flüssigkeit, offenes Stottern mit unterschiedlicher Stärke, Vermeidung von Stottern) im Alltag sowie die Zusammenhänge zwischen deren Anwendung und den in der Abbildung 1 farblich hervorgehobenen Einflussfaktoren (1) Desensibilisierung und (2) sprachliche und situative Anforderungen.

Forschungsziel und -frage

Die Stichprobe besteht aus ehemaligen erwachsenen PatientInnen des intensivtherapeutischen, methodenkombinierten Konzeptes der „Bonner Stottertherapie (BST)“, in welchem Personen mit Stottern Sprechtechniken aus den Ansätzen *Stottermodifikation* und *Sprechrestrukturierung* erlernen können. Die Studienergebnisse sollen eine Grundlage für eine evidenzbasierte Entwicklung bzw.

KONZEPT: Bonner Stottertherapie (BST)

Die BST ist eine stationäre methodenkombinierte Intensiv-Intervall-Therapie. Das gruppentherapeutische Konzept richtet sich an Jugendliche ab 14 Jahren und Erwachsene jeden Alters. Die Therapie erstreckt sich über einen Gesamtzeitraum von ca. 52 Wochen und ist in verschiedene Phasen stationärer Intensivtherapie und Behandlungspausen unterschiedlicher Dauer sowie anschließenden Nachbetreuungsangeboten eingeteilt. Zur Unterstützung des Transfers verbringen die Teilnehmenden die Wochenenden während der intensivtherapeutischen Phasen zuhause. Die BST ist als ein Baustein-System konzipiert, welches die Ansätze *Stottermodifikation* und *Sprechrestrukturierung* kombiniert.

Das Konzept besteht aus den Bausteinen: (1) Diagnostik, (2) Therapieeinstimmung, (3) Abbau der psychosozialen Folgeproblematik des Stotterns, (4) Abbau der Begleitsymptomatik des Stotterns, (5) Modifikationstechnik: Stotterkontrolle, (6) Sprechrestrukturierung;

Stufensprechweise, (7) Transferunterstützung, (8) Rückfallprophylaxe. Alle PatientInnen der BST erlernen die Sprechtechnik *Stotterkontrolle (SK)*, welche dem Ansatz der *Stottermodifikation* zugeordnet ist und innerhalb des Konzeptes der BST entwickelt wurde. Diese lokal einzusetzende Technik wird sowohl bei antizipierten Stottersymptomen als auch prophylaktisch mit einer festgesetzten Häufigkeit angewendet. Zusätzlich wird die Sprechtechnik *Symptomabbruch* erlernt, welche aus einer Beendigung eines Stotterereignisses und einem kontrollierten Ausstieg über die SK besteht. In diesem Artikel wird mit dem Begriff der SK die Sprechtechnik des *Symptomabbruchs* inkludiert. Im Anschluss an den Erwerb der SK erlernen etwa 70% der Teilnehmenden zusätzlich die Sprechtechnik *Stufensprechweise (SSW)* des Ansatzes *Sprechrestrukturierung*. Diese Technik modifiziert die gesamte Sprechweise, um das Auftreten von Unflüssigkeiten zu verhindern und ein kontrolliert flüssig(er)es Sprechen zu ermöglichen.

Anpassung der Konzeption von Stottertherapien im Erwachsenenalter bilden. Die forschungsleitende Frage war: Wie werden erlernte Sprechtechniken nach Teilnahme an einer methodenkombinierten Intensiv-Intervall-Therapie der Ansätze *Stottermodifikation* und *Sprechrestrukturierung* von Erwachsenen mit Stottern im Alltag angewendet? Dabei wurde folgenden Unterfragen nachgegangen:

1. Nutzen Personen, die in der Intensivtherapie sowohl die Sprechtechnik *Stotterkontrolle* (SK; Ansatz *Stottermodifikation*) als auch *Stufensprechweise* (SSW; Ansatz *Sprechrestrukturierung*) erlernt haben, beide Techniken in ihrer Alltagskommunikation?
2. Welche Kombination aus der Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen (spontane Flüssigkeit, offenes Stottern mit unterschiedlicher Stärke, Vermeidung von Stottern) zeigen Erwachsene mit Stottern in ihrer Alltagskommunikation?
3. Bestehen Zusammenhänge zwischen sprachlichen und situativen Anforderungen und der Anwendung von Sprechtechniken oder anderen Sprechweisen (spontane Flüssigkeit, offenes Stottern mit unterschiedlicher Stärke, Vermeidung von Stottern) im Alltag?
4. Bestehen Zusammenhänge zwischen der Desensibilisierung gegen das eigene Stottern, gegen ZuhörerInnenreaktionen sowie gegen die Anwendung von Sprechtechniken und der Anwendung von Sprechtechniken oder anderen Sprechweisen (spontane Flüssigkeit, offenes Stottern mit unterschiedlicher Stärke, Vermeidung von Stottern) im Alltag?

Methodik

Um die Anwendung von Sprechtechniken im Alltag und damit verbundene Einflussfaktoren zu untersuchen, wurden Daten mittels eines Online-Fragebogens auf der Internetplattform „SoSci Survey“ erhoben. Für die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde ein Mailverteiler der BST genutzt, der im Zeitraum der Datenerhebung (Juni bis September 2019) mehr als 850 ehemalige PatientInnen umfasste.

Einschlusskriterien waren ein Alter von mindestens 18 Jahren sowie ein Abstand von mehr als vier Wochen zum Ende der Haupttherapie. Dadurch wurden auch Betroffene miteingeschlossen, die noch nicht an den Nachbetreuungswochen teilgenommen haben. Dieser zeitliche Abstand wurde festgelegt, damit die Teilnehmenden bereits Erfahrungen in der Anwendung von Sprechtechniken im Alltag sammeln konnten und sich ggf. bereits routinierte Muster entwickelt haben. Die Datenerhebung ergab einen Rücklauf von 112 Fragebögen. Hiervon konnten 85 Fragebögen als gültig zur Auswertung herangezogen werden, da sie vollständig ausgefüllt waren und den o. g. Einschlusskriterien entsprachen.

Material

Der in der Studie verwendete Fragebogen wurde in einem Hochschulprojekt von der Erstautorin konstruiert und in Pretests überprüft (Adam, 2019). Die Konstruktion orientierte sich an dem fünfschrittigen Vorgehen nach Bühner (2011). Als Ergebnis entstand ein Fragebogen mit 57 Items (Tab. 1). Zu Beginn wurden personenbezogene Daten zum Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss und zur Teilnahme an der BST sowie zu vorherigen Stottertherapien erfragt.

Der zweite Themenblock umfasste zwei Items zur subjektiv empfundenen Ausprägung der hörbaren/sichtbaren Symptome sowie der psychischen Belastung durch die Redeflussstörung, die auf einer fünfstufigen Ratingskala zur Erfassung der Intensität (gar nicht=1 bis völlig=5) nach Bühner (2011) eingeschätzt werden sollten. Ein Item des Themenblocks lautete bspw.: „Ich fühle mich durch mein eigenes Stottern belastet.“ Der aus beiden Items berechnete Summenscore ergab die Variable „Schwere des Stotterns“, welche einen Wert von 2 (≠gar nicht) bis 10 (≠völlig) annehmen konnte. Mit einem Cronbachs Alpha von $\alpha=0,717$ ist die Reliabilität dieser Skala als akzeptabel anzusehen.

Im Themenblock 3 wurde zunächst erfragt, welche Sprechtechniken die ehemaligen PatientInnen in der BST erlernt haben und welche sie im Alltag bevorzugt

anwenden. Anschließend folgten Items, die den Einsatz anhand einer unipolaren Häufigkeitsskala (nie=1 bis immer=5) nach Mummendey und Grau (2014) genauer erfassten, z. B.: „Ich wende die Stotterkontrolle in Alltagssituationen an.“ Die Themenblöcke 4 und 5 enthielten Items, die das Wissen zur theoretischen und die Fähigkeiten zur motorischen Durchführung der Sprechtechniken SK und SSW erfragten. Die Beantwortung erfolgte ebenfalls entlang der fünfstufigen Häufigkeitsskala, bspw. bei dem Item „Innerhalb meines Übungsprogramms kann ich die Stufensprechweise erfolgreich anwenden.“ oder entlang einer bipolaren Zustimmungsskala (stimmt nicht=1 bis stimmt sehr=5) nach Mummendey und Grau (ebd.), bspw. bei dem Item „Die theoretische Durchführung der Sprechtechnik Stotterkontrolle ist mir klar.“

In den Themenblöcken 6 und 7 wurde die subjektiv empfundene Auffälligkeit von Sprechtechniken erfragt (z. B. „Ich finde, die Sprechtechnik Stufensprechweise klingt auffällig.“) sowie die Desensibilisierung gegen Sprechtechniken erfasst (z. B. „Ich gehe in meinem privaten Umfeld offen damit um, dass ich Sprechtechniken einsetze.“). Alle Items dieser beiden Themenblöcke wurden anhand der bipolaren Zustimmungsskala bewertet. Die fünf Items zur Erfassung der Desensibilisierung gegen Sprechtechniken haben eine akzeptable Reliabilität mit einem Cronbachs Alpha-Wert von $\alpha=0,730$. In den Themenblöcken 8, 9 und 10 wurde die Anwendung der Sprechtechniken SK und SSW sowie der Sprechweisen ‚Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen‘ (Sgering), ‚Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen‘ (Sstark), ‚Stottern vermeiden‘ (V) und ‚ich war spontan flüssig‘ (F) für 21 unterschiedliche Kommunikationssituationen erfasst. Mit diesen Items schätzten die Teilnehmenden ein, welche Sprechtechniken und anderen Sprechweisen sie in den vergangenen vier Wochen regelmäßig und häufiger angewendet haben. Zusätzlich zur Unterscheidung der inhaltlichen Blöcke in die Situationen „Gespräche“, „Telefonate“ und „spezielle Situationen, in welchen Stottern häufig

Themenblöcke (Itemanzahl)	Antwortformat			
	Einfachauswahl: nominales (2) und metri- sches (2) Skalenniveau	Mehrfachauswahl: nominales Skalenniveau	Rating-Skala: ordinales Skalenniveau	Freifeld- Antwort
1. personenbezogene Daten (8)	4	-	-	4
2. Schwere des eigenen Stotterns (2)	-	-	2	-
3. erlernte und angewendete Sprechtechniken der BST (6)	-	3	2	1
4. Theoretisches Wissen über Sprechtechniken (2)	-	-	2	-
5. motorische Fähigkeiten zum Einsatz von Sprechtechniken (2)	-	-	2	-
6. Auffälliger Klang der Sprechtechniken (2)	-	-	2	-
7. Desensibilisierung gegen die Anwendung von Sprechtechniken (5)	-	-	5	-
8. Sprechtechniken und Sprechweisen im Gespräch (7)	-	7	-	-
9. Sprechtechniken und Sprechweisen in Telefonaten (6)	-	6	-	-
10. Sprechtechniken und Sprechweisen in speziellen Situationen (9)	-	8	-	1
11. Kombination von Stotterkontrolle und Stufensprechweise (4)	-	-	3	1
12. eigene Meinung zur Anwendung von Sprechtechniken (4)	-	-	1	3

Tabelle 1 **Aufbau des Fragebogens**

verstärkt auftritt“, konnten diese 21 Items in der Auswertung auch so strukturiert werden, dass ein Vergleich von Kommunikationssituationen mit vertrauten und fremden Personen sowie von leichten und schwierigen Kommunikationssituationen möglich war.

Themenblock 11 erfasste mit drei Items die Kombination der Sprechtechniken SK und SSW im Alltag anhand einer fünfstufigen Häufigkeitsskala. Diese Items haben eine sehr gute Reliabilität ($\alpha=0,977$). Eines lautete bspw.: „Ich wechsle zwischen Stufensprechweise und Stotterkontrolle in einem Gespräch.“ Ehemalige PatientInnen, die ausschließlich die SK erlernten, konnten bei diesen Items „trifft nicht zu“ ankreuzen oder diese überspringen.

Zuletzt wurden in Themenblock 12 die Zufriedenheit mit der Anwendung der Sprechtechniken im Alltag anhand einer fünfstufigen Zustimmungsskala erfasst sowie subjektive Eindrücke bzgl. der Anwendung anhand von Freifeld-Items erfragt (z. B. „Folgendes gefällt mir gut bei meiner Anwendung der Sprechtechnik/en im Alltag:“).

Zusätzlich wurde dieser Fragebogen um den „Desensibilisierungsfragebogen Stottern“ (DST) von Zückner (2016a) ergänzt, um die Desensibilisierung gegen das eigene Stottern und gegen

Reaktionen von ZuhörerInnen mit einem normierten und psychometrisch untersuchten Erhebungsinstrument zu messen. Der DST enthält 26 Items mit dem Frageformat Rating-Skala mit je vier Antwortoptionen („trifft voll zu“ bis „trifft gar nicht zu“) und lässt sich in drei Subskalen unterteilen: Einfluss von Stottern (1) auf emotionales Erleben, (2) auf Verhalten und (3) auf übergeordnete Lebensbereiche. Er kann sowohl im Gesamten als auch für die einzelnen Subskalen getrennt ausgewertet werden. Die Normierung des Fragebogens wurde mit einer Stichprobe von 212 ProbandInnen durchgeführt (Zückner, 2016b). Der DST wurde psychometrisch untersucht und ergab in der Test-Retest-Reliabilität Werte zwischen $r=.80$ und $r=.86$ für die einzelnen Subskalen und den Gesamtfragebogen sowie eine exzellente interne Konsistenz für den Fragebogen mit einem Cronbachs Alpha-Wert von $\alpha=.934$ mit mittleren bis hohen Korrelationen der Subskalen zwischen $r=.69$ und $r=.82$. Zudem wurde die Kriteriumsvalidität des DST mit 34 ProbandInnen überprüft und weist eine angemessene Validität auf.

Statistische Analysen

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte zum Großteil mit dem Programm „IBM SPSS Statistics 25“. Für einzelne Teilschritte wurde Microsoft Excel ge-

nutzt. In der deskriptiven Auswertung wurden die Maße der zentralen Tendenz und Streuungsmaße jeweils passend zum Skalenniveau der Items ausgewählt. Insgesamt wurden 77 Items quantitativ mit dem „Chi²-Test“, „Fishers exaktem Test“, dem „Mann-Whitney-U-Test“ und der „Rangkorrelation nach Spearman“ analysiert. Sechs freie Antwortformate wurden anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet.

Um eine gute wissenschaftliche Praxis in der Planung, Durchführung, Auswertung, Verschriftlichung und Publikation dieser empirischen Studie zu gewährleisten, wurden die Deklaration von Helsinki (Weltärztebund, 2013) und die elf Leitlinien des Forschungsprozesses der „Deutschen Forschungsgemeinschaft“ (DFG, o. J.) berücksichtigt.

Ergebnisse

Deskriptive Statistik

Die Stichprobe umfasste insgesamt 85 ProbandInnen (Frauen, $n=21$ (24,7%), Männer, $n=64$ (75,3%)) im Alter von 18 bis 61 Jahren ($M=31,2$ Jahre ($SD=10,3$)). Der Abstand zur abgeschlossenen Haupttherapie lag zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen zwei Monaten und ca. 20,5 Jahren ($n=70$). Durchschnittlich lag die Therapie knapp fünf Jahre zu-

	Subgruppe SK (n=25)	Subgruppe SK+SSW (n=60)	Testung der Unterschiedshypothese H_0
Anwendung der SK im Alltag	21 (84%)	45 (75%)	Fishers exakter Test: $p=.568$
Häufigkeit der Anwendung der SK in Alltagssituationen	Md=3,0, (IQA=2)	Md=3,0, (IQA=1)	Mann-Whitney-U-Test: $p=.901$, $r=.02$
Bevorzugen der SK als Sprechtechnik im Alltag	19 (76%)	32 (53,3%)	Chi ² -Test: $p=.052$, Cramers V: $V=.211$
Anwendung der SSW im Alltag	-	40 (66,7%)	-
Häufigkeit der Anwendung der SSW in Alltagssituationen	-	Md=3,0, (IQA=2)	-
Bevorzugen der SSW als Sprechtechnik im Alltag	-	27 (45%)	-

Tabelle 2 Anwendung der Sprechtechniken im Alltag

rück ($M=58,5$ Monate ($SD=60,0$)). Die Teilnahme an Nachbetreuungswochen ($n=82$) bestätigten 25,6% der ehemaligen PatientInnen für eine und 50% für zwei oder mehr Nachbetreuungswochen. 24,4% hatten zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch an keiner Nachbetreuungswoche teilgenommen.

Die Mehrheit der ProbandInnen ($n=73$; 85,9%) hatte vor der BST bereits andere Stottertherapien. Insgesamt haben 43 aller Teilnehmenden (51,2%) vor

der BST keine anderen Sprechtechniken oder -weisen erlernt. 60 Personen (70,6%) eigneten sich in der BST sowohl die *Stotterkontrolle* (SK) als auch die *Stufensprechweise* (SSW) an, während 25 Personen (29,4%) ausschließlich die SK erlernten. Die ProbandInnen gaben eine subjektiv empfundene Schwere des Stotterns ($Md=5$; $IQA=3$) an.

Zur Beantwortung der Unterfrage 1 wurden in der Datenauswertung Personen, die ausschließlich die SK erlern-

ten, in der Subgruppe SK ($n=25$; Alter: $M=30,0$ Jahre ($SD=12,6$); Geschlecht: 20 männlich, 5 weiblich) zusammengefasst und Personen, die sowohl die SK als auch die SSW erlernten, als Subgruppe SK+SSW ($n=60$; Alter: $M=31,7$ Jahre ($SD=9,2$); Geschlecht: 44 männlich, 16 weiblich) gegenübergestellt. Zur Beantwortung der Unterfragen 2, 3 und 4 wurden die Daten aller Teilnehmenden ausgewertet.

Themenblock	Itemnummer	SK	SSW	Sgering	Sstark	V	F	A
8. Sprechtechniken und Sprechweisen im Gespräch	Item 28: Gespräche mit PartnerIn	40	22	45	9	10	39	14
	Item 29: Gespräche mit Familie	43	27	46	11	15	38	2
	Item 30: Gespräche mit Freunden	48	33	48	9	16	38	0
	Item 31: Gespräche mit Bekannten	46	23	45	15	28	32	0
	Item 32: Gespräche mit unbekannten Personen	47	23	44	17	32	30	2
	Item 33: Gespräche mit ArbeitskollegInnen/MitschülerInnen	49	26	49	16	26	35	1
	Item 34: Gespräche mit Autoritätspersonen	42	25	38	19	27	28	7
9. Sprechtechniken und Sprechweisen in Telefonaten	Item 35: Telefonate mit PartnerIn	34	21	34	7	4	39	14
	Item 36: Telefonate mit Familie	41	23	44	8	11	44	1
	Item 37: Telefonate mit Freunden	42	23	38	9	12	40	3
	Item 38: Telefonate mit Bekannten	41	23	39	9	14	35	7
	Item 39: Telefonate mit unbekannten Personen	46	26	40	21	19	29	4
	Item 40: berufliche/schulische Telefonate	44	25	35	13	22	27	8
10. Sprechtechniken und Sprechweisen in speziellen Situationen	Item 41: Sprechen vor vielen bekannten ZuhörerInnen	44	27	44	17	19	35	2
	Item 42: Sprechen vor vielen unbekannten ZuhörerInnen	36	24	33	20	27	31	5
	Item 43: Sprechen unter Zeitdruck	32	11	33	33	32	23	7
	Item 44: Bemühen um möglichst flüssiges Sprechen	44	32	18	6	17	22	5
	Item 45: Sprechen nach Aufforderung zum Wiederholen der eigenen Äußerung	33	18	30	20	18	18	6
	Item 46: Sprechen bei emotionaler Erregung	17	12	36	32	18	33	4
	Item 47: Nennen des eigenen Namens	38	16	28	15	9	30	3
	Item 48: Sprechen nach Wartezeit (z. B. Warteschlange beim Bäcker)	42	22	37	14	14	25	2

Tabelle 3 Absolute Häufigkeit der Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen für die Themenblöcke 8, 9 und 10 ($n=85$)

Erläuterung der Abkürzungen: Stotterkontrolle (SK), Stufensprechweise (SSW), Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen (Sgering), Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen (Sstark), Stottern vermeiden (V), ich war spontan flüssig (F), trifft nicht zu aus anderen Gründen (A)

Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen

Die Subgruppen SK und SK+SSW wurden hinsichtlich ihrer Anwendung der Sprechtechniken im Alltag verglichen (Tab. 2). Zwischen den Subgruppen SK und SK+SSW bestehen keine signifikanten Unterschiede im Einsatz der SK im Alltag, welche von 77,6% aller Teilnehmenden angewandt und von 60% bevorzugt wird. Auch in der Subgruppe SK+SSW ist die SK die am häufigsten verwendete und bevorzugte Sprechtechnik. Dabei wendet ein Teil dieser Erwachsenen die Kombination aus SSW und SK im Alltag an (53,4%) und bevorzugt diese Kombination sogar als vorrangige Sprechweise (16,7%). Währenddessen favorisiert ein Teil dieser Subgruppe den ausschließlichen Gebrauch der SSW (28,3%) oder der SK (36,6%) im Alltag.

Auch hinsichtlich der Anwendung anderer Sprechtechniken oder -weisen (z. B. Stottern ohne Begleitsymptomatik, bewusstes Sprechen, Modifikationstechnik Pull-Out, Vermeiden) existieren kaum signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen. Diese werden von 28,2% aller Teilnehmenden entweder in Kombination mit Sprechtechniken der BST oder als ausschließliche Sprechweise eingesetzt und von 24,7% bevorzugt angewendet. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen wurde ledig-

lich für das Vermeiden des Stotterns in Gesprächen festgestellt, welches in der Subgruppe SK häufiger (Fishers exakter Test, $p=.027$) auftritt.

Über beide Subgruppen hinweg bevorzugten 9,4% der Teilnehmenden, keine Sprechtechniken im Alltag anzuwenden, wobei kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen besteht ($p=.688$). Die qualitative Analyse der Freifeldbeiträge des Fragebogens ergab, dass die ProbandInnen den Verzicht auf Sprechtechniken u. a. in einer ausgeprägten spontanen Flüssigkeit, einer erschwerten Anwendung in Situationen mit hohen sprachlichen und situativen Sprechanforderungen, im ausbleibenden Erfolg aufgrund von fehlender Übung oder in dem damit verbundenen Aufwand und Zeitverlust beim Sprechen begründen. Insgesamt ist mehr als die Hälfte der Befragten (55,3%) mit ihrer Anwendung von Sprechtechniken im Alltag zufrieden und es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Subgruppen.

Kombination von Sprechweisen	gesamt (Item 28-48)		Gespräche (Item 28-34)		Telefonate (Item 35-40)		spezielle Situationen (Item 41-48)	
	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit
SK/SSW	36	6,7%	3	1,7%	14	9,2%	19	9,1%
SK/Sgering	84	15,7%	28	16,1%	22	14,4%	34	16,4%
SK/Sstark	23	4,3%	7	4%	6	3,9%	10	4,8%
SK/V	24	4,5%	8	4,6%	5	3,3%	11	5,3%
SK/F	46	8,6%	16	9,2%	18	11,8%	12	5,8%
SSW/Sgering	36	6,7%	24	13,8%	7	4,6%	5	2,4%
SSW/Sstark	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%
SSW/V	4	0,8%	1	0,6%	0	0,0%	3	1,4%
SSW/F	74	13,8%	21	12,1%	28	18,3%	25	12%
Sgering/Sstark	36	6,7%	11	6,3%	8	5,2%	17	8,2%
Sgering/V	40	7,5%	15	8,6%	11	7,2%	14	6,7%
Sgering/F	68	12,7%	21	12,1%	25	16,3%	22	10,6%
Sstark/V	36	6,7%	9	5,2%	6	3,9%	21	10,1%
Sstark/F	6	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	6	2,9%
V/F	21	3,9%	10	5,8%	3	2,0%	8	3,9%
Summe	535	100%	174	100%	153	100%	208	100%

Tabelle 4 **Kombination von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen in Gesprächen, Telefonaten und speziellen Situationen**

Erläuterung der Abkürzungen: Stotterkontrolle (SK), Stufensprechweise (SSW), Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen (Sgering), Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen (Sstark), Stottern vermeiden (V), ich war spontan flüssig (F)

Einflussfaktoren auf die Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren ‚sprachliche und situative Anforderungen‘ sowie ‚Desensibilisierung‘ (Unterfragen 3 und 4) und der Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen im Alltag vorgestellt. Für die verschiedenen Kommunikationssituationen werden zudem Kombinationen der SK und SSW und anderer Sprechweisen erfasst (Unterfrage 2).

Sprachliche und situative Anforderungen

Gespräche, Telefonate und spezielle Situationen

In Tabelle 3 werden die drei Arten von Situationen hinsichtlich der Häufigkeit der Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen gegenübergestellt. Dabei ist unverkennbar, dass die sponta-

ne Sprechflüssigkeit in speziellen Situationen signifikant seltener auftritt als in Gesprächs- ($r=.59$, $p=.021$) und Telefonsituationen ($r=.59$, $p=.027$). Außerdem zeigte sich Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen in Gesprächssituationen signifikant häufiger als beim Telefonieren ($r=.68$, $p=.015$) und in speziellen Situationen ($r=.79$, $p=.002$). Zudem wird die SK in Gesprächen signifikant öfter eingesetzt als in speziellen Situationen ($r=0.61$, $p=.017$).

Bei Betrachtung der Kombinationsmöglichkeiten von zwei Sprechtechniken oder -weisen in Tabelle 4 wird deutlich, dass insgesamt die Kombinationen SSW/Sstark (0,2%), SSW/V (0,8%) und Sstark/F (1,1%) äußerst selten vorkommen. Im Gegensatz dazu ist über alle Kommunikationssituationen hinweg herauszustellen, dass die Kombination SK/Sgering mit 15,7% am häufigsten auftritt. Im Vergleich zwischen den drei Arten von Situationen zeigt sich, dass die Kombination Sstark/V in den speziellen Situationen (10,1%) deutlich öfter vorkommt als in Gesprächen (5,2%) und Telefonaten (3,9%). Ein nennenswerter Unterschied besteht zudem für die Kombination SSW/Sgering, denn diese wird v. a. in Gesprächen eingesetzt (13,8%), jedoch seltener in Telefonaten (4,6%) und speziellen Situationen (2,4%). Des Weiteren sticht die Kombination SK/SSW heraus, denn diese wird in Gesprächen nur äußerst selten (1,7%) angewendet, während sie in Telefonaten (9,2%) und speziellen Situationen (9,1%) häufiger vorkommt. Im Gegensatz dazu gaben in den Freifeld-Items jedoch einige Teilnehmende an, auch innerhalb von Gesprächen zwischen der SK und der SSW zu wechseln. Zudem wird die Kombination SK/SSW sowohl in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Freunde, Fremde, Arbeit) als auch in unterschiedlichen Kommunikationssituationen (z. B. Diskussionen, Vorstellungsrunden) angewandt.

Kommunikationssituationen mit vertrauten und fremden Personen

In Tabelle 3 sind die Häufigkeiten der Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen für Kommunikationssituationen mit vertrauten (Item 28, 29, 30,

35, 36, 37) und fremden Personen (Item 32, 39) ersichtlich. Im Vergleich dieser Kommunikationssituationen wird deutlich, dass Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen ($r=.72$, $p=.040$) und das Vermeiden von Stottern ($r=.79$, $p=.018$) signifikant öfter in Kommunikationssituationen mit Fremden auftreten. Im Gegensatz dazu zeigt sich die spontane Sprechflüssigkeit ($r=.93$, $p=.001$) in der Kommunikation mit Vertrauten signifikant häufiger. Die Kombinationen SK/Sgering sowie SK/F kommen öfter bei bekannten Personen vor, während die Kombinationen SK/Sstark und V/F häufiger bei Fremden auftreten (Tab. 5). In Kommunikationssituationen mit vertrauten Personen sind die Kombinationen SK/Sgering, SK/F, SSW/F und Sgering/F besonders häufig.

Leichte und schwierige Kommunikationssituationen

In der qualitativen Datenauswertung wurden Situationen mit hohen sprachlichen und situativen Anforderungen für Erwachsene mit Stottern zusammengetragen. Diese stimmen nahezu vollständig mit literaturbasierten Aufzählungen von stotterverstärkenden Bedingungen überein (z. B. Natke & Kohmäscher, 2020). Verstärkende Bedingungen, die mit den Ergebnissen dieser Studie nicht bestätigt werden konnten, waren das Bemühen um flüssiges Sprechen und das Wiederholen von Aussagen, die nicht verstanden worden sind. Stattdessen wurden von den Teilnehmenden noch weitere sprachliche und situative Herausforderungen genannt, z. B. Sprechen mit Fremden, Halten von Vorträgen. In den Freifeld-Antworten gaben mehrere an, dass sich in anspruchsvollen Situationen die Stärke und/oder Häufigkeit der Unflüssigkeiten erhöht. Außerdem fällt einigen Befragten die Anwendung von Sprechtechniken hier meist schwer, während der Einsatz in weniger anspruchsvollen Situationen besser gelingt. Auch eine Korrelationsberechnung nach Spearman zeigt einen signifikanten Zusammenhang ($r=-.307$, $p=.017$) zwischen der erfolgreichen Anwendung der SSW innerhalb von Übungen und der Schwere des Stotterns sowie eine höchst signifikante Korrelation ($r=-$

$.482$, $p=.000$) zwischen der Zufriedenheit mit der Anwendung der Sprechtechniken im Alltag und der Schwere des Stotterns. Zudem spiegelt sich dieses Erkenntnis in Item 43: „Wenn ich unter Zeitdruck stand, habe ich vorzugsweise folgende Sprechtechniken und andere Sprechweisen angewendet“ und Item 46: „Wenn ich emotional erregt war, habe ich vorzugsweise folgende Sprechtechniken und andere Sprechweisen angewendet (z. B. aufgeregt, wütend, freudig)“ wider, in welchen am seltensten die Sprechtechniken angewendet werden und gleichzeitig am häufigsten Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen auftritt. Einige der Teilnehmenden begründen in Freifeld-einträgen dies darin, dass die erfolgreiche Anwendung den bewussten Einsatz und eine exakte motorische Ausführung sowie Konzentration voraussetzt. Bei der Anwendung der SK sei zudem die Antizipation des Stotterns erforderlich. In Tabelle 3 sind die Häufigkeiten der Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen in leichten (Item 28-31) und schwierigen Kommunikationssituationen (Item 32-48) ersichtlich. Im Vergleich zeigt sich, dass Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen ($r=.59$, $p=.007$) signifikant häufiger in leichten Kommunikationssituationen auftritt.

In Tabelle 6 werden die Kombinationen von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen unter dem Aspekt der leichten und schwierigen Kommunikationssituationen gegenübergestellt. Hier stellt sich deutlich heraus, dass die Kombination SSW/Sgering häufiger zusammen in leichten sprachlichen Kontexten angewendet und insgesamt oft kombiniert wird.

Desensibilisierung

Um Zusammenhänge zwischen der Desensibilisierung von Erwachsenen mit Stottern und der Anwendung von Sprechtechniken zu erheben, wurden Rangkorrelationen nach Spearman mit folgenden Variablen durchgeführt: DST Gesamtscore ($Md=39,0$; $IQA=24,5$), Desensibilisierung gegen Sprechtechniken (Themenblock 7 (Tab. 1); $Md=12,0$;

Kombination von Sprechweisen	Kommunikationssituationen mit vertrauten Personen (6 Items)		Kommunikationssituationen mit fremden Personen (2 Items)	
	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit
SK/SSW	8	4,8%	4	9,8%
SK/Sgering	30	18,1%	4	9,8%
SK/Sstark	3	1,8%	5	12,2%
SK/V	4	2,4%	2	4,9%
SK/F	26	15,7%	2	4,9%
SSW/Sgering	18	10,8%	2	4,9%
SSW/Sstark	0	0,0%	0	0,0%
SSW/V	0	0,0%	0	0,0%
SSW/F	27	16,3%	5	12,2%
Sgering/Sstark	8	4,8%	2	4,9%
Sgering/V	11	6,6%	3	7,3%
Sgering/F	27	16,3%	6	14,6%
Sstark/V	3	1,8%	2	4,9%
Sstark/F	0	0,0%	0	0,0%
V/F	1	0,6%	4	9,8%
	166		41	

Tabelle 5 **Kombination von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen in Kommunikationssituationen mit vertrauten und fremden Personen**

Erläuterung der Abkürzungen: Stotterkontrolle (SK), Stufensprechweise (SSW), Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen (Sgering), Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen (Sstark), Stottern vermeiden (V), ich war spontan flüssig (F)

Kombination von Sprechweisen	leichte Kommunikationssituationen (4 Items)		schwierige Kommunikationssituationen (17 Items)	
	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit	absolute Häufigkeit	prozentuale Häufigkeit
SK/SSW	1	1,0%	35	8,0%
SK/Sgering	18	18,0%	66	15,2%
SK/Sstark	2	2,0%	21	4,8%
SK/V	3	3,0%	21	4,8%
SK/F	13	13,0%	33	7,6%
SSW/Sgering	16	16,0%	20	4,6%
SSW/Sstark	0	0,0%	1	0,2%
SSW/V	0	0,0%	4	0,9%
SSW/F	13	13,0%	61	14,0%
Sgering/Sstark	5	5,0%	31	7,1%
Sgering/V	9	9,0%	31	7,1%
Sgering/F	13	13,0%	55	12,6%
Sstark/V	5	5,0%	31	7,1%
Sstark/F	0	0,0%	6	1,4%
V/F	2	2,0%	19	4,4%
	100		435	

Tabelle 6 **Kombination von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen in leichten und schwierigen Kommunikationssituationen**

Erläuterung der Abkürzungen: Stotterkontrolle (SK), Stufensprechweise (SSW), Stottern mit geringer Anspannung/Mitbewegungen (Sgering), Stottern mit starker Anspannung/Mitbewegungen (Sstark), Stottern vermeiden (V), ich war spontan flüssig (F)

IQA=5,5), Zufriedenheit mit der Anwendung von Sprechtechniken ($M_d=4$; IQA=1), Schwere des Stotterns ($M_d=5$; IQA=3), Anwendung der SK im Alltag ($M_d=3$; IQA=2), Anwendung der SSW im Alltag ($M_d=2,5$; IQA=2) und der Abstand zur Therapie ($M=58,5$ ($SD=60,0$) Monate). Es wurden höchst signifikante positive Korrelationen zwischen der subjektiv empfundenen Schwere des eigenen Stotterns und der Desensibilisierung ($r=.599$, $p=.000$) und der Desensibilisierung gegen Sprechtechniken ($r=.383$, $p=.000$) festgestellt. Des Weiteren ist ein höchst signifikanter negativer Zusammenhang ($r=-.539$, $p=.000$) zwischen der Desensibilisierung und der Zufriedenheit mit der Anwendung der Sprechtechniken im Alltag erkennbar. Auch zwischen der Desensibilisierung gegen Sprechtechniken und der Zufriedenheit mit deren Anwendung

im Alltag besteht eine höchst signifikante negative Korrelation ($r=-.522$, $p=.000$). Diese Ergebnisse können darauf hindeuten, dass je besser jemand gegen das eigene Stottern, ZuhörerInnenreaktionen und Sprechtechniken desensibilisiert ist, desto zufriedener ist die Person mit dem eigenen Einsatz der Sprechtechniken und umgekehrt. Die qualitative Datenauswertung der Freifeldantworten ergab, dass sich die Desensibilisierung gegen Sprechtechniken v. a. auf eigene Gedanken und Gefühle über deren Klang und die Außenwirkung auf GesprächspartnerInnen, auf die Veränderung der eigenen Sprechweise und auf den offenen Umgang damit in verschiedenen Lebensbereichen bezieht. Es ergab sich außerdem eine signifikante geringe negative Korrelation ($r=-.289$, $p=.007$) zwischen der Desensibilisierung gegen Sprech-

techniken und der Anwendung der SK im Alltag und eine nahezu signifikante geringe negative Korrelation ($r=-.252$, $p=.052$) zwischen der Desensibilisierung gegen Sprechtechniken und dem Einsatz der SSW im Alltag. Dies kann darauf hindeuten, dass je besser eine Person gegen Sprechtechniken desensibilisiert ist, desto häufiger wendet sie diese im Alltag an, bzw. je häufiger eine Person diese im Alltag einsetzt, desto besser ist sie gegen diese desensibilisiert. Zwischen dem Abstand zur Therapie und den untersuchten Variablen konnten keine signifikanten Korrelationen festgestellt werden.

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Teilnehmenden individuell unter-

schiedliche Handlungsstrategien entwickelt haben, um Sprechtechniken oder andere Sprechweisen im Alltag zu nutzen. Diese variieren von einem grundlegenden Verzicht auf Sprechtechniken über das offene Zeigen des Stotterns bis hin zu einer Fokussierung auf eine ausgewählte oder einer Kombination mehrerer Sprechtechniken. Dabei unterscheiden sich die Teilnehmenden, die sowohl die *Stotterkontrolle* (SK; Ansatz Stottermodifikation) als auch die *Stufensprechweise* (SSW; Ansatz Sprechrestrukturierung) erlernten, kaum von jenen, die ausschließlich die Modifikationstechniken kennenlernten. Lediglich bezüglich der Anwendung der SSW, welche nur von einem Teil der PatientInnen der Intensivtherapie erlernt wurde, liegt folgerichtig ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen vor. Dabei wird die Kombination der SK und SSW von 53,4% der Subgruppe SK+SSW in der Alltagskommunikation eingesetzt und gilt für 16,7% als bevorzugte Sprechweise. Gleichzeitig wird die SK über beide Subgruppen hinweg am häufigsten angewandt und bevorzugt, unabhängig davon, ob sie ausschließlich oder in Kombination mit anderen Techniken oder Sprechweisen angewendet wird. Die Studienergebnisse unterstützen die Aussage von Venkatagiri (2009), dass Personen mit Stottern einen situationsabhängigen Einsatz von Sprechtechniken favorisieren. Es konnte empirisch belegt werden, dass sprachliche und situative Anforderungen Einfluss auf die Stärke der Stottersymptomatik sowie auf das Gelingen des Gebrauchs von Sprechtechniken haben. Besonders in anspruchs-

vollen Kommunikationssituationen tritt eine starke Symptomatik auf und die Anwendung der feinmotorischen Techniken wird erschwert. Dabei werden sie insgesamt seltener eingesetzt. Die Ergebnisse stärken die bisherigen literaturbasierten Erkenntnisse, dass in diesen Situationen die mentale Aufmerksamkeit verringert, jedoch für einen erfolgreichen Einsatz erforderlich ist (vgl. Neumann et al., 2016; Thum, 2019; Zückner, 2014). Trotzdem gibt es eine Gruppe an Teilnehmenden in dieser Studie, die gerade in anspruchsvollen Situationen gezielt eine Kombination aus SK und SSW anwendet, um ein kontrolliertes Sprechen zu erreichen. Der Einfluss der mentalen Aufmerksamkeit auf die Anwendung von Sprechtechniken muss noch weiterführend empirisch untersucht werden.

Zwischen der Desensibilisierung und der subjektiv empfundenen Schwere des Stotterns sowie dem Einsatz von Sprechtechniken konnten signifikante Zusammenhänge belegt werden. Dies bekräftigt die hohe Relevanz der Desensibilisierung als Teil einer Stottertherapie, um einen offenen und positiven Umgang mit der Redeflussstörung zu erlangen und somit die Belastung zu reduzieren. Die Ergebnisse zeigen auch, dass sich eine gute Desensibilisierung und die Zufriedenheit mit der Anwendung von Sprechtechniken gegenseitig positiv beeinflussen **können**. Diese Korrelation lässt jedoch keinen Rückschluss auf die Häufigkeit des Einsatzes von Techniken zu. Die Zufriedenheit kann sich sowohl auf eine hochfrequente Anwendung als auch auf die Entscheidung dagegen beziehen. Somit hängt auch eine Entscheidung gegen den Gebrauch von Sprechtechniken bzw. für das offene Stottern im Umgang mit der eigenen Symptomatik mit einer guten Desensibilisierung zusammen. Die negativen Korrelationen zwischen dem Einsatz der SK bzw. SSW im Alltag und der Desensibilisierung gegen Sprechtechniken deuten darauf hin, dass die Häufigkeit der Anwendung bei einer guten Desensibilisierung höher ist und dabei ein gänzlicher Verzicht nicht allzu häufig vorkommt.

Insgesamt kann dem in der Literatur vorhandenen Konsens zugestimmt werden,

dass das Ziel in der Alltagskommunikation nicht ein durchgängiger Einsatz von Sprechtechniken sein sollte, sondern eine individuelle Mischung aus Techniken und Sprechnatürlichkeit durch spontane Kommunikation (vgl. Colthorp & Müller, 2014; Iven & Hansen, 2017; Prüß et al., 2019). Eine durchgehende Kontrolle über das eigene Stottern durch die Anwendung von Sprechtechniken kann aufgrund unterschiedlicher sprachlicher und situativer Anforderungen nicht gewährleistet und sollte aus therapeutischer Perspektive nicht angestrebt werden. Stattdessen wird der offene Umgang mit dem eigenen Stottern als eine zentrale Komponente des eigenen Sprechens bewertet. Auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass für viele ehemalige PatientInnen der BST das Sprechen im Alltag aus einer individuellen Strategie aus Sprechtechniken und -natürlichkeit – die durchaus Stotterereignisse beinhaltet – besteht.

Limitationen und Übertragbarkeit der Studienergebnisse

Die vorliegende Studie liefert Erkenntnisse über die Anwendung von Sprechtechniken und anderen Sprechweisen im Alltag. Allerdings kann kein direkter Vergleich zwischen den quantitativen Ergebnissen des Einsatzes der *Stotterkontrolle* (SK) und der *Stufensprechweise* (SSW) gezogen werden, da diese von den Teilnehmenden der Subgruppe SK+SSW nicht zum gleichen Zeitpunkt erlernt wurden und somit nicht äquivalent bewertet und miteinander verglichen werden können. Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch, dass die Sprechtechniken einzeln oder in Kombination von der Mehrheit angewendet werden.

Auf Basis des Umfangs und der Merkmale der Stichprobe kann eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der ehemaligen, erwachsenen PatientInnen der BST angenommen werden. Ob die Erkenntnisse bzgl. der Sprechtechniken SK und SSW auch für Teilnehmende anderer Therapiekonzepte in ambulanten oder intensivtherapeutischen Settings angenommen werden können, ist kritisch

KURZBIOGRAFIE

Kirsten Richardt ist nach dem Abschluss als Diplom-Sprachheilpädagogin seit 2008 im Team der „Bonner Stottertherapie“ tätig. Darüber hinaus ist sie an der Universität zu Köln sowie an den Schulen für Logopädie in Köln und Bonn Lehrbeauftragte für den Themenbereich Stottern.

zu betrachten, da sich Sprechtechniken in ihrem spezifischen Aufbau sowie in der Konzeption des Erlernens, Übens und des Transfers zwischen den Konzepten unterscheiden.

Drei grundlegende Erkenntnisse der Studie könnten in andere Therapiekonzepte einbezogen werden, da diese weder in direktem Bezug zur detaillierten Konzeption der BST noch zur Therapieform Intensivtherapie stehen:

- Die in Abbildung 1 dargestellten Faktoren scheinen die Anwendung von Sprechtechniken unabhängig von der Therapieform, dem -ansatz sowie dem -konzept und den dabei erlernten Sprechtechniken zu beeinflussen.
- Ehemalige erwachsene PatientInnen der BST zeigen im Umgang mit ihrem Stottern sowohl Handlungsstrategien, die auf dem Konzept der BST basieren könnten, als auch Einflüsse von individuellen Erfahrungen und erlernte Sprechtechniken aus vorherigen Therapien. Auch Iven und Hansen (2017) bestätigen, dass Therapieerfahrungen aus der Kindheit bei Erwachsenen mit Stottern Einfluss nehmen können und betonen die Bedeutung der Individualität des Stotterns und dessen Bewältigungsformen. Somit deckt sich das Ergebnis der individuell unterschiedlichen Handlungsstrategien der Teilnehmenden dieser Studie mit den Erkenntnissen von Iven und Hansen (2017).
- Die zahlreichen Kommunikationssituationen, die die Teilnehmenden als schwierig bewerten, überschneiden sich zu großen Teilen mit der Sammlung von Natke und Kohmäscher (2020). Die Studienergebnisse scheinen auf Personen mit Stottern außerhalb der BST übertragbar und liefern somit einen empirischen Nachweis für Teile dieser Sammlung.

Fazit

In der vorliegenden Studie wurde der zentralen Frage nachgegangen, wie Erwachsene mit Stottern nach Teilnahme an einer methodenkombinierten Intensiv-Intervall-Therapie der Ansätze *Stottermodifikation* und *Sprechrestrukturierung* die erlernten Sprechtechniken im Alltag

KURZBIOGRAFIE

Ulla Beushausen ist Professorin für Logopädie an der HAWK Hochschule Hildesheim/Holzwinden/Göttingen. Ihre Ausbildung zur Logopädin absolvierte sie an den Universitätskliniken in Ulm und Heidelberg, anschließend schloss sie ein Studium der Psycholinguistik, Sprachbehindertenpädagogik und Phonetik ab und promovierte zur Dr. phil. an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Testentwicklung, Clinical Reasoning und die Evaluation von Therapieverfahren.

anwenden. Insgesamt zeigt sich ein sehr variables Bild, denn unter den Erwachsenen mit Stottern ist eine Vielzahl an unterschiedlichen Handlungsstrategien für die Alltagskommunikation vertreten. Der Einsatz von Sprechtechniken und -weisen wird dabei u. a. von der Desensibilisierung der Personen und von sprachlichen und situativen Anforderungen beeinflusst.

Aufbauend auf diese Erkenntnisse kann für die therapeutische Praxis die Schlussfolgerung gezogen werden, dass das Erlernen mehrerer Sprechtechniken sowie einer Art des Stotterns, die möglichst frei von Begleitsymptomatik ist, von großer Bedeutung ist. So wird den Erwachsenen mit Stottern die Möglichkeit gegeben, aus dem Angebot an Sprechtechniken und -weisen ihre persönlichen Handlungsstrategien für den Alltag zu entwickeln und das eigene Sprechen situationsflexibel anzupassen.

Darüber hinaus bekräftigen die Ergebnisse die Relevanz der Desensibilisierung für den positiven Umgang mit dem eigenen Stottern und für die gelungene Anwendung von Sprechtechniken im Alltag. Für den Transfer weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine therapeutisch begleitete Übertragung der Therapieerfolge in alle Lebensbereiche wichtig ist, um die unterschiedlichen sprachlichen und situativen Anforderungen zu bewältigen.

Sowohl die Studie von Venkatagiri (2009) als auch die hier vorgestellten Ergebnisse unterstützen für den Therapiebaustein *Sprechtechniken* die Annahme der DGPP (Neumann et al., 2016), dass methodenkombinierte Verfahren aus den Ansätzen *Sprechrestrukturierung* und *Stottermodifikation* als sinnvoll zu bewerten sind. Eng verbunden mit diesem Therapiebereich sind die Desensibilisierung und die Gestaltung des Transfers.

Ein Stottertherapie-Konzept sollte aus flexibel zusammenstellbaren Inhalten bestehen, welche in einer strukturierten Vorgehensweise nach patientInnenorientierten Behandlungszielen ausgerichtet werden können. Eine solche Vielfalt an Therapieinhalten, wie sie in Kombinationsverfahren enthalten ist, kann der Herausforderung gerecht werden, dass „es keine einzelne Methode gibt, die für alle Klienten in allen Lebensphasen unter allen psychosozialen Bedingungen gleich wirksam wäre“ (Iven & Hansen, 2017, S. 141).

Interessenkonflikt

Die AutorInnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Adam, J. (2019). *Projektbericht: Out of College. Entwicklung eines Fragebogens – Konstruktion und Pretest*. Unveröffentl. Projektbericht, HAWK Hildesheim/Holzwinden/Göttingen.
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Psychology Research and Behavior Management*, 10(6), 9–19. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S31450>
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. Pearson Education Deutschland GmbH.
- Colthorp, I., & Müller, T. (2014). Stottern als Kommunikationsstörung – zur Relevanz von Sprechtechniken in der Stottertherapie. *Praxis Sprache*, 2, 129–132.
- Cream, A., Onslow, M., Packman, A., & Llewellyn, G. (2003). Protection from harm: the experience of adults after therapy with prolonged-speech. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(4), 379–395. <https://doi.org/10.1080/13682820310001598166>
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (o.J.). *Kodex. Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis*. Abgerufen am 24.03.2021 von <https://wissenschaftliche-integritaet.de/kodex/>
- Euler, H., Lange, B., Schröder, S., & Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders*, 39, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.002>
- Iven, C., & Hansen, B. (2017). Intensivtherapie

- bei Stottern. In H. Grötzbach (Hrsg.), *Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie* (S. 135–155). Schulz-Kirchner.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Langevin, M., Huinck, W., Kully, D., Peters, H., Lomheim, H., & Tellers, M. (2006). A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR. Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 31(4), 229–256. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.06.001>
- Langevin, M., Kully, D., Teshima, S., Hagler, P., & Narasimha Prasad, N. (2010). Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR. Comprehensive Stuttering Program. *Journal of Fluency Disorders*, 35(2), 123–140. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.04.002>
- Metten, C., Zückner, H., & Rosenberger, S. (2007). Evaluation einer Stotterintensivtherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Sprache - Stimme - Gehör*, 31(2), 72–78. <https://doi.org/10.1055/s-2007-958631>
- Mummendey, H., & Grau, I. (2014). *Die Fragebogen-Methode*. Hogrefe.
- Natke, U., & Kohmäscher, A. (2020). *Stottern. Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapie*. Springer.
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M., & Thum, G. (2016). (Hrsg.): Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie. *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte interdisziplinäre S3-Leitlinie*, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>
- Ochsenkühn, C., Thiel, M., & Frauer, C. (2015). Ausgewählte Therapiekonzepte. In C. Ochsenkühn, C. Frauer, & M. Thiel (Hrsg.), *Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie* (S. 107–136). Springer Medizin.
- Prüß, H., Müller, T., & Richardt, K. (2019). Die Therapie entscheidet sich außerhalb des The-

rapieraumes. Die Notwendigkeit umfassender Transferunterstützung in der Behandlung des Stotterns bei Jugendlichen und Erwachsenen am Beispiel der Bonner Stottertherapie. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*, 3, 126–133.

Prüß, H., & Richardt, K. (2014). Die Bonner Stottertherapie. Ein patientenorientierter Kombinationsansatz für Jugendliche und Erwachsene. *Forum Logopädie*, 28(2), 6–17. <http://www.doi.org/10.2443/skv-s-2014-53020140201>

Sandrieser, P., & Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter*. Thieme.

Thum, G. (2013). Sprechtechniken in der Stottertherapie. Übersicht der gängigen Sprechtechniken mit Audio-Beispielen. Altersstufe: 7 bis 17 Jahre. *Praxis Sprache*, 2, 96–101.

Thum, G. (2019). Stärker als Stottern – ein methodenkombinierter Ansatz. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*, 3, 166–175.

Venkatagiri, H. (2009). What Do People Who Stutter Want – Fluency or Freedom. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(2), 500–515. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0019\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0019))

Weltärztebund. (2013). *WMA Deklaration von Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf

Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter. Grundlagenwissen und Handlungshilfen für die Therapie und Selbsthilfe*. Thieme.

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

Zückner, H. (2016a). *Desensibilisierungsfragebogen Stottern – DST. Fragebogen zum Erleben von Stottern (ab 18. Lebensjahr)*. <http://www.desensibilisierungsfragebogen-stottern.de>

Zückner, H. (2016b). *Desensibilisierungsfragebogen Stottern – DST. Anleitung zur Durchführung und Auswertung und teststatistische Daten*. <http://www.desensibilisierungsfragebogen-stottern.de>



Autorinnen und Autor

- Julia Adam, M. Sc. Logopädin
Maria Barthel M. Sc. Logopädin
HAWK, Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit,
Gesundheitscampus Göttingen
Annastraße 25, D-37075 Göttingen
julia.adam1@hawk.de
maria.barthel2@hawk.de
- Holger Prüß, Diplom-Sprachheilpädagoge
Kirsten Richardt, Diplom-Sprachheilpädagogin
LVR-Klinik Bonn, Johanneshospital
– Bereich Stottertherapie
Kölnerstraße 54, D-53111 Bonn
Holger.Pruess@lvr.de
Kirsten.Richardt@lvr.de
- Prof. Dr. Ulla Beushausen, Logopädin,
Psycholinguistin/
Sprechwissenschaftlerin (M.A.)
HAWK Hochschule Hildesheim, Fakultät
Soziale Arbeit und Gesundheit
Goschendorfer 1, D-31134 Hildesheim
ulla.beushausen@hawk.de



DOI dieses Beitrags
(www.doi.org)
10.7345/prolog-2303164

● Familie kennenlernen

● Ressourcen der Familie entdecken

● Therapie und Elternberatung planen

DIE HEIDELBERGER MARSCHAK-INTERAKTIONSMETHODE (H-MIM)



Ulrike Franke/Markus Schulte-Hötzl
2022, 216 Seiten, Spiralbindung, reich
bebildert, mit 165 farbigen Aufgaben-
karten in praktischer Box
Preis: 98,- €, zzgl. Versandkosten

Die H-MIM ist ein Verfahren zur Beobachtung von Interaktionen zwischen Bezugspersonen (vor allem Eltern) und Kind. Sie hat sich in vielen Anwendungsbereichen bewährt, z.B. in der Diagnostik und Elternberatung, bei komplexen Entwicklungsstörungen, Redefluss- und Interaktionsstörungen, selektivem Mutismus und pragmatischen Kommunikationsstörungen.

Im Fokus stehen die drei Bereiche *Emotionalität, Führung und Umgang mit Stress*. Die vielfältigen Anweisungskarten ermöglichen, dass unterschiedliche Aspekte der Interaktion stressarm untersucht werden können.



Weitere Informationen und Bestellmöglichkeit unter www.theraplay-institut.de

**THERAPLAY
PRESS**