

# Miteinander sprechen, lernen und forschen im Sommercamp Hannover

## Eine Studie zu Auswirkungen der Kombinierten Stottertherapie nach dem Hannover Modell

Christiane Miosga

**ZUSAMMENFASSUNG.** Fundiert durch eine dialogisch-interaktionistische Theorie wird die Kombinierte Stottertherapie nach dem Hannover Modell im Sommercamp für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene vorgestellt. Die Vielfalt der Sprechstile, Methoden und Perspektiven wird dabei als notwendige und wichtige Lernbedingung und Therapievariable betrachtet. Diese Sichtweise erweitert die klassischen therapeutischen Verfahren in der Analyse und Gestaltung von Alltags- und Therapiesituationen um wesentliche Aspekte. Es ergibt sich ein Beitrag zur Professionalisierung sprachtherapeutischen Handelns sowie zur Sprachtherapieforschung. In einer Interventionsstudie werden Therapieeffekte sowie die Sichtweisen der Betroffenen und Dialogpartner exploriert und Veränderungsstrategien und -faktoren identifiziert. Dies erfolgt zu drei Messzeitpunkten, einem vor der Therapie und zwei Post-Messzeitpunkten mit je drei Teilbereichen: 1. videoaufgezeichnete Sprechsituationen, 2. Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen und 3. videoaufgezeichnete Interviews. Das Stottern reduzierte sich über das Sommercamp hinweg signifikant. Die Daten der Follow-up-Messung und der Fragebögen sowie erste inhaltsanalytische Ergebnisse der Interviews weisen ebenfalls auf eine Verbesserung und relevante Veränderungsstrategien und -faktoren durch das Sommercamp hin.

Schlüsselwörter: Stottern – Gruppentherapie – dialogischer Ansatz – Hannover Modell – Wirksamkeit

**Dr. Christiane Miosga** ist Dozentin in den Studiengängen der Sprach-Pädagogik und -Therapie des Instituts für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover. Vorher war sie als Sprachtherapeutin und Kommunikationstrainerin tätig. Sie lehrt und forscht zum Thema Stottern und Sprechgestaltung, begleitet das Sommercamp Hannover seit elf Jahren und hat die Therapiekonzeption mitentwickelt und evaluiert. Weitere Forschungsschwerpunkte sind Spracherwerb und Kommunikation in der Eltern-Kind-Interaktion, Vokale Kommunikation/Prosodieforschung, Prävention und Intervention bei funktionellen Stimmstörungen und bei Stottern.



### Das Sommercamp – Gruppentherapie nach dem Hannover Modell

Das Sommercamp für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene ist eine zehntägige Stotter-Intensivtherapie, die seit nunmehr 15 Jahren jedes Jahr im Sommer stattfindet und von der Hochschul-Ambulanz der Abteilung Sprach-Pädagogik und -Therapie am Institut für Sonderpädagogik (IfS) der Leibniz Universität Hannover (LUH) begleitet wird.

Ort der Therapie ist ein Tagungshaus, in dem alle Teilnehmenden für die Dauer des Sommercamps untergebracht sind. Das Angebot richtet sich an stotternde Personen im Alter von 14 bis 30 Jahren sowie an Studierende der Sprach-Pädagogik und -Therapie der LUH. Ziel der Maßnahme ist es, den Teilnehmenden ein Forum zu bieten, sich mit anderen (stotternden) Menschen auszutauschen und gemeinsam an ihren Problemen und Fähigkeiten zu arbeiten, um dadurch einen selbstsensiblen und reflexiven Umgang mit dialogischen Strategien zu erwerben.

Dem dialogisch und kommunikativ ausgerichteten Therapiekonzept liegt eine entsprechende Konzeption des Phänomens Stottern zugrunde (Miosga 2012). In einem an der ak-

tuellen Diskussion orientierten person- und kontextorientierten Modell wird das Stottern daher als intra- und interpersonelles Timing-Problem der Sprechakte betrachtet (Bindel 2006, Savelkoul et al. 2007, Jaffe et al. 2001, Max & Yudman 2003).

Der Fokus der Beobachtung und der Erklärung der Faktoren für individuell unterschiedliche Prädispositionen, Auslöse- und Erhaltbedingungen liegt nicht mehr nur auf der stotternden Person oder dem Umfeld, sondern auf dem Dialog beziehungsweise der interaktiven Konstruktion einer Konversation durch das Turn-Taking.

Wird der Fokus darauf gerichtet, fällt zunächst auf, dass Stottern nur im Gespräch mit anderen auftritt und spezifische pragmatische Funktionen erfüllt: Aus einer funktionalen Perspektive heraus „müssen Stottersymptome vor allem als positive Symptome gesehen werden, die ein eigentliches Defizit ausgleichen wollen“ (Bindel 1996, 38). Die funktionale Sichtweise erklärt Stottern als zielgerichtetes, für die Person sinnvolles Verhalten und als personalen Sprechstil (Miosga 2006). Es

wird unbewusst eingesetzt, um Aufmerksamkeit zu erhalten und Unterbrechungen durch den Dialogpartner zu vermeiden.

Darauf aufbauend ergeben sich auch für Diagnostik und Therapie Konsequenzen, die den Dialog und den Dialogpartner einbeziehen. So wird in der Diagnostik nicht nur die Stottersymptomatik erfasst, sondern der gesamte Sprech- und Dialogstil sowie Einstellungen und Haltungen der betroffenen Dialogpartner.

In der Therapie ergibt sich in der Konsequenz eine kombinierte, integrative Methodenauswahl, die spezifische Sprechtechniken und Non-Avoidance-Prinzipien sowie Entspannungsverfahren sowie handlungsorientierte erfahrungs- und dialogintensive Aktivitäten aus der Theater- und Medienpädagogik verbindet. Dabei bietet die Intensivtherapie viel Raum für Eigenerfahrungen im Dialog mit anderen, für Austausch mit unterschiedlichen GesprächspartnerInnen und das experimentelle Erproben eines neuen Kommunikationsverhaltens.

## Therapiekonzept – die Kombinierte Stottertherapie nach dem Hannover Modell

### *Miteinander lernen*

Für die Therapie zuständig ist ein gemischtes Team aus erfahrenen TherapeutInnen, Theater- und MedienpädagogInnen sowie Studierenden, TutorInnen und leitenden PädagogInnen der LUH. Bislang ergab sich stets eine Großgruppe von jeweils ungefähr 15 stotternden Teilnehmern und Teilnehmerinnen und 15 Mitgliedern des Therapie- und Forschungsteams.

Die heterogene Zusammensetzung der Teilnehmenden im Sommercamp spielt eine wichtige Rolle. Diejenigen, die zum ersten Mal teilnehmen, profitieren durch einen Perspektivwechsel von denen, die wiederholt dabei sind und umgekehrt. Ebenso lernen die Studierenden aus dem zweiten und vierten Mastersemester miteinander und voneinander in einem Tutorsystem. Hierdurch entsteht eine „dynamische Lerngemeinschaft“ (Wilson & Ryder 1996).

Es wird in der Therapie nach dem Prinzip der rotierenden „Team-Gruppen-Therapie (TGT)“ gearbeitet (Bindel et al. 1996), bei der in wechselnden kommunikativen Gattungen und gemischten Gruppen Stotternder und „normal sprechender“ Studierender Stottermomente analysiert und revidiert und „normales“ Sprechen sowie dialogische Strategien gemeinsam erarbeitet und erprobt werden. Die Heterogenität des TherapeutInnenteams und der Gruppe (wechselnde Geschlechterrollen und verschiedenartige Sprechweisen, Temperamente und Sprechstile) implizieren intensive Erfahrungen mit verschiedenen Personen und multiple Interaktionserfahrungen zum gemeinsamen Thema. Dadurch werden explizite und implizite Lernprozesse initiiert und integriert. Es kommt zu einer besonderen Bewusstwerdung des Selbst in außerfamiliären Kontexten mit Erfahrung von Nähe, Beziehung, Verpflichtung und Autonomie. Zudem sind vielfältige Interaktionssettings (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Freizeitinteraktionen) möglich. Die Symptome stellen sich deutlich, vollständig und kontextbezogen dar und können damit auch alltagsnah und umfänglich verändert werden.

Pro Tag finden zwei gemeinsame Therapieeinheiten in der Großgruppe und mehrere kleine Therapieeinheiten in Kleingruppen und Stationsarbeit statt. Für die Arbeit in der Kleingruppe werden die Gruppen nach Alter, nach kommunikativem oder inhaltlichem Anforderungsgrad und individuellen Ressourcen je nach klientenspezifischer Zielsetzung

homogen oder heterogen zusammengesetzt. Ergänzend zu den Gruppentherapien gibt es Einzeltherapien und individuelle Aufgaben für die Freizeitinteraktionen.

Die verschiedenen Perspektiven regen immer wieder eine neue Sicht und Einstellung auf das Symptom und das Sprechen an. Im Sinne eines klientenzentrierten Vorgehens wird damit die Innensicht der Problematik beachtet: Innere (emotionale und kognitive) und soziale (umfeldbezogene) Perspektiven werden integriert. Dies führt zuerst zur Analyse kommunikativer Strukturen, Einstellungen und Muster sowie Veränderungsstrategien, dann zum Aufbau günstiger Copingstrategien und zur eigenen Kompetenz bezüglich Selbstbeobachtung, Selbstverantwortung und schließlich zur Selbsttherapie.

### *Miteinander sprechen*

Im Sommercamp wird das Sprechen und Stottern im Dialog reflektiert, erprobt und modifiziert. Internationale Studien zeigen, dass keine bestehende Methode einer anderen überlegen ist (Herder et al. 2006). Aufgrund der interindividuell sehr unterschiedlichen und intraindividuell sehr wechselnden Symptomatik und den daraus resultierenden sehr individuellen und variablen Einschränkungen der Kommunikations- und Lebensqualität ist die Integration unterschiedlicher Variablen dringend notwendig (vgl. auch Iven 2009).

Hierbei werden neben Sprechflüssigkeitsverfahren und der Stottermodifikation vielfältige Methoden im Bereich der normalen Sprechgestaltung in Artikulation, Phonation, Intonation, Sprech-Atmung und nonverbalen Parametern einbezogen (vgl. Sommercamp-Trainings-CD, Miosga et al. 2014).

Hinzu kommen spezifische Entspannungsverfahren und handlungsorientierte erfahrungs- und dialogintensive Aktivitäten aus der Theaterpädagogik sowie medienpädagogischen Elemente wie Hörspiel, Kurzfilm, Apps, Youtube-Blogs, Online-Chats, Skype, Whatsapp-Gruppen zur selbstreflexiven Auseinandersetzung mit der sprecherischen Selbstdarstellung. Die Teilnehmer erfahren in abgestuften Kommunikationssituationen eine sozial-emotionale Desensibilisierung. Dabei kommen fünf wesentliche Bausteine zum Tragen:

- 1. Restrukturierung der Sprechgestaltung: Dies betrifft die Atmung, die Atemgestaltung beziehungsweise die Sprechpausengestaltung, die Artikulation, die Phonation, die Prosodie und nonverbale Parameter
- 2. Auflösen der Wortanfangsblockierung, Selbstwahrnehmung
- 3. Dialogische Restrukturierung
- 4. Soziale Reorientierung/Verbesserung des gesamtkörperlichen Ausdrucks
- 5. Reflexive Auseinandersetzung mit Einstellungen, Bewertungen und Umgang.

Bei den *Bausteinen 1 und 2* geht es insbesondere um Selbstwahrnehmung und -erfahrung des Sprech- und Atemvorgangs. Der natürliche Rhythmus der Atmung hilft, offen in einen Redebeitrag zu starten, Sprechpausen auszuhalten und die nächste unwillkürliche Einatmung zuzulassen. Das sogenannte atemfragmentierte Sprechen reorganisiert den Redebeitrag und bietet ein Fundament für einen flüssigeren Redefluss.

Weitere Übungen zur Artikulation, zur Phonation, zur Prosodie und zur nonverbalen Kommunikation helfen, das Sprechen so zu modifizieren, dass es natürlich, lebendig und trotzdem spannungsarm ist. Wortanfangs-



Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Sommercamps 2015



Gemeinsam dem Stottern auf der Spur



Selbstwahrnehmung in Kleingruppen

blockierung sowie entsprechende Gegeninnervationen durch eine lockere Sprechweise zu den problematischen Wortanfängen mit geringen artikulatorischen Kontakten und weichen Stimmeinsätzen sind wahrzunehmen.

Dabei sind insbesondere ein Nichtvermeiden der Blockierung und eine Distanz zur Reaktion wichtig. Statt Stottern gewaltsam zu unterdrücken, soll die Blockierung auftreten dürfen und durch eine spannungsaflösende Artikulation reduziert werden. Notwendig ist ein Zulassen und Betrachten der Abläufe,

ohne zusätzlich zu reagieren und dann willkürlich loszulassen. Ziel ist es, ein verändertes intrapersonelles Timing zuzulassen und zu erfahren.

Im *dritten Therapiebaustein* erfolgt eine dialogische Restrukturierung. In verschiedensten Situationen werden in Form von Rollenspielen oder (nachgestellten) Alltagsszenen die unterschiedlichen Anforderungen im Dialog erprobt. Hier ist es vornehmlich das Ziel, ein Empfinden für die zeitliche Abstimmung im Dialog zu entwickeln und die interpersonellen Vorgänge in der Kommunikation wahrzunehmen.

Im *vierten Therapiebaustein* wird eine Verbesserung des gesamtkörperlichen Ausdrucks erfahren und erprobt. Die Wichtigkeit von Blickkontakt sowie die Zuwendung zum Gesprächspartner werden bewusst gemacht und in Übungen und im Theaterworkshop aktiv umgesetzt. Das heterogene Gruppen-setting fördert die Motivation und baut soziale Hemmungen schnell ab. Die Person erlebt sich selbst neu als kompetenten, selbstbewussten Sprecher und reorganisiert so das eigene Selbstkonzept.

Im *fünften Therapieblock* werden Einstellungen und Bewertungen zum Stottern thematisiert, erforscht und reflektiert. Durch Videoreflexionen und Feedbackübungen wird die Bewertung des eigenen Stotterns erforscht. Eine bewusste Auseinandersetzung mit Veränderungsstrategien und -potenzialen und das Experimentieren mit einem neuen Umgang mit dem Stottern kann helfen, alte Verhaltensmuster zu durchbrechen und sich selbst aktiv für ein lebendiges, spannungsarmes Sprechen im Alltag einzusetzen. Unterstützung erfahren die Teilnehmenden auch nach dem Sommercamp durch die Skype-Nachsorge mit Studierenden-Tandems, durch Online-Chats, Whatsapp-Gruppen und ein Nachsorgecamp.

Die fünf Bausteine lassen sich in der Therapie nicht immer klar voneinander trennen und überschneiden sich daher teilweise bewusst.

### Miteinander forschen

„Forschendes Lernen“ ist im Hannover Modell ein weiteres wichtiges Prinzip: Gemeinsam werden das Stottern, das Sprechen und der Dialog erforscht, um einen sensiblen und selbstreflexiven Umgang zu ermöglichen (siehe Kasten). Insbesondere der Selbstwahrnehmung, der Selbstbeobachtung, dem Selbsterleben, der Selbstkontrolle und der Selbsttherapie kommen entscheidende Rollen zu. Gemeinsam erforschen und erarbeiten Teammitglieder und stotternde Teilnehmende das normale Sprechen und gehen dabei mit ihrem Dialogpartner auf „Spurensuche“.

Die Selbstwahrnehmung und -reflexion bezieht sich nicht nur auf die äußere Selbstdarstellung, sondern auch auf Emotionen, Gedanken und Situationen. Coping- und Veränderungsstrategien werden insbesondere in theaterpädagogischen Situationen, in In-vivo-Übungen, Videoreflexionen, in Skype-Sitzungen der Nachsorge und in Tandemsystemen thematisiert, erforscht und erprobt.

#### Das Stottern erforschen

Das Stottern spüren und loslassen:

- Was mache ich dabei?
- Wie bin ich selbst dabei beteiligt?
- Was tue ich zur Unterdrückung und Verdeckung?
- Wie kann ich die Anspannung beim Stottern loslassen?

#### Das Sprechen erforschen

Normales Sprechen erspüren:

- die Atmung vor und während des Sprechens
- die Atem-Momente
- die entschiedenen Sprechbewegungen
- den Klang der Stimme
- die gesamte körperliche Beteiligung
- das ausdrucksvolle Sprechen

#### Den Dialog erforschen

Den Dialog neu spüren:

- Blick und Körperhaltung zum anderen ausrichten
- die Wirkung verbessern
- gegen den Zeitdruck immunisieren
- die Aufmerksamkeit anderer auf sich ziehen
- die Aufmerksamkeit anderer halten
- das Gleichgewicht der Beiträge im Dialog herstellen



Theaterworkshop im Sommercamp





**Forschung nach dem Camp – Auswertung der Therapieeffekte in der Universität Hannover**

Auch die Studierenden, TutorInnen und TherapeutInnen sind in diesen Prozess eingebunden: Die Befähigung der Teammitglieder zu eigener Praxisforschung über ihre therapeutische Praxis, ihre professionelle Rolle, ihren Sprech- und Dialogstil kann als ein geeigneter Weg zur Förderung der individuellen Professionalisierung gesehen werden. Die Konfrontation mit dem eigenen Sprech- und Dialogstil und dessen Analyse verhilft ihnen zu tiefgreifenden Erkenntnissen über Entwicklungspotenziale und -notwendigkeiten ihres kommunikativen Handelns, die zugleich eine wachsende kommunikative Sensibilität und Reflexivität bewirken und wiederum Eingang in die Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen finden (vgl. auch Dirks 2002a, 2000b, die o.a. Konsequenzen auch für die Professionalisierung von FremdsprachenlehrerInnen fordert).

Durch Supervision, Reflexions- und Organisationsbesprechungen sowie bedarfsorientierte kollegiale Fallbesprechungen profitieren die Studierenden dabei ebenso vom Projekt wie die Therapiekonzeption des Projekts von den Studierenden. Ein in der klinisch-therapeutischen Praxis dominanter defizit- und individuumorientierter professioneller Habitus wird frühzeitig reflektiert.

Faktoren wie die therapeutische Beziehung, der eigene Anteil am interpersonellen Timing sowie die modellierende Sprechgestaltung und Dialogsteuerung werden als zentrale Variablen bewusst erfahren. Die „Authentizität“ der Studierenden zum Zeitpunkt ihrer jeweils persönlichen fachlichen Lernentwicklung stellt sich dafür als effektiv und produktiv für die Konzeption der gemischten Gruppentherapie dar.

Auch die Entwicklung von eigenen Forschungsprojekten spielt für die Studierenden eine wichtige Rolle. Im Rahmen von Projekt- und Masterarbeiten können im Sommercamp qualitative und quantitative Interviews

und Fragebogenerhebungen stattfinden, um Therapieeffekte und Einstellungen der stotternden Teilnehmenden und ihrer Dialogpartner festzustellen.

Das Therapiekonzept wird weiterentwickelt und durch aktuelle theoretische Erkenntnisse bereichert, sodass eine theoriegeleitete Verbindung von Lehre, Praxis und Forschung entsteht. Zudem wird nicht nur die Lernentwicklung der Teilnehmenden, sondern auch die der Studierenden evaluiert.

Damit stellt das Camp ein konkretes Erprobungs- und Anwendungsfeld der Therapie(forschung) dar.

### Therapieeffekte – Praxisstudie

In der vorliegenden Praxisstudie wurde der beschriebene Therapieansatz untersucht. An der Studie nahmen 30 Patienten im Alter von 14 bis 29 Jahren teil.

### Stand der Forschung zur Evaluation von Intensivtherapien

Die Bedeutung von Intensivprogrammen und Gruppentherapien ist in Deutschland in den letzten Jahren gestiegen. Im Bereich der Stottertherapie hat sich diese intensive Lernform bereits als besonders effektiv bewährt (vgl. Beiträge in Katz-Bernstein & Subellok 2002).

In den USA und Kanada wurden diesbezüglich bereits früher Evaluationsstudien veröffentlicht. Intensivtherapien werden häufig als Ferienprogramm konzipiert, sodass in Gruppen- und Einzelsettings intensiv am Redefluss gearbeitet und die Automatisierung des neuen Kommunikationsverhaltens vorangetrieben werden kann. Dabei spielen die hohe Übungsdichte, die entstehende Gruppendynamik und der Transfer der Übungsinhalte in verschiedene Kommunikationssituationen eine entscheidende Rolle (Ochsenkühn et al. 2010).

Inhaltlich unterscheiden sich die verschiedenen Programme vor allem hinsichtlich der angewandten Sprechtechniken und Copingstrategien. Die Kasseler Stottertherapie (Euler et al. 2009) und die D.E.L.P.H.I.N-Therapie nach Schütz (2015) erreichen mit der Fluency-Shaping-Therapie/Sprechmodifikation messbare Erfolge. In den USA wurde bereits 1981 von Howie et al. und 1994 von Boberg & Kully die Effektivität der Fluency-Shaping-Methode nachgewiesen.

Demgegenüber kommt der Non-Avoidance-Ansatz/Stottermodifikation z.B. im Sommercamp Hessen (Cook 2010) oder im Konzept Intensivmodifikation Stottern (IMS, Natke et al. 2010) zur Anwendung. Evaluationen beider Programme konnten ihre Effektivität nachweisen. Breitenfeldt & Lorenz (1989) entwickelten auf dem Non-Avoidance-Ansatz basierend das Successful Stuttering Management Programm (SSMP), das seither vor allem im englischsprachigen Raum häufig zum Einsatz kommt und bereits mehrfach evaluiert wurde (z.B. Fry et al. 2014, Blomgren et al. 2005).

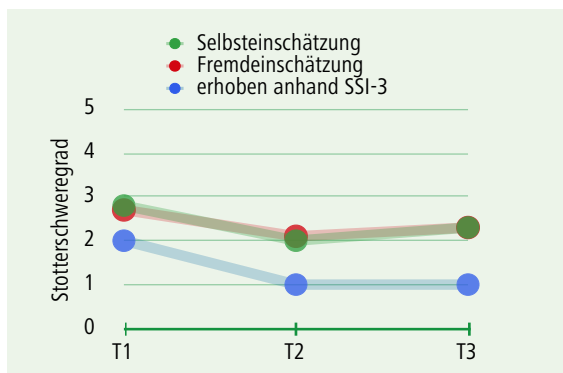
Zudem gibt es Programme, die sowohl Fluency Shaping als auch Stottermodifikation integrieren. Beispielsweise kombiniert die Bonner Stottertherapie nach Prüß beide Ansätze und verhilft den Teilnehmenden so zu einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit (Prüß & Richardt 2015, LVR-Klinik Bonn 2009). Gleiches gilt für das Intensivprogramm der Bowling Green State University in Texas: Eine Evaluation von Irani et al. (2010) ergab, dass die Sprechflüssigkeit und die Einstellung durch die Therapie beeinflusst werden konnten, jedoch der Transfer in den Alltag nicht gewährleistet war.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch bisherige Studien zu den Therapieeffekten im Sommercamp Hannover Modell. Eine Langzeitstudie von 2006 bis 2012 zu Therapieeffekten bzgl. Sprechflüssigkeit und Einstellungen im Umgang mit Stottern im Pre-Post-Design zeigt, dass sich alle Teilnehmenden (n=83) bzgl. des Schweregrades (erhoben mit dem SSI-3) entweder verbesserten oder auf dem gleichen Stand geblieben sind (Miosga & Humke 2009, Miosga et al. 2015).

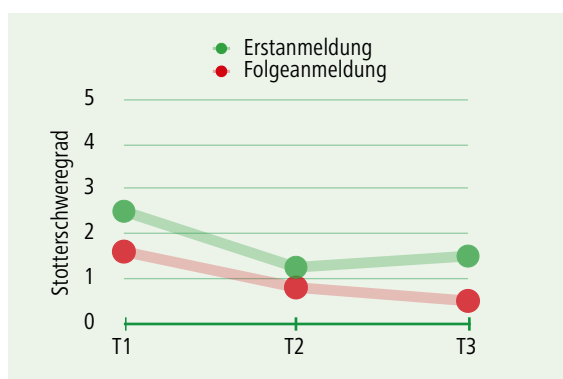
Die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen (Miosga & Schmalenberger 2011) sowie die Entwicklung der Sprechflüssigkeit der Teilnehmenden an der Längsschnittstudie (Miosga & Humke 2009) bestätigen diese positive Entwicklung. Hiernach konnten die Probanden ihre Symptomatik überwiegend weiter abbauen bzw. den erreichten Stand erhalten.

Die Ergebnisse verweisen jedoch auf die dringende Notwendigkeit des differenzierten Umgangs mit Veränderungsstrategien im Therapieprozess und im Transfer. Dieses Kriterium der Nachhaltigkeit wird von Experten bei einigen Intensivtherapieprogrammen bemängelt. Während flüssiges Sprechen innerhalb der Therapiesituation relativ leicht erreicht werden kann, erweist sich die Übertragung des Therapieerfolges in das alltägliche Leben des Klienten häufig als sehr schwierig (Natke et al. 2010). Nur wenn dies

■ **Abb. 1: Verlauf des Stotterschweregrades<sup>2</sup> im Vergleich zur Selbst- und Fremdeinschätzung**



■ **Abb. 2: Erst- und Folgeanmeldung, Stotterschweregrad im Vergleich**



z.B. über In-vivo-Arbeit und eine längerfristige Begleitung gelingt und Therapieerfolge langfristig weiterbestehen, kann von einer erfolgreichen Stottertherapie gesprochen werden.

Im Hannover Modell werden deshalb nicht nur dialogische Strategien erlernt und geübt, sondern vor allem Selbstmanagement und Strategien zur Veränderung erarbeitet, die gezielt auf die Rückkehr in den Alltag und den Umgang mit dem Stottern vorbereiten. Grundlegendes Ziel des Sommercamps Hannover ist, dass die Teilnehmenden einen bewussteren und offeneren Umgang mit ihrem Stottern und Sprechen erlernen und eine Grundlage und Strategien für ein flüssigeres Sprechen im Alltag erlangen.

Um das Erreichen dieses Zieles zu überprüfen wurden im Sommercamp 2013 und 2015 ei-

nige Veränderungsfaktoren untersucht: Der Stotterschweregrad, die Zufriedenheit mit dem Sprechen, die Aktivität und Partizipation sowie die Selbst- und Fremdeinschätzung des Stotterschweregrades wurden ermittelt. Sprechstil und dialogische Strategien wurden beobachtet. Im Interview wurden die Patienten zusätzlich über die erlernten dialogischen Strategien, ihr Selbstmanagement und ihren Umgang mit einem eventuellen bzw. tatsächlichen Rückfall befragt.

### Methoden

Zur Anwendung kamen quantitative und qualitative Erhebungsverfahren mit drei Messzeitpunkten: direkt vor der Therapie (T1), direkt nach der Therapie (T2) und drei Monate nach Beendigung der Therapie (T3). Zur Erhebung des Schweregrades des Stotterns wurde das „Stuttering Severity Instrument (SSI-3)“ nach Riley (deutsche Übersetzung Sandrieser & Schneider 2008) eingesetzt. Zur Erhebung der subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzung wurden nicht-standardisierte Online-Fragebögen verwendet<sup>1</sup>. Diese erfragen den subjektiv erlebten Stotterschweregrad, die Zufriedenheit mit dem Sprechen und den Einfluss des Sprechens auf die Aktivität im Alltag für unterschiedliche Kontexte, um die Kontextabhängigkeit der auftretenden Stottermomente zu berücksichtigen und damit die bessere Operationalisierbarkeit der Konstrukte zu gewährleisten. Die Auswertung erfolgt mit dem Vorzeichenrangtest nach Wilcoxon. Zusätzlich werden einschlägige Effektstärkemaße berechnet.

Für die qualitative Analyse wurden theoriegeleitete Leitfadenterviews in audio-visueller Sicherung durchgeführt. Diese wurden im Hinblick auf weitere Aspekte der Spontansprache, der Begleitsymptomatik und des Dialogverhaltens mittels Video-Interaktions-Sequenzanalyse mit einem theoriegeleiteten Kategoriensystem qualitativ ausgewertet. Im Hinblick auf die Fragestellung, welche Effekte das „Sommercamp für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene“ hinsichtlich ihrer Zufriedenheit, der Strategien und des Umgangs mit dem eigenen Stottern sowie ihrer kommunikativen Selbst- und Fremd-

wahrnehmung erzielt, wurden aus den Transkripten besagter Interviews Ankerzitate in induktiver sowie deduktiver Kategorienbildung in Anlehnung an die ICF-Kategorien (WHO 2001) ermittelt. Dieses Ablaufmodell sowie die darauf folgenden durchgeführten Arbeitsschritte orientieren sich an den Vorgaben zur Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

### Stichprobe

Probanden der Fallstudie waren Teilnehmende der Sommercamps 2014 (n=15) und 2015 (n=15). Die Ergebnisse der Gruppenstudie beziehen sich im Folgenden auf die Teilnehmenden der Jahre 2014 bis 2015 (n=30), im Alter von 14 bis 30 Jahren (im Durchschnitt 20,7). Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Probanden ist 5:1. Aufgrund von fehlenden Daten wurden nicht alle Teilnehmenden in die Auswertung einbezogen, da einige von ihnen oder ihre Angehörigen den Fragebogen (T3) nicht (mehr) oder nicht vollständig ausgefüllt haben.

### Quantitative Ergebnisse

#### Schweregrad

Das Stottern reduzierte sich über das Sommercamp hinweg im Mittel um 20% (Effektstärke  $d=-0,798$ ). Die SSI-3-Ergebnisse vor (MW=2,00, SD=1,45) und nach der Therapieintervention (MW= 0,98, SD=1,07) zeigen eine größere Sprechflüssigkeit beim zweiten Erhebungsdatum. Auch bis zum dritten Messzeitpunkt (MW=1,01, SD=0,76) ist nur eine sehr geringe Steigung des Stotterschweregrades messbar. Mit dem Vorzeichenrangtest nach Wilcoxon wurde zudem ermittelt, dass es signifikante Unterschiede zwischen T1 und T2 ( $p=0,000$ ) und auch zwischen T1 und T3 ( $p=0,000$ ) gibt (Tab. 1 und Abb. 1).

Vergleicht man die Ergebnisse mit der subjektiven Selbst- und Fremdeinschätzung des Stotterschweregrades, so zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Der subjektive Schweregrad liegt jedoch in beiden Fällen (Selbst- und Fremdeinschätzung), zu allen drei Messzeitpunkten über den Werten des gemessenen Schweregrades. Die Auswertung zeigt, dass die Therapieintervention im Follow-up gegenüber dem zum ersten Messzeitpunkt vor der Intervention signifikante Effekte aufweist.

■ **Tab. 1: Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) des Stotterschweregrades<sup>2</sup> im Vergleich zur Selbst- und Fremdeinschätzung zu den drei Messzeitpunkten**

Stotterschweregrad	T1		T2		T3	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
erhoben anhand SSI-3	2,00	1,45	0,98	1,07	1,01	0,76
Selbsteinschätzung	2,78	0,89	1,96	0,89	2,33	1,01
Fremdeinschätzung	2,67	1,14	2,08	1,11	2,33	1,01

1 Aufgrund der zu geringen Teilnehmerzahl konnten die Fragebögen noch nicht evaluiert werden.  
2 Schweregrade nach SSI-3: 0 = kein Stottern, 1 = sehr leichtes Stottern, 2 = leichtes Stottern, 3 = mittelschweres Stottern, 4 = schweres Stottern, 5 = sehr schweres Stottern

Zudem wird das Stottern offenbar sowohl von den Betroffenen selbst und auch von ihren Angehörigen subjektiv schwerer empfunden als es dem gemessenen Schweregrad entspricht. Mögliche Gründe für den subjektiv höher empfundenen Schweregrad sind Gegenstand der qualitativen Erhebungen.

Weitere Ergebnisse differenzieren zwischen den Therapieeffekten bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die zum ersten Mal an der Intensivtherapie teilgenommen haben (EA, n=14) und denen, die schon mindestens zum zweiten Mal dabei waren (FA, n=16). Abbildung 2 zeigt den Vergleich des Stotterschweregrades (EA und FA) zu den drei Messzeitpunkten.

Die Stotternden, die zum ersten Mal teilnehmen, zeigen einen deutlich stärkeren Abfall des Schweregrades von ca. einem Punkt (EA=1,23, FA=0,78). Dies kann dadurch erklärt werden, dass die Stotternden mit Erstanmeldung zum ersten Mal die Methoden des Hannover Modells kennen und anwenden lernen. Die Stotternden mit Folgeanmeldung frischen die ihnen bereits bekannten Methoden auf und arbeiten an individuellen dialogischen Strategien und Herausforderungen für den Transfer. Obwohl für sie der Fokus weniger auf der Stotterreduzierung liegt, kann auch hier ein Abfall von 0,78 Punkten, also mehr als ein halber Schweregrad, verzeichnet werden. Zu T3 fällt der Schweregrad noch einmal um 0,25 Punkte. Die im Camp erworbenen Strategien wirken sich offenbar positiv auf den Transfer aus.

Zudem wird deutlich, dass der Therapieerfolg nicht ausschließlich am Schweregrad des Stotterns gemessen werden kann. So weisen ein Teil der Probanden mit Folgeanmeldung schon vor Beginn der Intervention gar keinen messbaren Schweregrad auf oder zeigen ihn in dieser Situation schon nicht mehr, was auch die Diskrepanz der Mittelwerte in der Gruppenauswertung erklärt. Die subjektive Selbsteinschätzung, Zufriedenheit und Beeinträchtigung fällt jedoch auch in dieser Gruppe sehr viel höher aus. Diese Teilnehmenden arbeiten im Camp weniger an den Sprechtechniken, sondern vielmehr an einem veränderten Umgang mit dem Stottern und Sprechen und mit Strategien und Herausforderungen für ihren Alltag.

### Zufriedenheit mit dem Sprechen und Einschränkung in der Aktivität

Die Auswertung des Fragebogens zur Selbst- und Fremdeinschätzung in Bezug auf Zufriedenheit und Aktivität zeigt in Abbildung 3 und 4, dass die Werte der Selbsteinschätzung in beiden Fällen höher liegen als die der Fremdeinschätzung. Wie schon bei der

subjektiven Einschätzung des Schweregrades scheint auch hier der Leidensdruck der Betroffenen höher zu sein als für die Angehörigen sichtbar, bzw. schätzen diese die Beeinträchtigung geringer ein.

Im Allgemeinen ist erkennbar, dass alle Werte zu T2 sinken und zu T3 nur leicht ansteigen, sodass insgesamt eine Verringerung der Einschränkung der Zufriedenheit und der Aktivität in Bezug auf das Sprechen der Stotternden festgestellt werden kann. Insbesondere die Aktivität und Teilhabe erweist sich auch im Follow-up als wenig eingeschränkt. Die Fremdeinschätzung zur Aktivität weist sogar zu T3 eine weitere Verringerung der Einschränkung auf.

### Erste Ergebnisse der qualitativen Analyse

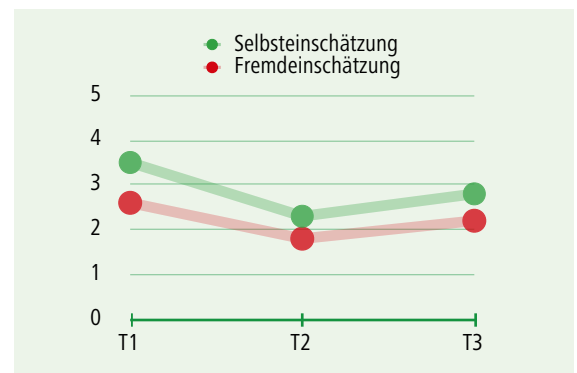
Die Auswertung der ergänzenden qualitativen Analyse befindet sich im Prozess. Daher werden einige Tendenzen in Form von ersten Hinweisen aus der Video-Interaktionsanalyse sowie in Form von Ankerziten aus der Inhaltsanalyse dargestellt.

Aus der Videobeobachtung zeigt sich eine deutliche Veränderung des dialogischen Verhaltens, insbesondere beim Sprecher-Hörer-Wechsel und bei der Zuwendung zum Gesprächspartner durch Blickkontakt und Körperhaltung. Vor der Intervention sind die Unachtsamkeit für die Mitteilung des anderen und ein ausgeprägter egozentrischer Sprechstil mit sehr schnellen Reaktionen und antizipierenden Signalen beim Turn-Taking zu beobachten. Nach der Intervention werden die Turn-Taking-Pausen vermehrt beachtet und ausgehalten. Neben dem Abbau der Sekundärsymptomatik konnten vor allem eine intentionale Sprechgestaltung und eine veränderte zeitliche Abstimmung im Dialog beobachtet werden.

Auch die Inhaltsanalyse zeigt erste relevante Veränderungsfaktoren und -strategien: Während die Teilnehmer zum ersten Erhebungszeitpunkt vermehrt Sprechangst und Selbstisolation vermerken, wird diese nach Beendigung der Intervention deutlich seltener genannt. Begründet wird dies mit einer Sensibilisierung für das eigene Sprechverhalten und das Sprechverhalten der Dialogpartner, die den Teilnehmenden eine Möglichkeit des präventiven Einschreitens im Fall eines Stottermomentes bietet: „Ich spreche wieder bewusster. Ich weiß jetzt mehr Techniken. Ich weiß, wie ich besser reden kann, und muss jetzt einfach dran bleiben“.

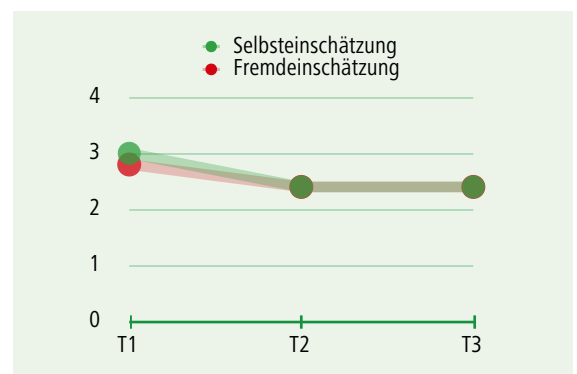
Interessant gestaltet sich dabei die Rolle der im Sommercamp vermittelten Strategien zur Bewältigung der von den Teilnehmenden als

■ **Abb. 8: Selbst- und Fremdeinschätzung der Zufriedenheit mit dem Sprechen**



1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = mittelmäßig zufrieden, 4 = unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden

■ **Abb. 9: Selbst- und Fremdeinschätzung der Einschränkung in der Aktivität**



1 = gar nicht beeinträchtigt, 2 = wenig beeinträchtigt, 3 = mittelmäßig beeinträchtigt, 4 = ziemlich beeinträchtigt, 5 = stark beeinträchtigt

belastend empfundenen Stotterereignissen. Sie dienen als Mittel zur Absicherung und wirken sich somit positiv auf Eigenwahrnehmung und Emotion sowie auf die Teilhabe aus: „Normal Sprechen... das ist ein sehr gutes Gefühl, denn man fühlt sich so frei. Man kann einfach das erzählen, was man möchte, ohne die Angst zu haben, dass jetzt gleich ein Block kommt. Oder dass ich mich nicht ausdrücken kann, weil ich mich schäme, dass die anderen mich auslachen. Jetzt hab ich das nicht, jetzt kann ich sagen, was ich will, ohne diesen Druck zu haben. Das ist auf jeden Fall viel freier.“

Als Konsequenz erfolgen Transferleistungen benannter Techniken durch die Teilnehmenden des Camps auf ihr alltägliches Kommunikationsverhalten und ein veränderter Umgang mit dem Stottern: „Hab dann auch versucht das zu verheimlichen, quasi und ja in der Schule hat das halt, ham das nich so viele gemerkt und gewusst und ja... als wäre es nicht da..., es war nicht unbedingt peinlich, aber halt schon nervig, wenn man länger braucht. Also ich bin halt jemand, der alles

*immer gut machen will und wenn das dann beim Reden nicht klappt, is das halt so, dass man das auch versucht und dann die Stellen, wo man stottert, zu umgehen... jetzt nach dem Camp seh ich das als Teil von mir auch wirklich an, das gehört zu mir, das is so und ja, wenn man damit einfach so offener umgeht, dann is das auch leichter so damit umzugehen, find ich.“*

Die Stärken des Hannover Modells zur Stottertherapie liegen demnach in einer individuell differenzierten Hinführung zu einem physiologischen Sprechmuster in Form eines präventiv geprägten Abbaus von Sprechängsten und Stottersymptomen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden – individuell angepasst – schrittweise in ihrer Persönlichkeit und ihren Veränderungspotenzialen gestärkt und lernen einen reflexiven und selbstbewussten Umgang mit ihrem eigenen Sprech- und Dialogverhalten und dem anderer. Das Ergebnis ist eine offenere, reflexivere Haltung zur eigenen Sprechproblematik sowie die gestärkte Motivation, sich weiterhin einem individuell zufriedenstellenden Sprechverhalten anzunähern:

*„Also, was ich halt gut fand, war diese eine Sache, wo wir uns selber noch mal informieren sollten, wo es hinterher noch Möglichkeiten für uns persönlich gibt... Das hab ich ja mit J. dann auch gleich gemacht, dass wir da zu der Selbsthilfegruppe hingefahren sind, die auch diese Flowgruppe gründen wollen. Und das find ich halt auch wichtig, dass man hinterher noch irgendwie 'ne Gruppe oder Menschen hat, ... weil ich merk's halt bei mir selber, dass ich mir zwar vornehme 'n paar Übungen von der CD zu machen, aber so alleine mit den ganzen anderen Sachen ...? Dann schafft man das halt einfach vielleicht nicht. Ich hab's nur selten bisher geschafft... Und wenn man dann so feste Termine hat, an denen man sich dann einfach noch mal drauf besinnen kann auf das Sprechen und seine Pläne, dann find ich das auch gut.“ (T3)*

Ein weiterer relevanter Faktor ergibt sich durch die heterogene Gruppenzusammensetzung, der sich insbesondere auf eine veränderte Motivation und die Vorbereitung auf unterschiedliche Herausforderungen im Alltag auswirkt: *„Ich fand total gut, dass auch ein paar Teilnehmer da waren, die schon mal hier waren... Ich hab gemerkt, dass die schon tolle Fortschritte gemacht haben und... eigentlich ganz locker mit ihrem Stottern umgehen. Eigentlich stottern die ja gar nicht mehr, aber sie selbst sehen das wohl anders.“ (T2)*

*„Die vielen verschiedenen Typen bei den Studentinnen... und wie die alle sprechen...*

*und manche unterbrechen, manche atmen richtig mit mir mit ... das hat mir geholfen, aber auch das Unterbrechen und so hat mir geholfen, mich in der Schule anders zu verhalten... mich durchzusetzen... mich nicht aus der Ruhe bringen zu lassen.“*

## Diskussion und Fazit

Zusammenfassend konnten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihr Sprechen, den subjektiven und gemessenen Schweregrad sowie die Zufriedenheit mit ihrem Sprechen und ihre Teilhabe in der Gesellschaft durch die Teilnahme an der intensiven Kombinierten Stottertherapie nach dem Hannover Modell verbessern.

Bezüglich der Forschungsfrage, welche Effekte das Sommercamp für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene hinsichtlich der Zufriedenheit und dem Umgang der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem eigenen Stottern sowie ihrer sprachlichen Selbst- und Fremdwahrnehmung erzielt, lässt sich eine deutliche Sensibilisierung für das eigene Sprechverhalten feststellen.

Die damit einhergehende, zunehmende Reflexivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dient als Grundlage für eine höhere Empfänglichkeit für die im Camp vermittelten Techniken und mündet in einem Abbau von Sprechängsten durch die Vermittlung dieser alltagstauglichen, individuell angepassten Präventionsstrategien.

Die Vielschichtigkeit der therapeutischen Zielsetzungen und Effekte des Hannover Modells erfordern eine dementsprechend umfassende forschungsmethodische Erfassung der Sachverhalte, die mit einer vielseitigen Nutzung sowohl quantitativer als auch qualitativer Maßnahmen erzielt werden kann. „Mixed Methods“ dienen in diesem Rahmen einer umfassenden Erhebung der Multidimensionalität des Stotterphänomens.

Für das Ziel des Sommercamps, eine Grundlage und Strategien für ein flüssigeres Sprechen im Alltag zu erlangen, war auch die Teilnahme der Studierenden besonders relevant. Die unterschiedlichen Sprech- und Dialogstile, die Möglichkeit der inhaltlichen Auseinandersetzung durch Tandemsysteme im Camp und in der Skype-Nachsorge wurden als besonders relevante Faktoren identifiziert.

Für das Ziel eines reflexiven und offeneren Umgangs mit dem Stottern und Sprechen stellte sich die gegenseitige Bereicherung der Perspektiven von Erst- und Folgeteilnehmenden als besonders relevante Ressource heraus. Eine weitere Optimierung der individuell angepassten Therapiemaßnahmen ließe sich durch die bewusste Differenzierung zwischen

Erst- und Folgeteilnehmenden beispielsweise bei der Gruppenzusammensetzung und bei Tandemsystemen in Betracht ziehen.

Insbesondere für das Selbstmanagement und die Erweiterung der Veränderungsmöglichkeiten im Alltag bietet dies ein großes Potenzial. Ob und inwiefern dies angemessen und effektiv umsetzbar ist, soll Gegenstand weiterführender Forschung sein. Dafür bedarf es auch wiederum der Triangulierung qualitativer und quantitativer Daten, um die gefundenen Veränderungsfaktoren replizieren, umfangreicher fundieren und genauer analysieren zu können. Diese Ergebnisse sollen wiederum in die Konzeption der Nachsorge eingehen.

## LITERATUR

- Bindel, R.W. (1996). Stottern beim Vorschulkind: Funktionale Theorie und Therapie des Stotterns. *Sprache Stimme Gehör* 20, 32-45
- Bindel, R.W. (2006). Indirekte Therapie des Stotterns im Vorschulalter. In: Bahr, R. & Iven, C. (Hrsg.), *Sprache – Emotionen – Bewusstheit. Beiträge zur Sprachtherapie in Schule, Praxis und Klinik* (339-349). Idstein: Schulz-Kirchner
- Bindel, R.W., Glück, B., Günther, H., Just, M. & Metzger, R. (1996). Sprachganzheitliche Team – Gruppen – Therapie. *Sprache Stimme Gehör* 20, 161-168
- Blomgren, M., Roy, N., Callister, T. & Merrill, R. (2005). Intensive stuttering modification therapy: a multidimensional assessment of treatment outcomes. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 48, 509-523
- Boberg, E. & Kully, D. (1994). Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (5), 1050-1059
- Breitenfeldt, D.H. & Lorenz, D.R. (1989). *Successful stuttering management program for adolescent and adult stutterers*. Cheney, WA: Eastern Washington University
- Cook, S. (2010). ICF-basierte Diagnostik in der Stottertherapie – Methodik zur Evaluation psychosozialer Belastungen und deren Einfluss auf die Therapieplanung. In: Iven, C. & Kleissendorf, B. (Hrsg.), *St-t-tottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation. Tagungsbericht zum 11. Wissenschaftlichen Symposium des dbs in Halle am 29./30. Januar 2010* (45-66). Idstein: Schulz-Kirchner
- Dirks, U. (2002a). Forschendes Lernen: Ein professionstheoretisch begründeter Standard in der Lehrerbildung. In: Hinz, R., Kiper, H. & Mischke, W. (Hrsg.), *Welche Zukunft hat die Lehrerbildung in Niedersachsen?* (103-116). Baltmannsweiler: Schneider
- Dirks, U. (2002b). Kommunikations- und Sprachbewusstseinskonstrukte professioneller Englischleh-



- rerInnen. In: J. Bateman, J. & Wildgen, W. (Hrsg.), *Sprachbewusstheit im schulischen und sozialen Kontext* (13-30). Frankfurt/M.: Lang
- Euler, H., Wolff von Gudenberg, A., Jung, K. & Neumann, K. (2009). Computergestützte Therapie bei Redeflussstörungen: Die langfristige Wirksamkeit der Kasseler Stottertherapie. In: *Sprache Stimme Gehör* 33 (4), 193-201
- Fry, J., Millard, S. & Botterill, W. (2014). Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders* 49 (1), 113-126
- Herder, C., Howard, C., Nye, C. & Vanryckeghem, M. (2006). Effectiveness of behavioral stuttering treatment: a systematic review and meta-analysis. *Contemporary Issues in Communication Science & Disorders* 33 (1), 61-73
- Howie, P., Tanner, S. & Andrews, G. (1981). Short- and long-term outcome in an intensive treatment program for adult stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 46 (1), 104-109
- Iven, C. (2009). Beim Stottern nichts Neues? Aktuelle Evaluationsergebnisse und ICF-basierte Methodenkritik. In: de Langen-Müller, U., Hielscher, M. & Kleissendorf, B. (Hrsg.), *Sprachtherapie lohnt sich?! Tagungsbericht zum 10. Wissenschaftlichen Symposium des dbs e.V. am 23. und 24. Januar 2009 in Hannover* (29-56) Köln: Prolog
- Irani, F., Gabel, R., Daniels, D. & Hughes, S. (2010). *Evaluating treatment outcomes for intensive stuttering therapy: a mixed-method approach*. Texas State University / Bowling Green State University. [www.asha.org/events/convention/handouts/2010/2027-irani-farzan/](http://www.asha.org/events/convention/handouts/2010/2027-irani-farzan/) (19.01.2016)
- Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, D., Crown, C. & Jasnow, M. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. In: Overton, W.F. (Hrsg.), *Monographs of the Society for Research in Child Development* 66 (2), (vi-131). Boston: Blackwell
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (Hrsg.) (2002). *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt
- LVR-Klinik Bonn (2009). *Bonner Stottertherapie. Stationäre Intensivtherapie für jugendliche und erwachsene Stotterer*. [www.rk-bonn.lvr.de/spezielle+angebote/Stottertherapie+Bonn/broschue-re\\_stottertherapie\\_20100323.pdf](http://www.rk-bonn.lvr.de/spezielle+angebote/Stottertherapie+Bonn/broschue-re_stottertherapie_20100323.pdf) (30.12.2015)
- Max, L. & Yudman, E.M. (2003). Accuracy and variability of isochronous rhythmic timing across motor systems in stuttering versus nonstuttering individuals. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 46, 146-163
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz
- Miosga, C. (2006). *Habitus der Prosodie – Die Bedeutung der Rekonstruktion von personalen Sprechstilen in pädagogischen Handlungsfeldern*. Frankfurt/M.: Peter Lang
- Miosga, C. (2012). Die Vielfalt des Sprechens – Mit und voneinander lernen im „Sommercamp für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene“. *Logos interdisziplinär* 20 (2), 108-115
- Miosga C. & Humke, A. (2009). Evaluation der kommunikativen Entwicklung stotternder Jugendlicher und Erwachsener nach dem Konzept der Integrativen Stottertherapie. In: de Langen-Müller, U., Hielscher, M. & Kleissendorf, B. (Hrsg.), *Sprachtherapie lohnt sich?! Zum aktuellen Stand der Evaluations- und Effektivitätsforschung in der Sprachtherapie. Tagungsbericht zum 10. Wissenschaftlichen Symposium des dbs e.V. am 23. und 24. Januar 2009 in Hannover* (246). Köln: Prolog
- Miosga, C., Pflughoft, J. & Wurster, P. (2014). Die Sommercamp Trainings-CD, Übungsbuch und -CD. 2. überarb. Aufl., auch als MP3-Download erhältlich über [ambulanz-sprache@ifs.uni-hannover.de](mailto:ambulanz-sprache@ifs.uni-hannover.de)
- Miosga, C. & Schmalenberger, P. (2011). Selbstwahrnehmung des Stotterns – Evaluationsstudie zur psychosozialen Entwicklung von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen. In: Geist, B. & Hielscher-Fastabend, M. (Hrsg.), *Sprachtherapeutisches Handeln im Arbeitsfeld Geriatrie. Tagungsbericht zum 12. Wissenschaftlichen Symposium des dbs e.V. am 28. und 29. Januar 2011 in München* (239). Köln: Prolog
- Miosga, C., Lütje, M. & Schierstaedt, L. (2015). *Evaluation des Sommercamps für stotternde Jugendliche und junge Erwachsene 2013*. Ein Lehr-Lernprojekt der Leibniz Universität Hannover. Unveröffentlichte Präsentation am 03.02.2015, Master-Projekttag, Hannover
- Natke, U., Alpermann, A., Heil, W., Kuckenberg, S., & Zückner, H. (2010). Langzeitergebnisse der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). *Sprache Stimme Gehör* 34 (3), 155-164
- Ochsenkühn, C., Ewerbeck, C. & Thiel, M. (2010). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer
- Prüß, H. & Richardt, K. (2015). Bonner Langzeit-Evaluationsskala zur Lebenssituation Stotternder (BLESS). *Forum Logopädie* 29 (2), 14-18
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- Savelkoul, E.M., Zebrowski, P.M., Feldstein, S. & Cole-Harding, S. (2007). Coordinated interpersonal timing in the conversations of children who stutter and their mothers and fathers. *Journal of Fluency Disorders* 32 (1), 1-32
- Schütz, S.-M. (2015). Auswirkung der „D.E.L.P.H.I.N.-Therapie“ auf die Stottersymptomatik. *Forum Logopädie* 29 (2), 28-31
- WHO – World Health Organisation (2001). *Towards a common language for functioning, disability and health* (ICF). Geneva: WHO
- Wilson, B.G. & Ryder, M.J. (1996). *Dynamic learning communities: an alternative to designed instructional systems*. <https://carbon.ucdenver.edu/~mryder/dlc.html> (19.01.2016)

**SUMMARY. Speaking, learning and research with each other in a Summer Camp for stuttering adolescents and young adults – a study on the effects of the Combined Stuttering Therapy corresponding to the Hanover Model**

Based on dialogic and interactionist approaches, the Hanover Model of the Combined Stuttering Therapy in the summer camp for stuttering adolescents and young adults is introduced. Speech and communicative diversity is seen as important and essential for the conditions of learning in speech therapy. The perspective of diversity in speech therapy goes beyond traditional approaches. It can open new perspectives for the analysis and practice of therapy and everyday life. Therefore, this approach also may well contribute to the debate on professionalism of speech language pathologists and research in this discipline. A study revealed treatment effects and mixed views of the individuals and their dialogue partner. This was followed by an intervention study with three assessments, one before, one assessment after therapy and one follow-up and three types of measurement: 1. videotaped speech situations, 2. questionnaires for the participants and their reference person, and 3. videotaped interviews. Results show significant reductions in the severity of stuttering and stuttering frequency. Follow-up results, all questionnaires and the content-analytical results also indicate clear improvements and change strategies and factors following by the Summer Camp.

**KEYWORDS:** Stuttering – group therapy – dialogic approach – Hanover Model of stuttering therapy – efficacy

**DOI dieses Beitrags ([www.doi.org](http://www.doi.org))**  
10.2443/skv-s-2016-53020160202

**Autorin**

Dr. Christiane Miosga  
Sprach-Pädagogik und -Therapie  
Leibniz Universität Hannover  
Philosophische Fakultät  
Institut für Sonderpädagogik  
Schloßwender Str. 1  
30159 Hannover  
[christiane.miosga@ifs.uni-hannover.de](mailto:christiane.miosga@ifs.uni-hannover.de)

**8.-17. Juli Sommercamp 2016**  
[www.sommercamp-stottern.de](http://www.sommercamp-stottern.de)