

Auswirkung der „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ auf die Stottersymptomatik

Eine multiple Fallstudie mit Jugendlichen und Erwachsenen

Sonja-Marie Schütz

ZUSAMMENFASSUNG. Die umfassende Kommunikationsstörung Stottern betrifft ca. ein Prozent der Weltbevölkerung, somit 800 000 Menschen in Deutschland. Die Symptomatik des Stotterns ist weitreichend, die psychische Belastung aufgrund der beeinträchtigten Kommunikationsfähigkeit und der Stigmatisierung sehr hoch. Im Rahmen der Bachelorarbeit der Autorin wurde die Wirkung der „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ nach Sabine Schütz untersucht. Anhand einer multiplen Fallstudie mit insgesamt neun Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 12 bis 26 Jahren konnte mit einer hohen Signifikanz die Wirksamkeit der Intensivtherapie nachgewiesen werden. Diese Erfolge beziehen sich sowohl auf den Schweregrad des Stotterns als auch auf die psychosoziale Belastung. Im Rahmen der Bachelorarbeit war keine Betrachtung des Langzeiterfolgs der Therapie möglich. In diesem Artikel wird die Auswertung der Bachelorarbeit um die Ergebnisse nach einem Jahr nach der Therapie erweitert. Schlüsselwörter: D.E.L.P.H.I.N.-Therapie – Stottertherapie – Wirksamkeit – Schweregrad Stottern – psychosoziale Belastung

Sonja-Marie Schütz ist

akademische Sprachtherapeutin. Ihr Studium absolvierte sie von 2010 bis 2014 an der Hochschule Fresenius in Idstein. Nach ihrem Abschluss stieg sie in die Praxis für Logopädie und das Stottertherapiezentrum Sabine Schütz mit ein, die nun als Gemeinschaftspraxen geführt werden.



Einleitung

Stottertherapie durch Logopäden erfolgt in der Regel nach dem Heilmittelkatalog. Dieser sieht für das Störungsbild Stottern mit dem Indikationsschlüssel RE1 mindestens eine Sitzung pro Woche vor, möglichst in Gruppen (*Heilmittelkatalog* 2011). In einer aktuellen Studie von Euler et al. (2014) wird darauf hingewiesen, dass diese unspezifische Arbeitsweise von Logopäden in Deutschland nur sehr begrenzt effektiv ist. Mehr Erfolg kann bei der Anwendung von Modifikationstechniken oder Fluency-Shaping-Verfahren in Gruppentherapie erwartet werden.

Die Modifikation, der sogenannte „Non-Avoidance-Ansatz“, wurde von van Riper in den 80er Jahren nach Deutschland gebracht. Ziel dieses Ansatzes ist *flüssiges Stottern*. Es sollen Ängste abgebaut und Techniken erlernt werden, mit denen man sich aus einer Blockade heraushelfen kann. Das Stottern an sich bleibt jedoch vorhanden.

Das Fluency-Shaping verfolgt das Ziel des *flüssigen Sprechens*. Dies soll mit Hilfe einer neuen Sprechweise erreicht werden. Es gibt mittlerweile verschiedene Fluency-Shaping-Ansätze, die alle eine eigene Sprechweise entwickelt haben. Der wohl bekannteste Vertreter dieses Ansatzes ist die „Kasseler Stottertherapie (KST)“, die als Ziel *weiches Sprechen* hat. Diese Therapie wurde bereits wissenschaftlich begleitet und führte bei der

Mehrheit zu positiven Erfolgen, jedoch nicht zur Heilung (Euler et al. 2009).

Die „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ gehört zu den Fluency-Shaping-Verfahren. Sie wurde von Sabine Schütz entwickelt und wird von ihr seit 28 Jahren angewendet. Angeboten wird sie im Stottertherapiezentrum in Langenbach bei Kirburg (Westerwald) für Kinder ab acht Jahren, Jugendliche und Erwachsene. Diese Gruppentherapie gegen Stottern zählt auch zu den Fluency-Shaping-Ansätzen, die das Ziel des flüssigen Sprechens verfolgen. Die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie verfolgt jedoch nicht nur das Ziel, dass die Wörter flüssig ausgesprochen werden können, sondern will *gänzlich normales Sprechen in allen Stresssituationen* erreichen. Damit unterscheidet sich diese Therapie von allen anderen Ansätzen, die in Deutschland praktiziert werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird zunächst eine neue Sprechweise gelernt, die eine Brücke vom Stottern zum normalen Sprechen darstellt. Es handelt sich also nicht um eine „aufgesetzte“ Sprechweise. Das falsch programmierte neurologische Sprachsystem kann nur durch eine Umprogrammierung des Sprachsystems ersetzt werden (Thyme-Frokjaer & Frokjaer-Jensen 2011). Die neue Sprechweise geht in das Unterbewusstsein über und flacht durch das Anwenden in allen Situationen ab, bis das Sprechen nicht

nur flüssig, sondern auch normal ist. Im Anschluss an die dreieinhalbwöchige Intensivphase der Therapie folgen mehrere Kontroll- und Stabilisierungstage in unterschiedlichen Abständen, um den Erfolg zu halten und zu festigen. Eine Gruppe umfasst ca. 10 Teilnehmer mit jeweils einer Begleitperson (Gutmann 2012).

Der Name D.E.L.P.H.I.N. steht für die einzelnen Komponenten der Therapie und der Sprechweise. Die Charakteristik der Sprechtechnik gleicht durch die Komponenten „Schwung“ und „Loslassen“ der Bewegung eines aus dem Wasser springenden Delphins.

D – Deblockierungsimpuls

E – Entspannung nach Jacobson

L – Logopädie

P – Patientenorientiert

H – Hör-Wahrnehmungstraining

I – Intensität

N – Nasaler Schwingungsakzent

Die neue, vorübergehende Sprechweise ist in vier Sprechstufen unterteilt und besteht aus zwei neuen Formen der Stimmgebung, die das Verkrampfen der Stimm Lippen verhindern. In der ersten Therapiestunde wird der Deblockierungsimpuls erlernt, der die *erste Sprechstufe* darstellt. Ab dieser Stunde wird die Sprechweise in allen Situationen angewendet. Da auch Mitbewegungen ab der ersten Sprechstufe nicht mehr sichtbar sind,

ist der Ausstieg aus dem Stottern geschafft. (Schütz 2008).

Für die *zweite Sprechstufe* wird der nasale Schwingungsakzent hinzugefügt, wodurch ein besserer Sprechrhythmus erreicht wird. Der Rhythmus gleicht nun der Bewegung der Delphine, Schwung und Loslassen, und bildet einen Sprechfluss und -rhythmus, was während des Stotterns nicht möglich ist. Daraus entwickelt sich die neue Sprechsicherheit. Das Sprechen der Kursteilnehmer ist nun flüssig, aber durch die veränderte Sprechweise noch auffällig (Schütz 2008).

Während der Therapiezeit automatisiert sich die Sprechweise und die Technik flacht langsam etwas ab. Die Reduzierung der hörbaren Elemente der Sprechweise wird gezielt eingeübt, woraus die *dritte Sprechstufe* entsteht. Durch das stetige Anwenden dieser neuen Sprechweise wird sie für die Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen zu ihrem eigenen Sprechen.

Die *vierte Sprechstufe* erwächst aus der täglichen Umsetzung und Übung nach der Intensivphase, wenn die Teilnehmer wieder in ihren Alltag zurückkehren (Gutmann 2012, Schütz 2008).

Um die Hör-Wahrnehmung gezielt zu verbessern, findet in der Therapiephase täglich Training in einem Sprachlabor statt, in dem sich die Therapieteilnehmer selbst hören und über die Kopfhörer von den Logopädinnen korrigiert werden. Das neue Sprechen wird auch in Stresssituationen wie dem Vortragen von Referaten und Ansprachen, dem Telefonieren, Einkaufen und Sprechen mit Fremden trainiert, um bereits in der Therapiezeit einen Transfer in den Alltag einzuleiten und die mit

dem Sprechen verbundenen Ängste abzubauen.

Da Stottern nicht nur eine Kommunikations-, sondern auch eine Koordinationsstörung ist, finden neben der reinen Sprechtherapie auch koordinative Elemente durch einen Ergotherapeuten Berücksichtigung. Auch das Europäische Trommeln unterstützt die Koordination und Konzentration, da hierbei der Handwechsel im Rechts-links-Rhythmus stattfindet und so die Hemisphären verbindet (Schütz 2008). Die integrierte Progressive Muskelentspannung nach Jacobson soll den Betroffenen helfen, ihre Spannungszustände besser wahrzunehmen und diese in Entspannung umzuwandeln.

Durch ausgeprägte Ängste und Mitbewegungen leiden stotternde Menschen selbst in Ruhesituationen häufig an Spannungszuständen (Thyme-Frokjaer & Frokjaer-Jensen 2011). Sabine Schütz hat die Akzentmethode nach Svend Smith modifiziert und an die Sprechstufen angepasst. Diese Stimmübungen entspannen die Artikulationsorgane und verbessern deren Koordination.

Einer der wichtigsten Bausteine der Therapie ist die intensive Arbeit mit den Eltern. Während der Intensivphase können sich diese ganz auf ihr Kind konzentrieren und werden täglich in den Ablauf der Therapieeinhalte eingebunden, sodass sie immer wissen, auf welchem Stand ihr Kind gerade ist und wie sie es korrigieren und unterstützen können. Zusätzlich werden die Eltern auf die Zeit nach der Therapie vorbereitet, um ihren Kindern im Alltag eine adäquate Unterstützung für die Zeit bis zum normalen Sprechen zu sein (Merhaut 2012).

Fragestellungen

Um die Wirksamkeit der Stottertherapie nach Sabine Schütz nachzuweisen, wurden zwei Fragen entwickelt. Um das Gesamtbild des Stotterns abzudecken, wird sowohl auf die Primärsymptomatik, als auch die psychosoziale Belastung eingegangen:

- Wie wirkt sich die dreieinhalbwöchige Stotterintensivtherapie D.E.L.P.H.I.N. auf den *Schweregrad* des Stotterns in der Spontansprache stotternder Jugendlicher und Erwachsener aus?
- Wie wirkt sich die dreieinhalbwöchige Stotterintensivtherapie D.E.L.P.H.I.N. auf die *psychosoziale Belastung* stotternder Jugendlicher und Erwachsener aus?

Methode

Probanden

Probanden der multiplen Fallstudie waren Teilnehmer eines Intensivkurses bei Sabine Schütz im Zeitraum vom 20.11.2013 bis zum 13.12.2013. Voraussetzung für die Teilnahme an der Therapie war ein hoher Leidensdruck, verbunden mit einer hohen Motivation, etwas an dem Sprechen ändern zu wollen. Es durfte außerdem keine geistige Beeinträchtigung vorliegen. In diesem Kurs gab es neun Teilnehmer im Alter von 12 bis 26 Jahren. Unter den Probanden befanden sich acht Jungen und ein Mädchen. Alle Probanden wurden bereits über mehrere Jahre ohne Erfolg durch Logopädie und andere Therapien gegen Stottern behandelt. Alle zeigten einen hohen Leidensdruck und fühlten sich gemobbt.

Kommunikationshilfen für Groß und Klein

- Überregionale, persönliche Erprobungen bei Ihnen vor Ort
- Kostenlose Schulungen in Ihrer Praxis / Klinik



Kommunikation | Rollstuhlsondersteuerung | Umfeldsteuerung | Arbeitsplatzausstattung



www.talktools-gmbh.de

Duisburg 0203 71355720 Berlin 030 45020764 Hamburg 04321 8526490

Material und Methoden

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden alle neun Probanden zu drei Messzeitpunkten untersucht: am ersten Therapietag, am letzten Therapietag und 11 Wochen nach der Intensivtherapie. Diese Messzeitpunkte konnten nun um einen weiteren ergänzt werden: 1 Jahr nach der Therapie. Zu allen vier Zeitpunkten wurde jeder Proband interviewt und gefilmt, um den Schweregrad des Stotterns anhand des „Stuttering Severity Instruments (SSI-3)“ nach Riley (deutsche Übersetzung Sandrieser & Schneider 2008) erheben zu können. Außerdem wurde der „Fragebogen zum Sprechen (FzS)“ nach Cook (2013) ausgefüllt, um die psychosoziale Belastung einschätzen zu können.

Ergebnisse

Schweregrad

In der Tabelle 1 sind die Ergebnisse des Stotterschweregrades zu allen vier Zeitpunkten (T0 bis T3) dargestellt. Die Punktwerte 0 bis 9 des SSI-3 lassen sich wie folgt interpretieren:

- 0 = kein Stottern
- 1 und 2 = sehr leichtes Stottern
- 3 und 4 = leichtes Stottern
- 4 und 5 = mittelschweres Stottern
- 6 und 7 = schweres Stottern
- 8 und 9 = sehr schweres Stottern.

Den Verlauf des Schweregrades zeigt die Abbildung 1. Anhand dieser Darstellung kann man erkennen, dass der Schweregrad bei fast allen Probanden vor der Therapie (T0) mit einem Mittelwert von 6,7 sehr ausgeprägt war. Bis zum letzten Therapietag (T1) ist ein deutliches Fallen des Schweregrades sichtbar. Lediglich ein Proband zeigt noch eine sehr leichte Stottersymptomatik. Der Mittelwert liegt nun bei 0,1. Auch 11 Wochen nach der Therapie (T2) sind die Erfolge geblieben. Sieben der neun Proban-

■ **Tab. 1: Verlauf des Stotterschweregrades, erhoben anhand SSI (nach Riley)**

Probanden	Zeitpunkt			
	T0	T1	T2	T3
A.H.	6	0	0	0
C.R.	1	0	0	0
C.G.	6	0	0	0
C.K.	9	1	1	0
F.B.	9	0	0	0
M.M.	7	0	0	0
S.O.	6	0	1	0
S.T.	9	0	0	–
Y.R.	7	0	0	2

den zeigen keine Stottersymptome mehr, zwei zeigen eine sehr leichte Stottersymptomatik. Der Mittelwert nach 11 Wochen liegt bei 0,4.

Ein Jahr nach der Therapie (T3) ist sichtbar, wie nachhaltig der Erfolg durch die Intensivtherapie ist. Acht der neun Probanden konnten zu diesem Zeitpunkt erneut untersucht werden und lediglich ein Proband (Y.R.) zeigt noch eine sehr leichte Symptomatik, was einem mittleren Schweregrad von 0,25 entspricht. Der Proband S.T. konnte zu diesem Messzeitpunkt nicht untersucht werden. Alle anderen Probanden zeigen keine Stottersymptomatik mehr.

Um die Signifikanz dieser Ergebnisse zu errechnen, wurde die Rangvarianzanalyse nach Friedman errechnet. Mit einem Wert von $\chi^2=20,368$ gibt es einen hohen signifikanten Unterschied zwischen T0 und T1/T2/T3. Mit dem Vorzeichenrangtest nach Wilcoxon wurde zudem ermittelt, dass es signifikante Unterschiede zwischen T0 und T1 ($\alpha=0,007$), sowie zwischen T0 und T2 ($\alpha=0,008$), und auch zwischen T0 und T3 ($\alpha=0,006$) gibt.

■ **Tab. 2 : Ergebnisse der psychosozialen Belastung, erhoben durch FzS (nach Cook)**

Probanden	Zeitpunkt			
	T0	T1	T2	T3
A.H.	9	6	5	1
C.R.	9	8	8	0
C.G.	9	7	6	1
C.K.	8	7	6	2
F.B.	9	4	4	6
M.M.	5	5	4	5
S.O.	5	5	5	1
S.T.	8	6	6	–
Y.R.	6	6	6	3

Ergebnisse psychosoziale Belastung

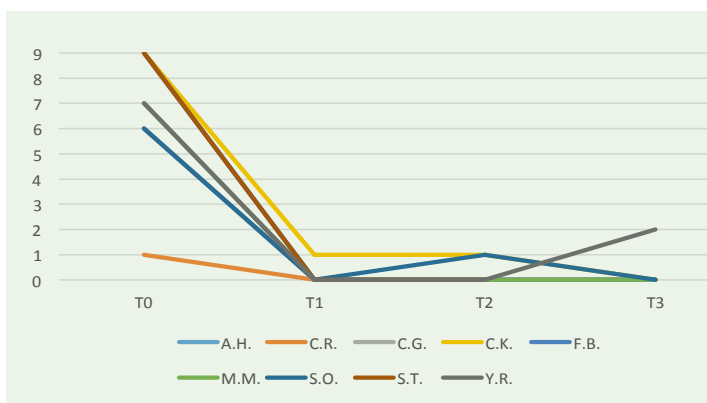
Die Tabelle 3 fasst die Ergebnisse der psychosozialen Belastung zusammen. Ihre Werte sind folgendermaßen gestuft:

- 1 = sehr mild
- 2 = sehr mild bis mild
- 3 = mild
- 4 = mild bis mittel
- 5 = mittel
- 6 = mittel bis schwer
- 7 = schwer
- 8 = schwer bis sehr schwer
- 9 = sehr schwer.

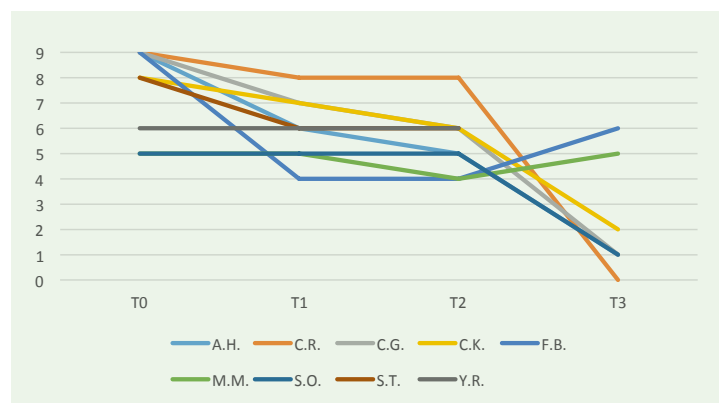
Den Verlauf der psychosozialen Belastung zeigt die Abbildung 2.

Aus der Tabelle und der Grafik geht hervor, dass die psychosoziale Belastung der neun Probanden durch das Stottern vor der Therapie im Schnitt bei 7,6 und somit bei „schwer“ bis „sehr schwer“ liegt. Der Unterschied zu den nächsten drei Messzeitpunkten ist hier nicht ganz so deutlich, wie es bei dem Schweregrad des Stotterns zu beobachten war. Aber auch hier sind besonders bei dem letzten Messzeitpunkt deutliche Fortschritte zu sehen. Die durchschnittliche

■ **Abb. 1: Verlauf des Stotterschweregrades, erhoben anhand SSI (nach Riley)**



■ **Abb. 2: Verlauf der psychosozialen Belastung, erhoben anhand FzS (nach Cook)**



psychosoziale Belastung liegt bei T1 bei 6, bei T2 bei 5,6 und bei T3 nur noch bei 2,2, also „sehr mild“ bis „mild“.

Auch für die psychosoziale Belastung wurde die Signifikanz geprüft. Der Friedman-Test ergab einen χ^2 -Wert von 14,364, der somit ebenfalls signifikant ist. Im Wilcoxon-Test konnte zwischen T0 und T1 ein Wert von $\alpha=0,027$ erreicht werden, der signifikant ist. Zwischen T0 und T2 wurde ein signifikanter Wert von $\alpha = 0,018$ erreicht. Bei T3 konnten zu allen anderen Zeitpunkten signifikante Unterschiede festgestellt werden bei α -Werten zwischen 0,018 und 0,035.

Diskussion

Durch diese multiple Fallstudie konnte gezeigt werden, dass die Stottertherapie D.E.L.P.H.I.N. einen positiven Einfluss auf den Schweregrad des Stotterns und auch die psychosoziale Belastung hat. Keiner der neun Probanden hat nach der Therapie einen annähernd hohen Schweregrad des Stotterns wie vor der Therapie. Der Erfolg hielt auch nach 11 Wochen noch an und auch nach einem Jahr sprechen sieben der neun Probanden flüssig. Nur einer von ihnen zeigt noch eine geringe Stottersymptomatik, was in Hinblick auf die Eingangssymptomatik auch ein großer Erfolg ist.

Ähnliche Ergebnisse liegen auch für die psychosoziale Belastung vor. Vor der Intervention war die Einschätzung des Schweregrades der psychosozialen Belastung im Schnitt „schwer“ bis „sehr schwer“. Man könnte vermuten, dass es einen Zusammenhang zwischen der hohen psychosozialen Belastung und dem hohen Schweregrad des Stotterns gibt. Aber auch die Probandin C.R., die nur ein sehr leichtes Stottern aufwies, gibt eine sehr hohe psychische Belastung an. Dies deckt sich mit den Forschungsergebnissen

von Craig et al. (2009). Auch sie stellten fest, dass die psychosoziale Belastung unabhängig vom Schweregrad des Stotterns ist.

Anders als von Rosenberger et al. (2007) beschrieben, kann man an diesen Probanden erkennen, dass sich die psychosoziale Belastung bereits nach 3 Wochen reduziert und nicht erst nach 4 Monaten. Nach elf Wochen konnte eine weiter sinkende Tendenz festgestellt werden und nach einem Jahr sieht man teilweise sehr große Unterschiede gegenüber dem Beginn der Therapie.

Schlussfolgerung aus diesen Ergebnissen ist, dass sich die D.E.L.P.H.I.N.-Therapie ebenfalls positiv auf die psychosoziale Belastung auswirkt.

Zusammenfassung und Ausblick

Untersucht wurde in dieser multiplen Fallstudie das Gesamtkonzept der D.E.L.P.H.I.N.-Therapie. Die Auswertung wies bei neun Probanden signifikante, sehr positive Ergebnisse auf. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs kann diese Wirksamkeit nicht als allgemeingültig deklariert werden. Dennoch ist diese Studie ein Anfang der wissenschaftlichen Begleitung dieses Konzeptes. Sie lässt eine deutliche Tendenz erkennen, dass sich diese Therapie sowohl auf den Schweregrad als auch auf die psychosoziale Belastung durch das Stottern sehr positiv auswirkt. Der Ausbau der Evaluation zu diesem Therapiekonzept erfolgt durch die Kommunikationsklinik an der Johannes Gutenberg Universität Mainz unter wissenschaftlicher Leitung von Univ.-Prof. Dr. med. Annerose Keilmann, Leiterin der Kommunikationsklinik in Mainz. Die Studie hat im Januar 2014 begonnen und ist auf drei Jahre angelegt. Die ersten Ergebnisse werden im Frühjahr 2015 vorliegen.

LITERATUR

- Cook, S. (2013). Fragebogen zur psychosozialen Belastung durch das Stottern für Kinder und Jugendliche. *Logos* 21 (2), 79-105
- Craig, A., Blumgart, E. & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders* 34, 61-71
- Euler, H., Lange, B., Schroeder, S. & Neumann K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders* 39, 1-11
- Euler, H., von Gudenberg, A., Jung, K. & Neumann, K. (2009). Computergestützte Therapie bei Redeflussstörungen: Die langfristige Wirksamkeit der Kasseler Stottertherapie (KST). *Sprache-Stimme-Gehör* 33, 193-201
- Gutmann, P. (2012). Vom Glück, zu sprechen. *Gesundheitsnachrichten*, 3, 14-17
- Heilmittelkatalog (2011). *RE1 Stottern*. www.heilmittelkatalog.de/files/hmk/logo/re1.htm (27.05.2014)
- Merhaut, C. (2012). Miteinander stotterfrei sprechen. *mitSPRACHE* 44 (2), 5-23
- Rosenberger, S., Metten, C. & Schulte, K. (2007). Stotterintensivtherapie Susanne Rosenberger – Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Forum Logopädie* 21, 20-25
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- Schütz, S. (2008). D.E.L.P.H.I.N. – ein anderer Ansatz in der Stottertherapie: flüssig Sprechen von Anfang an. *Forum Logopädie* 22 (2), 22-25
- Thyme-Frokjaer, K. & Frokjaer-Jensen, B. (2011). *Die Akzentmethode in Theorie und Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner

SUMMARY. Effects of the „D.E.L.P.H.I.N. therapy“ on the symptoms of stuttering – A multiple case study with adolescents and adults

Approx. 1 % of the world population is affected by the comprehensive communication disorder stuttering thus 800,000 adults in Germany. The symptoms of stuttering are extensive; the psychological stress due to the impaired ability to communicate and to the resulting stigmatization is very high. In this bachelor thesis the author analyzed the effects of the „D.E.L.P.H.I.N. Therapy“ developed by Sabine Schütz. By means of a multiple case study with a total of nine adolescents and adults in the age between 12 and 26 years a high significance of this intensive therapy could be proved. The successes of the therapy not only refer to the severity of the stuttering but also to the implicated psycho-social stress. Within the bachelor thesis the consideration of long-term successes of the therapy was not possible. This article, however, updates the analysis of the bachelor thesis with the results one year after the therapy.

KEY WORDS: D.E.L.P.H.I.N.-Therapy – Stuttering therapy – efficacy – stuttering severity – psycho-social stress

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)
10.2443/skv-s-2015-53020150204

Autorin

Sonja-Marie Schütz
Gemeinschaftspraxis für Logopädie und
Stottertherapiezentrum
Langenbacher Mühle 1
57520 Langenbach bei Kirburg
info@therapie-fuer-stotternde.de
www.therapie-fuer-stotternde.de