



#59 MIST ist gut – nicht nur für Pflanzen, auch bei Stottern

Originalstudie: Sønsterud, H., Halvorsen, M. S., Feragen, K. B., Kirmess, M., & Ward, D. (2020). What works for whom? Multidimensional individualized stuttering therapy (MIST). *Journal of Communication Disorders*, 88, 106052.

Die Wirksamkeit von Stottertherapien wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen. Es ist jedoch immer noch unklar, was als positives Therapieergebnis angesehen werden kann (Nye et al., 2013). Die bisherigen Erkenntnisse gehen in unterschiedliche Richtungen und es bedarf weiterer Forschung, um zu bestimmen, was eine bestimmte Behandlung effektiv und effizient macht. Vor allem muss besser verstanden werden, welche Menschen am meisten von welchem Behandlungsprogramm profitieren. Jede Person sollte eine Therapie erhalten, die auf ihre Vorlieben und Ziele zugeschnitten ist und die in verschiedenen kommunikativen Situationen im täglichen Leben zu positiven Veränderungen beitragen kann. Voraussetzung ist daher, dass die Person selbst die Therapie als angemessen, wirksam und sinnvoll empfindet.

Multidimensionale Therapieansätze sind auf dem Gebiet der Redeflussstörungen bereits gut etabliert und integrieren sowohl verhaltensbezogene als auch emotional-kognitive Elemente. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Gesamtauswirkungen des Stotterns auf das Leben einer Person zu bewerten und Elemente wie die Auswirkungen auf das Selbstvertrauen, die Kommunikationszufriedenheit und die Lebensqualität in die Bewertung einzubeziehen (Yaruss & Quesal, 2010). Neben dem spezifischen Behandlungsprogramm gibt es noch andere Faktoren, die das Therapieergebnis beeinflussen können, u.a. die Motivation der Person für die Therapie und die Qualität der therapeutischen Allianz.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen entwickelten Hilda Sønsterud und ihr Team an der Universität Oslo einen klientenzentrierten Therapieansatz namens MIST (Multidimensional individualized stuttering therapy). Die zentralen Elemente dieses Ansatzes sind eine proaktive Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient und regelmäßiges Feedback von jedem Teilnehmenden. In ihrer Studie gingen Sønsterud und Team der Frage nach, inwieweit MIST die Auswirkungen und den Schweregrad des Stotterns verringern kann und inwieweit sich der Ansatz positiv auf die Sprechfähigkeit, das Kommunikationsvertrauen, das Vermeidungsverhalten und die Lebensqualität auswirkt.

Insgesamt bildeten 18 Teilnehmende (15 Männer und 3 Frauen) im Alter von 21-61 Jahren die Therapiekohorte. Keiner der Teilnehmenden hatte in den letzten drei Jahren vor der Studie eine Stottertherapie erhalten. Ein Teilnehmer hatte das SpeechEasy-Therapiegerät benutzt, bestätigte aber, dass er es in den drei Monaten vor der Interventionsstudie nicht benutzt hatte. Die Studie folgt einem A-B-A-Studiendesign, das in eine Prä-Phase, eine Interventionsphase und drei Follow-Up-Untersuchungen - 3, 6 und 12 Monate nach Therapieende - gegliedert ist.

In der ersten, sechswöchigen Prä-Phase wurden die Sprechfähigkeiten, das Stottern, die Kommunikation und die Lebensqualität sowie der Grad der psychischen Belastung der Teilnehmenden bewertet. Nach den sechs Wochen wurden die Häufigkeit und der Schweregrad des Stotterns erneut gemessen. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine multifaktorielle Messwiederholung verwendet. Die Bewertungen berücksichtigen sowohl Primär- als auch Sekundärsymptome des Stotterns.

Gemessen wurden:



- Der Schweregrad des Stotterns mit dem Stuttering Severity Instrument – 4. Version (SSI-4; Riley 2009). Dieser untersucht den Schweregrad des Stotterns anhand von drei Parametern: Nämlich
 - Stotterhäufigkeit,
 - durchschnittliche Länge der Stottermomente (Dauer) und
 - körperliche Begleitumstände.
- Die Wahrnehmung der Klienten über deren Stotterverhalten und Sekundärsymptomatik mit dem Wright and Ayre Stuttering Severity Self-Rating Profile (WASSP ; Wright & Ayre, 2000) und dem Overall Assessment of Speakers' Experience of Stuttering- Adult version (OASES-A; Yaruss & Quesal, 2010).
 - Vermeidungsverhalten,
 - emotionale und
 - kognitive Aspekte
- Eventuelle Angst- und Depressionssymptome mit dem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ; Zigmond & Snaith, 1983)

Die Bewertung mit dem SSI-4 wurde von zwei externen Sprachtherapierenden mittels Videoaufnahmen zu sieben Zeitpunkten durchgeführt: zweimal vor der Therapie, zweimal während der Therapie (direkt nach der ersten und vierten Therapiesitzung) und dreimal bei den Follow-Up-Messungen 3, 6 und 12 Monate nach der Therapie. Die Fragebögen wurden hingegen zu drei Zeitpunkten ausgefüllt: einmal vor der Therapie und zweimal bei der Nachuntersuchung 6 und 12 Monate nach der Therapie.

Die Intervention begann unmittelbar nach der Prä-Phase und bestand aus vier Therapiesitzungen über einen Zeitraum von acht Wochen, die alle zwei Wochen stattfanden. Die durchschnittliche Dauer jeder Therapiesitzung betrug zweieinhalb Stunden. Die Therapiesitzungen wurden durch Übungen für zu Hause ergänzt. Die Behandlung wurde individuell gestaltet: Jede teilnehmende Person konnte einen von fünf Interessensbereichen wählen, auf die sie sich während der Therapie konzentrieren wollte. Die fünf Schwerpunktbereiche waren:

- Allgemeine Atemmuster und Körperspannungen;
- Atemmuster während der Sprachproduktion;
- Stimmliche Merkmale bei der Sprachproduktion;
- Wert- und achtsamkeitsbasierte Strategien;
- Allgemeine Kommunikations- und/oder Präsentationsfähigkeiten.

Übergeordnet bestand das Ziel der Therapie darin, ein größeres Bewusstsein für Körperspannungen, Atmung und Stimmmechanismen zu schaffen und erworbene Spannungen abzubauen, indem alternative und weniger ermüdende Sprechweisen gefunden werden. Die Therapiepräferenzen der Teilnehmenden wurden während der ersten und zweiten Behandlungssitzung auf einem speziellen Formular festgehalten, um die Wirkung der ausgewählten Therapieelemente zu dokumentieren. Die Teilnehmenden wurden dann gebeten, die im Formular angegebenen Therapiepräferenzen am Ende der dritten Therapiesitzung und bei den Nachuntersuchungen 3 und 12 Monate nach der Therapie zu bewerten und dabei die wahrgenommene Nützlichkeit dieser Elemente und die Häufigkeit ihrer Anwendung bei den Übungen zu Hause anzugeben.



Während jeder Therapiesitzung wurden die Teilnehmenden ermutigt, sich ihrer Atmung und/oder Körperspannung bewusst zu sein und dabei kurze Übungen durchzuführen, um ihr Atemmuster und andere körperliche Empfindungen noch besser wahrzunehmen. Die Bewusstseinsarbeit wurde mit der Erkundung der eigenen Sprechfähigkeit kombiniert, wobei versucht wurde, eine möglichst natürliche Sprechweise mit normalen Intonationsmustern zu erreichen. Wenn die Teilnehmenden bestimmte Aufgaben oder Elemente als hilfreich empfanden, wurden sie aufgefordert, diese Aufgaben zu Hause oder in verschiedenen Alltagssituationen zu üben. Die ersten drei Therapiesitzungen fanden in einer Klinik statt, während die vierte und letzte Therapiesitzung in einem Park oder Café durchgeführt wurde. Dabei übte jede teilnehmende Person die gewählten Fähigkeiten in selbst gewählten Sprechsituationen, die mit Hilfe des Therapeuten bewertet und verändert wurden.

Bei den meisten Teilnehmenden nahmen die negativen Auswirkungen des Stotterns im Laufe der Zeit deutlich ab, sowohl 6 als auch 12 Monate nach der Therapie (OASES-A und WASSP). Auch der Schweregrad des Stotterns (SSI-4) nahm am Ende der Therapie ab, obwohl dieser 12 Monate nach der Therapie im Vergleich zu 6 Monaten danach wieder leicht (aber nicht signifikant) anstieg. Außerdem verbesserten sich bei fast allen Teilnehmenden die Sprechfähigkeit, die Kommunikationsfähigkeit und die Lebensqualität, auch wenn die Verbesserungen bei einigen Personen nur gering waren. Insbesondere wurde ein starker Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit mit der MIST und der Verbesserung der Sprechfähigkeit (OASES-A) 6 und 12 Monate nach der Therapie festgestellt. Auch die Angst- und Depressionssymptome (die nur bei einigen Patienten vorhanden waren) hatten sich nach der Therapie deutlich verringert.

Die Multidimensionale Individualisierte Therapie für Stottern (MIST) erwies sich daher in klinischen und realen Situationen als wirksam. Die Ergebnisse zeigten mäßige bis starke Zusammenhänge zwischen Verbesserungen der Sprechfähigkeit, des Kommunikationsvertrauens und der Lebensqualität der Teilnehmenden. Die Autoren weisen darauf hin, dass ein individualisierter und multidimensionaler Ansatz wie MIST auch langfristig zu Verbesserungen in diesen Bereichen führen kann. Die Ergebnisse waren trotz der relativ kleinen Stichprobe vielversprechend, und eine Wiederholung durch andere Sprachtherapierende mit größeren Stichproben und mehr Therapiesitzungen ist sicherlich erforderlich.

Die Natur eines individualisierten Ansatzes, wie in dieser Studie gezeigt, bedeutet, dass die relative Gewichtung zwischen den Therapiekomponenten von Person zu Person variieren muss. Natürlich können sich die Bedürfnisse und Ziele der Klienten in der Therapie im Laufe der Zeit ändern, ebenso wie die Bereitschaft zur Therapie. Daher argumentieren die Autoren, dass die allgemeine klinische Herausforderung beim Stottern eher damit zusammenhängt, wie gut Therapierende in der Lage sind, Elemente einer Intervention anzupassen und zu integrieren, als einen bestimmten therapeutischen Ansatz zu wählen. Ebenfalls scheint das gegenseitige Einverständnis bezüglich der therapeutischen Aufgaben entscheidend dafür zu sein, dass die Teilnehmenden die Behandlung als nützlich und wirksam ansehen. In zukünftigen Studien wird es daher notwendig sein, die Rolle, die Aspekte wie das therapeutische Bündnis und die aktive Beteiligung der stotternden Personen auf die therapeutische Wirksamkeit haben können, weiter zu evaluieren.

Auf den Punkt gebracht von Giorgio Benedetti, akademischer Sprachtherapeut in Berlin.
Gegengelesen und kommentiert von Dr. Claudia Iven, Stotterexpertin aus Köln.



An der Feststellung, dass es beim Stottern nicht den EINEN, allein selig machenden Ansatz gibt, ist nichts auszusetzen. So stand ja auch der diesjährige International Stuttering Awareness Day unter dem Motto "One Size Does NOT Fit All".

Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass der Multidimensionale Individualisierte Ansatz, wie hier vorgestellt, ein Konstrukt für Jugendliche und Erwachsene ist, das nicht 1:1 auf die Therapie mit Kindern zu übertragen ist. MIST erfordert auf der Klientenseite eine erhebliche Selbstverantwortung, Reflexions- und Bewertungsfähigkeit, um die eigenen Bedürfnisse und Ziele artikulieren und ggf. anpassen zu können. Das können Kinder noch nicht leisten, weshalb das Vorgehen so, wie bei MIST beschrieben, für Kinder nicht geeignet ist. Kinder profitieren aber natürlich genauso von individualisierbare Bausteinsystemen, die sich an den Kompetenzen und Vorlieben des Kindes orientieren. Ein schöner Hinweis auf Evidenzen zum „One size does not fit all“ in der Kindertherapie findet sich als Link im PDF zur heutigen Folge

Eine schöne kurze Woche mit viel Zeit für herbstliche Spaziergänge wünscht

Ihr Team von Lingo Lab

,

LingoScience ist eine Gemeinschaftsproduktion von Lingo Lab und dem Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie, dbS. Dieser Text ist auch als Podcast zum Anhören verfügbar auf allen bekannten Podcastkanälen (Spotify, Castbox, Apple, etc.) und auf www.lingo-lab.de/podcast sowie in der Infothek auf www.dbs-ev.de.

Weitere Quellen:

Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 56(3), 921. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/12-0036\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/12-0036)).

Riley, G. D. (2009). *Stuttering Severity Instrument (SSI-4) (4th Edition)*. Pro-Ed.

Sønsterud, H., Kirmess, M., Howells, K., Ward, D., Feragen, K. B., & Halvorsen, M. S. (2019). The working alliance in stuttering treatment: A neglected variable? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(4), 606–619. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12465>

Wright, L., & Ayre, A. (2000). *WASSP: Wright and ayre stuttering self-rating profile*, 25. Bicester, UK: Winslow Press
Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2010). *OASES manual: Overall assessment of the speaker's experience of stuttering*. United States of America: NCS Pearson, Inc.

Zigmond, A. S., & Snaitch, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.

Link Evidenzen zum „One size does not fit all“ in der Kindertherapie:

LingoScience



DER LOGOSTUDIENPODCAST

LingoScience ist eine Kooperation von:



<https://www.stutteringhelp.org/OneSizeDoesNotFitAll>