

## Ausgangslage

Stottern ist eine Redeflussstörung, die fast nur in Kommunikationssituationen auftritt. Sie wird daher auch als Kommunikationsstörung bezeichnet.

Den Kern des Stotterns bilden sprechmotorische Unterbrechungen des Redeflusses. Die Auswirkungen dieser Kernproblematik auf die Kommunikation, auf Aktivitäten und soziale Teilhabe stehen aber oft im Vordergrund der Belastungen, die stotternde Menschen erleben. Da Sprechen im direkten Kontakt der wichtigste Kommunikationskanal ist, wirken sich Auffälligkeiten in der Sprechweise oft irritierend auf Sprecher und Zuhörer aus. Beim Zuhörer entsteht oft Unsicherheit oder Hilflosigkeit, die zu dem Impuls, das Gespräch zu beenden, führen kann.

Stottern kann für den Sprecher verschiedene Auswirkungen in folgenden Bereichen haben:

- physische Aspekte, z.B. Verspannungen und Mitbewegungen
- psychische Aspekte, z.B. Sprechängste oder Schamgefühle
- sozial-kommunikative Aspekte, z.B. Vermeidung von Telefonaten, Vermeidung von Sprechsituationen
- Aspekte der sozialen Teilhabe, z.B. Mobbing in der Schule, Nachteile in Ausbildung und Berufswahl

Stottern ist somit ein bio-psycho-soziales Geschehen: Das Ausmaß der Beeinträchtigung durch Stottern wird nicht nur durch die Stärke

der körperlichen Symptomatik (bio-) bestimmt, sondern auch dadurch, wie die Störung bewertet und empfunden wird (psycho-). Entscheidend ist zudem, wie die Umwelt (sozial) auf das Stottern reagiert.

Die Ursachen für Stottern sind nicht eindeutig geklärt. Neurophysiologische, psychosoziale und psycholinguistische Faktoren bilden in jedem Einzelfall ein unterschiedliches Zusammenspiel bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Stottern. Erwiesen ist, dass Stottern primär keine psychische Störung ist.

Basierend auf der ICF-Philosophie, die von allen WHO-Staaten als bindend anerkannt wurde und vom Gesetzgeber als Leitlinie für medizinisches und therapeutisches Handeln vorgeschrieben ist, müssen die bio-psycho-sozialen Anteile des Stotterns berücksichtigt werden (vgl. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, DIMDI 2005). Das therapeutische Angebot muss in der Lage sein, in allen Bereichen Angebote zur Verbesserung der Situation zu machen.

Stottern als Kommunikationsstörung erfordert eine dialogorientierte Therapie, die nicht nur im Therapieraum, sondern auch in realen alltäglichen Kommunikationssituationen durchgeführt wird.

Bei chronifiziertem Stottern ist nach Beendigung der Therapie eine organisierte Nachsorge notwendig.

## Die Person der StottertherapeutIn

Der Person der StottertherapeutIn wird in der Fachdiskussion bisher zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet und Bedeutung beigemessen. Nach dem Therapieverständnis der ICF ist die therapeutische Beziehung ein entscheidender Wirkfaktor und die Person der StottertherapeutIn mindestens genauso wichtig wie die Methoden. In einem ICF-basierten Therapieverständnis ist die TherapeutIn jemand, die die individuellen Klientenbedürfnisse ermitteln kann, die Therapie konsequent an den individuellen Teilhabezielen und der Alltagsbedeutung des Stotterns ausrichtet und den Therapieerfolg an der verbesserten Lebensqualität im Alltag misst. Im Folgenden werden die Aspekte aufgeführt, die für ein solches therapeutisches Selbstverständnis leitend sind.

### ICF-basiertes Handeln

Die ICF bezieht Prozesse der Diagnose, Therapie, Beratung und Rehabilitation nicht nur auf das Gesundheitsproblem, z.B. beim Stottern die Unterbrechungen des Redeflusses. Sie bezieht sich explizit auch auf

- die physischen und psychischen Anteile, die dieses Gesundheitsproblem kennzeichnen (Körperfunktionen und -strukturen nach ICF),
- die sozial-kommunikativen Bedingungen, unter denen es auftritt und auf die es sich auswirkt (Aktivität und Teilhabe nach ICF)
- auf die Bedingungen der kommunikativen Umwelt, die für die betroffene Person bedeutsam sind (fördernde oder hindernde Umweltfaktoren nach ICF, z.B. Unterstützung durch Eltern, Ausgrenzung durch Kollegen, Versorgung mit Therapie).

Eine ICF-orientierte Praxis muss daher in der Diagnose, Therapie und Beratung der stotternden Person und ihres Umfeldes immer alle Komponenten des Störungssystems berücksichtigen:

Körperfunktion (z.B. Sprechweise, psychische Bewertungen und Belastungen), Aktivität und Partizipation (kommunikative Kompetenz und Teilhabe), Umweltfaktoren (Förderfaktoren und Barrieren im sozialen oder materiellen Umfeld) und personbezogene Faktoren (Reaktionen auf Stottern und individuelles Coping). Einen Schwerpunkt bildet dabei der Transfer

in den Alltag, der therapeutisch anzuleiten und zu begleiten ist.

Im ICF-Verständnis, das Stottern als biopsychosoziales Geschehen betrachtet, wird deutlich, dass ein Stottertherapeut auf unterschiedlichen Ebenen Kompetenzen benötigt.

### Transparenz

Zu Beginn der Therapie klärt die StottertherapeutIn den Klienten über die Rahmenbedingungen (z.B. Regelmäßigkeit und Häufigkeit der Therapie- oder Beratungstermine, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung), voraussichtliche Dauer und Abschluss der Therapie, finanzielle Bedingungen (Honorar, Zahlungsmodus, Verrechnung versäumter Stunden) auf.

Sie vereinbart gemeinsam mit dem Klienten realistische Ziele der Therapie und gibt keine Versprechungen insbesondere bezüglich der Heilung ab.

Sie beschreibt und erklärt den Ablauf, die Methoden und Ziele der Beratung, der Diagnostik und der Therapie.

Sie beantwortet die Fragen so verständlich und ausführlich, wie der jeweilige Klient es benötigt.

Sie bietet Informationsmaterial an, z.B. in Zusammenarbeit anerkannter Fachleute entwickelte und von Organisationen oder Verbänden verbreitete Materialien.

Sie begründet das Vorgehen in der Therapie mit den Ergebnissen der Anamnese und Diagnostik sowie dem Stand der wissenschaftlichen Forschung.

### Gestaltung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung

Die StottertherapeutIn erkennt die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für eine wirkungsvolle Therapie an. Sie bemüht sich um eine symmetrische Beziehungsgestaltung, in der die Kompetenzen des Klienten für seinen kommunikativen Alltag und seine Ressourcen zur Problembewältigung einen hohen Stellenwert haben.

Mit der Besonderheit der therapeutischen Beziehung wird verantwortungsvoll umgegangen.

Die Therapeut-Klient-Beziehung bleibt bei aller möglichen Nähe und ihrer Wichtigkeit für den therapeutischen Prozess eine professionelle Beziehung.

## **Beratung und Unterstützung von Eltern, Angehörigen und kommunikativem Umfeld**

Bei redeflussauffälligen Kindern ist die Beratung und Unterstützung der Eltern ein unverzichtbarer Bestandteil der Therapie. Die Eltern stehen in ihrer Elternrolle und als eigenständige Persönlichkeiten im Blickpunkt der Beratung. Entsprechend geht es in der Diagnose, Therapie und Beratung nicht nur um das Kind, sondern auch um die Bedürfnisse und die Befindlichkeit der Eltern, um ihre Angst, ihre Hilflosigkeit, ihr Verhaltensrepertoire und ihre sonstigen Möglichkeiten.

Da die Eltern redeflussauffälliger Kinder häufig Gefühle der Hilf- und Ratlosigkeit äußern, ist es Aufgabe der Therapie, Unsicherheiten abzubauen und die kommunikativen Ressourcen, Erziehungsressourcen und das Kompetenzgefühl zu stärken.

Die StottertherapeutIn gibt den Eltern ausreichend Zeit und Gelegenheit, ihre Sichtweisen, Perspektiven und Änderungswünsche zu äußern und sie bezieht diese in die Therapieplanung ein.

Zur Herstellung der Therapie-Transparenz und zur Transferunterstützung erläutert sie die Therapieziele und -methoden ausführlich und sie ermöglicht die Teilnahme an therapeutischen Sitzungen, wenn dies sinnvoll ist. Sie leitet die Eltern zu sprachflüssigkeitsförderndem Kommunikationsverhalten im familiären Alltag an und sie unterstützt sie bei ihren Bemühungen, dem Kind einen nicht-ausgrenzenden kommunikativen Alltag zu bieten. Sie bietet Informationen und Beratungsgespräche für weitere Angehörige, für interessierte Personen des kommunikativen Umfelds und für professionelle Erziehungspartner (z.B. LehrerInnen oder ErzieherInnen) an.

## **Überprüfung der Therapieerfolge**

Die StottertherapeutIn reflektiert und dokumentiert kontinuierlich den Therapieprozess. Dabei gleicht sie die individuellen Ziele des Klienten und den therapeutischen Prozess fortlaufend ab, um auf positive Entwicklungen, aber auch längerer Stagnation, Rückfälle oder ungünstige Entwicklungen des Therapieprozesses angemessen reagieren zu können. Sie ist in der Lage, erforderliche Modifikationen im therapeutischen Angebot durchzuführen. Ist über Monate keine günstige Entwicklung in einer oder mehreren Komponenten des

biopsychosozialen Gefüges herzustellen, stellt sie die Weiterführung der Therapie in Frage und klärt mit dem Klienten, aber auch in interdisziplinären Gesprächen, ob und welches andere therapeutische Angebot eventuell vorrangig notwendig ist.

Falls erforderlich, hilft sie bei der Suche nach einer KollegIn oder einer anderen therapeutischen Institution.

## **Evaluation**

Eine abschließende Evaluation des Therapieprozesses und der erreichten Ergebnisse ist unverzichtbarer Bestandteil der Qualitätssicherung.

Die Evaluation erfolgt mit zeitlichem Abstand zum Therapieprozess, um der Zeitabhängigkeit von Veränderungen gerecht zu werden bzw. die Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen zu überprüfen.

Die ICF-basierte Betrachtung von Stottern und anderen Redeflussstörungen bedeutet für die Evaluation der Therapie insbesondere, dass Instrumente zur Messung der Körperfunktion (z.B. Beurteilung der Sprechweise, Symptommhäufigkeit) alleine nicht ausreichen. Die Beurteilung der kommunikativen Kompetenzen, der Partizipation, der Umweltfaktoren und der personbezogenen Faktoren sind wichtiger Bestandteil der Therapieevaluation. Die Verbesserung der Lebensqualität, der Partizipation und der kommunikativen Sicherheit im Alltag des Klienten sind nach ICF die Kriterien, an denen der Therapie-Erfolg zu messen ist. Diese Kriterien lassen sich nicht standardisiert erfassen, sondern unterliegen der subjektiven Bewertung durch den Klienten, der sie bei der Erfassung der Klientenzufriedenheit äußern kann. Diese Erfassung kann z.B. mit Hilfe von Fragebögen geschehen (Die ivs plant, ihren Mitgliedern als eine Art Serviceleistung mit der Bereitstellung geeigneter Evaluationsmaterialien und mit Auswertungshilfen zu unterstützen).

## **Intervision oder Supervision**

Für die StottertherapeutIn sind regelmäßige Intervisionen oder Supervisionen zur Reflexion ihres beruflichen Handelns selbstverständlich.

Diese sollten nach ivs-Standard einen Umfang von mindestens 24 Unterrichtseinheiten innerhalb von 3 Jahren haben.

## Die Kompetenzen einer StottertherapeutIn

Die persönlichen Kompetenzen der StottertherapeutIn sind wesentliche Voraussetzungen für eine förderliche Klient-Therapeut-Beziehung.

Als „Kompetenzen“ bezeichnet man die Gesamtheit von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ein angemessenes Handeln zum Erreichen von Zielen ermöglicht.

Die Ivs-Leitlinien dienen dazu, diese vielfältigen Kompetenzen möglichst transparent zu machen. Idealerweise verfügt eine StottertherapeutIn über ausreichende Fach-, Sozial- und Selbstkompetenzen, deren redeflussbezogenen Kriterien im Folgenden näher beschrieben werden.

### Fachkompetenz

Fachkompetenz ist die Fähigkeit, berufstypische Aufgaben und Sachverhalte den theoretischen Anforderungen gemäß selbstständig und eigenverantwortlich zu bewältigen.

Fachkompetenz schließt die häufig verwendeten Begriffe der Wissens- und Methodenkompetenz ein.

Die StottertherapeutIn sollte über folgende Fachkompetenz verfügen:

### Fachwissen

Eine StottertherapeutIn

- verfügt über differenziertes aktuelles Fachwissen, insbesondere über die Entstehung und Entwicklung der Störung, Ursachen, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren, physiologischen Sprechablauf, über Dimensionen des biopsychosozialen ICF-Modells, Kommunikations- und Lernmodelle
- sorgt dafür, bezüglich des eigenen Fachwissens auf dem neuesten Stand zu sein
- verfügt über Kompetenzen zur eigenständigen Wissensaneignung und nimmt regelmäßig an Fortbildungen teil
- bezieht in der Diagnostik, Beratung und Therapie alle Dimensionen des biopsychosozialen ICF-Modells ein
- kennt auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierte Diagnostik- und Therapieverfahren und kann sich methodenkritisch mit ihnen auseinandersetzen

- ist in der Lage, seine Methodenwahl flexibel an die Bedürfnisse des Klienten anzupassen.

### Diagnostik

Eine StottertherapeutIn

- sammelt Daten (Defizite und Ressourcen) über Sprechweise, kommunikative Kompetenz und Partizipation, psychische Reaktionen auf Stottern und Begleitverhalten, fördernde und hindernde Umweltfaktoren
- kann primäre von sekundären Stotter-symptomen unterscheiden und erkennt verdeckte Symptome
- kann die ermittelten Informationen strukturieren und daraus Hypothesen entwickeln
- kennt psychisch bedingte Störungen, kann sie von Redeflussstörungen abgrenzen und ggf. weiterverweisen.

### Beratung und Auftragsklärung

Eine StottertherapeutIn

- beherrscht Methoden, mit denen sie neben den geäußerten auch verdeckte Erwartungen und Ziele erkennen kann
- ist in der Lage, individuelle Ziele des Klienten zu erheben und sie mit den fachlich begründeten Zielsetzungen abzugleichen, um mit dem Klienten zu einer gemeinsamen Zielstellung zu kommen
- kann beurteilen, ob eine Stottertherapie die richtige Maßnahme ist
- kann beurteilen, ob sie als StottertherapeutIn und mit ihrem Methoden-repertoire die richtige Person für den jeweiligen Klienten ist
- kann aus dem Befund Prognosekriterien ableiten und entsprechend beraten
- führt Aktivitäten im Bereich Prävention/Beratung aus und koordiniert diese (z.B. auch Beratung an Schulen, Elternberatung in Gruppen, Informationsveranstaltungen und Pressearbeit).

## Therapie

### Eine StottertherapeutIn

- stellt den Bedarf an und die Notwendigkeit von sekundärer und tertiärer Prävention im Bereich Stottern fest
- verfügt über Kenntnisse über die spezifischen Auswirkungen der Behinderung Stottern in Kommunikation, Partizipation und gesellschaftlichen Bezügen, erfasst die individuell bestehenden Problemlagen und bezieht diese in die Therapieplanung mit ein
- kann Maßnahmen zur Verbesserung des Redeflusses auf sprechmotorischer Ebene sicher anwenden und vermitteln
- führt Maßnahmen zum Abbau von Begleit- und Folgesymptomatik durch
- verfügt über vielfältiges Methodenwissen und Therapiebausteine zur Förderung der kommunikativen Kompetenz und Partizipation
- verfügt über Angebote zur Verbesserung der Bewältigungsstrategien auf kognitiver und emotionaler Ebene (günstige Bewertung, Abbau von Scham und Angst, Veränderung von negativem Selbstbild, Stärkung von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen)
- hat ein differenziertes Wissen über Kommunikation, prozess- und lösungsorientierte Gesprächsführung und kann dieses Wissen sicher in Handlungskompetenz umsetzen
- verfügt über Kompetenzen zur Arbeit mit dem Umfeld (Kooperation mit Eltern, Beratung von Erzieherinnen, Lehrern, Ärzten und anderen Multiplikatoren)
- verfügt auch über grundlegende psychologische oder psychotherapeutische Interventions-Methoden
- führt Therapie nicht nur im Therapieraum durch, sondern bezieht alltägliche, reale Kommunikationssituationen ein
- unterstützt gezielt die Motivation zur Veränderung
- leitet zu Eigenarbeit an und nutzt dazu therapeutische Aufgaben und In-vivo-Therapie
- kann als Therapeut als gutes Modell für eine gelungene Kommunikation mit (Rest-) Stottern fungieren
- verfügt über ein breites Repertoire an Methoden zur Veränderung auf verschiedenen Ebenen und wählt für jeden Klienten die geeignete Methode(n), Inhalte und Form (z.B. Gruppentherapie, individuelle

Therapie, indirekte Therapie, direkte Therapie)

- plant und führt Interventionen durch, die von der bewussten Wahrnehmung ausgehen und die zur bewussten Wahrnehmung hinführen
- plant und führt Interventionen durch, die die Aufmerksamkeit auf das gegenwärtige Geschehen lenken
- initiiert Nachsorge und Rückfallprophylaxe
- kann das therapeutische Vorgehen reflektieren und gegebenenfalls modifizieren
- ist sich Kontraindikationen oder Therapie behindernder Faktoren bewusst und bezieht diese in die Behandlung und Beratung mit ein
- stellt Stagnationen im Therapieprozess fest und kann diese auf Sach- und Beziehungsebene analysieren. Sie kann in der Folge das therapeutische Vorgehen modifizieren oder überweist den Klienten oder beendet die Therapie
- führt auf Wunsch eine "second opinion" durch und berichtet dem Überweisenden Arzt, dem Therapeuten und/oder dem Klienten
- unterrichtet KollegInnen aus anderen Fachdisziplinen oder Eltern über das bestehende Angebot der Therapie und Beratung und berät in dieser Sache
- pflegt ein Netzwerk mit verschiedenen Fachvertretern und Behörden innerhalb und außerhalb der eigenen Institution zu Gunsten des Klienten
- pflegt guten Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- verfügt über Kenntnisse über Stigmatisierungs- und Tabuisierungsprozesse bei Stottern als gesellschaftliches Problem; wirkt auf gesellschaftlicher Ebene auf einen Abbau des Stereotyps "des Stotterers" hin
- nimmt einen dem aktuellen Forschungs- und Wissensstand entsprechenden Standpunkt gegenüber nicht wissenschaftlich fundierten Theorien und Behandlungen ein
- richtet die Praxis oder die Abteilung stottererspezifisch ein und verwaltet die für redeflussgestörte Klienten erforderlichen Materialien, Instrumente und Apparaturen.

## Qualitätssicherung

Eine StottertherapeutIn

- hat die wirtschaftliche Freiheit und Selbstverpflichtung, Aufträge abzulehnen
- hat den Selbstanspruch, jede Sitzung systematisch zu dokumentieren und auszuwerten
- nimmt regelmäßig an (kollegialer) Supervision teil
- kann entscheiden, wann er eine spezielle Weiterbildung in Anspruch nehmen möchte.

## Sozialkompetenz

Sozialkompetenz bezeichnet den Komplex aller persönlichen Fähigkeiten und Einstellungen, die dazu beitragen, das eigene Verhalten von einer individuellen auf eine gemeinschaftliche Handlungsorientierung hin auszurichten.

Die StottertherapeutIn sollte über folgende Sozialkompetenz verfügen:

Eine StottertherapeutIn

- kann soziale Beziehungen moralisch verantwortet gestalten
- kann das Spannungsfeld zwischen hilfreicher, empathischer Nähe und notwendiger Distanz ausbalancieren
- kann eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen und den Klienten authentisch Wertschätzung entgegenbringen
- kann seine Gedanken verständlich vermitteln und visualisieren
- kann sich verbal und nonverbal auf das Verhalten des Klienten einstellen
- kann Feedback über Stärken, Schwächen, Potenziale geben
- arbeitet ressourcenorientiert
- macht seine Ansichts- und Arbeitsweise transparent
- bezieht das Umfeld und den Alltag des Klienten in die Therapie ein
- kann (Kommunikations-) Muster der zu Beratenden erkennen (Fremdwahrnehmung)
- erkennt die Prozesse zwischen dem Klienten und sich (Prozesswahrnehmung)
- kann den interdisziplinären Austausch initiieren

## Selbstkompetenz

Selbstkompetenz ist die Bereitschaft und Befähigung zur kritischen Selbstwahrnehmung und Selbstbehauptung im beruflichen Kontext und die Fähigkeit, diese verantwortlich und werteorientiert wahrzunehmen. Selbstkompetenz bedeutet weiter, eigene Fähigkeiten und Stärken zu kennen und damit situationsgerecht umgehen können.

Die StottertherapeutIn sollte über folgende Selbstkompetenz verfügen:

Eine StottertherapeutIn

- nimmt regelmäßig an (kollegialer) Supervision teil und entwickelt ein kritisches reflektives Verhalten in Bezug auf das eigene Handeln
- erkennt die Grenzen des eigenen Handelns und beachtet diese in der Behandlung
- ist in der Lage, das Fachwissen anderer Disziplinen in eine Behandlung einzubeziehen, wenn dies erforderlich scheint
- ist sich über eigene innere Prozesse im therapeutischen Kontext gewahr (Selbstwahrnehmung und Selbstreflexionsfähigkeit)
- kann die Auswirkungen des Stotterns auf sich selbst in der Kommunikation mit stotternden Personen bewusst wahrnehmen und ungünstigen eigenen Impulsen entgegensteuern
- reflektiert den therapeutischen Prozess
- reagiert adäquat auf Stagnation im Therapieprozess
- zeigt Interesse für das Stottern und dessen Psychodynamik
- zeigt Bereitschaft, sich selbst (Selbsterkenntnis) und die Therapeut-Klient-Beziehung besser kennen zu lernen
- ist sich über eigene Ängste, Freuden, Stärken, Schwächen, den eigenen Leistungsanspruch, den eigenen Umgang mit Druck und das eigene Kontrollbedürfnis bewusst und kann die Auswirkungen derartiger Zustände und Befindlichkeiten im therapeutischen Prozess bewusst wahrnehmen und ungünstigen eigenen Impulsen gegensteuern.

## Verpflichtung zur Einhaltung der Leitlinien

Zertifizierte StottertherapeutInnen (ivs) verpflichten sich zur Einhaltung dieser Leitlinien.

Die Einhaltung der Leitlinien wird durch ein entsprechendes Formular nachgewiesen und

muss zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung alle drei Jahre erneuert werden.

Für nicht zertifizierte StottertherapeutInnen haben die ivs-Leitlinien einen empfehlenden Charakter.

## Ansprechperson

Stefan Siewing

2. ivs-Vorsitzender

E-Mail: [info@ivs-online.de](mailto:info@ivs-online.de)

gez.

ivs-Vorstand

Im April 2009