

Stottern.

Eine Suche nach gestalttherapeutischen Zugängen zum Stottern

Graduierungsarbeit

Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im
Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und
Gruppendynamik (ÖAGG)

eingereicht von

Dr. Günther Ditzelmüller

Wien, im Mai 2007

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei allen Kolleginnen und Kollegen, Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten, die mir in vielen Gesprächen und mit ihren Rückmeldungen wichtige Hinweise beim Abfassen dieser Arbeit gegeben haben. Besonders bedanke ich mich bei Ekkehard Tenschert und Drⁱⁿ. Ingeborg Netzer für die kritische Durchsicht der Rohfassung und ihre motivierende Unterstützung.

Für viele wertvolle Gespräche, die mir hintergründige Einblicke in das Phänomen Stottern gewährt haben, und ihre wohlwollende logopädische Begleitung bedanke ich mich bei Uli Haas. Bei Dr. Jürg Kollbrunner und seinen MitarbeiterInnen im Inselspital in Bern bedanke ich mich für die gastfreundliche, kollegiale Aufnahme, für wichtige Diskussionen und die Möglichkeit in ihre Arbeit Einblick zu nehmen. Ebenso bedanke ich mich bei Maria Summer für die Gelegenheit, ihre Arbeit und ihre mutige, dem Leben zugewandte Haltung in persönlichen Gesprächen kennenzulernen.

Für ihren Mut, ihre Offenheit und die Erlaubnis, ihre persönlichen Erfahrungen in diese Arbeit einzubinden, bedanke ich mich bei den TeilnehmerInnen an dem Workshop, der eine wichtige Grundlage für diese Arbeit wurde. Bei der Obfrau der ÖSIS (Österreichische Selbsthilfe-Initiative Stottern) Andrea Grubitsch bedanke ich mich für die Gelegenheit, meinen Workshop über den ÖSIS-Verteiler anzukündigen.

Diese Arbeit ist für mich der letzte Meilenstein meiner Ausbildung zum Integrativen Gestalttherapeuten. Dass ich den Mut gefasst habe, mein Leben in die Hand zu nehmen und so weit gekommen bin, verdanke ich vor allem auch vielen Menschen und Umständen, die mich in meinem bisherigen Leben begleitet, die mich gestützt und genährt und die mir als Reibebäume gedient und mich herausgefordert, oder mir schier unlösbare Rätsel aufgegeben haben. Dazu gehören ebenso meine Eltern und Geschwister wie Lehrer und Lehrerinnen und vor allem Freunde und Freundinnen, die da waren, wenn ich sie gebraucht habe und mit denen ich gemeinsam Höhen und Tiefen erforscht und durchlebt habe.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	4
2 Fragment 1: MEINE STOTTERGESCHICHTE	6
3 Fragment 2: DAS PHÄNOMEN STOTTERN - FAKTEN und BLICKWINKEL	12
4 Fragment 3: FELDBEDINGUNGEN – DER RAHMEN FÜR DAS STOTTERN	15
4.1 KULTURANTHROPOLOGIE UND ETHNOSOZIOLOGIE.....	15
4.2 DAS FAMILIÄRE FELD.....	16
4.3 DAS FELD MEINER KINDHEIT.....	17
4.4 DAS FELD IM HIER UND JETZT.....	18
4.5 VERSUCH EINER GESAMTSCHAU.....	18
5 Fragment 4: NEUROBIOLOGIE UND GENETIK	19
6 Fragment 5: LOGOPÄDIE	22
6.1 LOGOPÄDIE.....	22
6.2 DER „NICHT-VERMEIDUNGS-ANSATZ“ VON CHARLES VAN RIPER („Stuttering Modification“; „Non-Avoidance-Approach“).....	23
6.3 „FLUENCY SHAPING“.....	24
6.4 ROLAND PAULI’S NACHBEREITUNGSMETHODE (ROPANA).....	24
6.5 „FASSEN, LASSEN, RUHEN“ - DIE SPRACHHEILPÄDAGOGISCHE METHODE VON MARIA SUMMER.....	25
6.6 ANDERE ANSÄTZE.....	25
7 Fragment 6: PSYCHOANALYSE, INDIVIDUALPSYCHOLOGIE, SYSTEMISCHE THERAPIE	26
7.1 PSYCHOANALYSE / PSYCHODYNAMIK I.....	26
7.2 PSYCHODYNAMIK II: die „Dynamische Stottertherapie“ Kollbrunners.....	28
7.3 INDIVIDUALPSYCHOLOGIE: Theo Schoenakers Konzept der Stottertherapie.....	31
7.4 SYSTEMISCHE THERAPIE / SYMPTOMAUFSTELLUNGEN nach Eelco de Geus.....	32
8 Fragment 7: DIE GESTALT THERAPIE	34
8.1 F.S. PERLS UND DAS STOTTERN	34
8.2 VON „I AM A STUTTERER“ ZU „I AM ONE WHO CAN SPEAK FLUENTLY“.....	36
8.3 DER METHODEN ÜBERGREIFENDE ANSATZ VON C.W. STARKWEATHER UND J. GIVENS ACKERMAN.....	37
9 Fragment 8: EIN WORKSHOP MIT STOTTERNDEN	42
9.1 DAS ZIEL.....	42
9.2 DAS KONZEPT.....	43
9.3 DAS SETTING UND DIE ZIELGRUPPE.....	44
9.4 DER ABLAUF.....	44
9.5 DIE TEILNEHMER/INNEN.....	45
9.6 PHANTASIEREISE UND MALEN.....	47
9.7 BEFINDLICHKEIT WÄHREND DES MALENS UND DER PHANTASIEREISE.....	47
9.8 VORSTELLUNG DER BILDER.....	48
9.9 EINZELARBEIT.....	50
9.10 SCHLUSSRUNDE.....	51
9.11 DIE THEMEN.....	51
9.12 DAS FAZIT.....	52
9.13 DER GRUPPENPROZESS.....	53
9.14 MEIN ERLEBEN.....	53
10 INTEGRARIUM	54
10.1 VOM KLAUSTRUM ZUM CONTAINMENT.....	55
10.2 STÜTZE UND KONTAKT.....	57
10.3 WAHRNEHMUNG UND GEWAHRSEIN	58
10.4 TOPDOG UND UNDERDOG.....	59
10.5 DIALOG IM HIER UND JETZT.....	60
10.6 SCHLUSS.....	62
11 LITERATURVERZEICHNIS	63

1 EINLEITUNG

In dieser Abschlussarbeit widme ich mich einem Phänomen, das mich selber betrifft und das mich in der Vergangenheit noch viel mehr betroffen hat: dem Stottern. Neben der Triebfeder, mit dieser Arbeit meine Ausbildung abzuschließen, war meine Motivation, mich diesem – speziell meinem – Thema zu widmen, mich am Ende meiner Ausbildung noch einmal mit einem ganz wesentlichen meiner „Lebensthemen“ auf persönlicher und fachlicher Ebene auseinander zu setzen.

Ein Ziel dieser Arbeit ist für mich, das Stottern aus unterschiedlichen Perspektiven darzustellen und verstehbar zu machen und nicht nur beim Symptom der Redeflussstörung stecken zu bleiben, sondern auch seine möglichen Hintergründe aufzuzeigen. Das zweite und letztlich entscheidende Ziel ist für mich, eine gestalttherapeutische Sichtweise zum Phänomen Stottern zu entwickeln und therapeutische Implikationen zu diskutieren.

Ich bin erst sehr spät auf dieses Thema gestoßen. Ursprünglich hatte ich vor, über eine gestalttherapeutische Gruppe oder über ein anderes Thema aus meiner therapeutischen Erfahrung zu schreiben. Ein Grund, nicht sofort auf das Thema „Stottern“ zu stoßen, war die Tatsache, dass es kaum jemals zB. in meiner Ausbildungsgruppe angesprochen wurde, weder von mir, noch von meinen KollegInnen noch von den LehrtherapeutInnen.... Das ist offensichtlich bereits ein Charakteristikum des Symptoms: nämlich, dass es sowohl von den Betroffenen als auch von den Zuhörenden häufig ignoriert und tabuisiert wird. Und das, obwohl es den unmittelbaren Kontakt beeinflusst und irritiert und nur dort auftritt – und häufig den unmittelbar gesprochenen Inhalt vehement beiseite drängt. Ich habe mich also an das Thema heran getastet, indem ich meine eigenen Erfahrungen nochmals reflektierte und mich mit den theoretischen Hintergründen und therapeutischen Zugängen vertraut machte. Letztlich sah ich es als eine spezifische Qualität und Chance, sowohl die wissenschaftliche „Außenperspektive“ als auch die „Innenperspektive“ meiner persönlichen Erfahrung darzustellen und so einen umfassenden Blick zu ermöglichen. Die Gefahr, an manchen Stellen implizit meine subjektiven Sichtweisen zu allgemein gültigen Anschauungen zu erheben und gleichzeitig vielleicht wichtige Blickwinkel wie „blinde Flecken“ auszublenden, versuchte ich zu umgehen, indem meine eigenen Sichtweisen möglichst als solche benannte.

Beim Schreiben fürchtete ich einerseits, zu viel von mir selbst preiszugeben und mich mit meiner Störung als eben „gestört“ und betroffen hinzustellen und mich auf diese Weise besonders angreifbar zu machen. Andererseits – oder vielleicht gerade deshalb - plagte mich ein ungeheurer Anspruch, diese Arbeit perfekt und „unangreifbar“ zu machen und mich so hinzustellen, als stünde ich zumindest bezüglich des Stotterns über den Dingen... Damit zauderte und zweifelte ich und begann auch beim Schreiben zu „stottern“, indem ich den Impuls und meinen Willen zu schreiben

mit meiner Angst vor persönlicher Bloßstellung und wissenschaftlichem Ungenügen zumindest zeitweilig boykottierte. So ist es also: Stottern ist für mich ein Ausdruck für die Blockierung, die entsteht, wenn zwei einander widersprechende und annähernd gleich starke Strebungen in Konflikt geraten.

Das im letzten Satz angedeutete Erklärungsmodell ist allerdings nur eines von vielen. Immer noch herrschen Modelle vor, in denen psychische Faktoren (außer jenen der Auswirkungen des Stotterns) eine untergeordnete Rolle gegenüber neurobiologischen, motorischen und genetischen Faktoren spielen. Wenn sich dieses Bild auch zugunsten von ganzheitlichen Modellen wandelt, so ist es mir hier auch wichtig hervorzuheben, dass in der Therapie bei weitem logopädische Ansätze überwiegen. Diese arbeiten vorwiegend auf einer pädagogischen und übungsorientierten Basis und sind vor allem in der Therapie von Kindern, die stottern, sehr erfolgreich. Ich gebe diesen Methoden in dieser Arbeit nur wenig Raum, will aber ihre Bedeutung unter keinen Umständen mindern, vor allem deshalb, weil es in vielen Fällen wohl auch um den Ausgleich motorischer Defizite geht. Die Integrative Gestalttherapie hingegen beleuchtet den (psychischen, sozialen...) Hintergrund des Symptoms und hilft, verborgene Konflikte in den dialogischen Vordergrund zu bringen und sie zu integrieren.

Ich bemühe mich in dieser Arbeit um eine wertschätzende, nicht stigmatisierende und nicht diskriminierende Ausdrucksweise. Für Menschen, die vom Symptom „Stottern“ betroffen sind, schreibe ich „Stotternde“ und vermeide zB den Ausdruck „Stotterer“, weil dieser suggerieren könnte, dass das Symptom unlösbar mit der Person verbunden sei. Bezüglich der Suche nach einer „geschlechtsneutralen“ Ausdrucksweise habe ich mich dafür entschieden, sowohl manchmal die weibliche und manchmal die männliche als auch Mischformen (zB.: TherapeutInnen) zu verwenden.

Beim Konzipieren dieser Arbeit habe ich folgende Struktur gewählt: Im „Fragmentarium“ eröffne ich in mehreren Kapiteln, die nur sehr lose zusammen hängen, einen mehrperspektivischen Blick auf das Stottern, nämlich auf seine Hintergründe, auf verschiedene therapeutische Ansätze und auf meine persönlichen Erfahrungen. Diese Fragmente bilden den Hintergrund für das „Integrarium“, in dem ich eine gestalttherapeutische Sichtweise zu entwickeln versuche und mögliche Implikationen für die praktische Herangehensweise diskutiere und sie damit zur „Figur“ im Vordergrund mache.

2 Fragment 1: MEINE STOTTERGESCHICHTE

Ich kann mich nicht daran erinnern, jemals nicht gestottert zu haben.

Meine erste Erinnerung an das Stottern ist eine Episode im Gemischtwarenladen meiner Großeltern: ich sehe mich als kleinen Buben - war ich damals drei oder vier? - in den Laden gehen und inmitten von riesigen Erwachsenen darauf warten, von meinem Großvater oder meiner Großmutter bedient zu werden. Mir fällt ein, dass ich ja nie mich in die Reihe der Wartenden fügen hätte müssen, vielmehr hätte ich einfach "von hinten" durch die Wohnung meiner Großeltern kommen können und hätte ohne zu warten und ohne zu zahlen gekriegt, was ich wollte. Vielleicht hat mich meine Mutter geschickt, um meine „Selbständigkeit“ zu prüfen oder zu stärken, vielleicht habe ich aber auch darauf insistiert, einmal "richtig", wie alle Anderen einkaufen zu gehen. Auf alle Fälle bin ich dann drangekommen und habe kein Wort herausgekriegt: vielleicht hätte ich den Satz mit einem "Bitte" beginnen wollen. Nicht einmal bis zum "B" bin ich gekommen, als mir das Wort schon in der Kehle steckte und ein gewaltiger Druck in meinem Bauch, meinem Zwerchfell und in meiner Brust gegen die Sperre im Gaumen und im Kehlkopf kämpfte. Roter Kopf, Spannung in allen Gliedern. Brennende Wut. Ich kann mich erinnern, dass mir zum Schreien war und ich doch kein Wort, keinen Laut über meine Lippen brachte. Ich erinnere mich an einen verzweiferten Kampf - und Krampf - ein Kampf gegen mich selber und gegen meine Sprechorgane, die mir den Dienst versagten: Druck, Wut, Scham, Angst vor Bloßstellung, Peinlichkeit, Verzweiflung, Hilflosigkeit - und der aufsteigende Anspruch, mich in der Situation inmitten der vielen Erwachsenen als souverän zu erweisen und die peinliche Erfahrung, dass ich als hilfloser Winzling dastand. Ich sehnte mich nach Schutz und Geborgenheit und tat so, als wäre ich einer von den "Großen" und als wäre "nichts" - oder einfach "alles in Ordnung".

Fazit:

- Hilflosigkeit und Panik, die mich im Augenblick völlig erstarren ließen
- die Umstehenden waren ebenfalls hilflos und irritiert, vielleicht mitleidig, vielleicht ärgerlich
- meine Großeltern waren schockiert und vielleicht peinlich berührt
- ich selber war ebenfalls schockiert und voll Scham, kannte mich nicht aus und versuchte tapfer zu bleiben und „Haltung zu bewahren“
- und ich kam nicht zu dem, was ich eigentlich wollte

Diese Erinnerung und dieser Zwiespalt zwischen dem Anspruch, wie ich zu sein hätte, sein wollte oder von den Erwartungen meiner Eltern her sein sollte - stark, souverän, „erwachsen“, mächtig, unberührt/bzw. unberührbar, verständnisvoll (vor allem meinen kleineren Geschwistern gegenüber), folgsam und sozial angepasst..... - und dem, wie ich war - klein und hilfsbedürftig, neugierig und zornig, besorgt und ängstlich, sind für mich Metapher und Konzentrat meiner gesamten Stottergeschichte. Das Wort "wollen" verwende ich hier mit einigem Unbehagen, weil

dieses Wollen ja doch wieder einen introjizierten Anspruch widerspiegelt, der mit einem anderen "Wollen" im Unbewussten konkurriert und offensichtlich in der Blockade und dem Krampf nach Ausdruck strebt.

Das erste Auftreten meines Stotterns im Alter von knapp drei Jahren fiel in jene Zeit, in der meine Eltern in Dauerkonflikten miteinander verstrickt und von existenziellen finanziellen Nöten geplagt waren, mein Bruder auf die Welt kam und ich eben die ersten Worte gesprochen hatte und zwar ganz ohne zu stottern (weiteres zum „Feld“ meiner frühen Entwicklung siehe Seite 17). Meine Eltern waren deshalb sehr besorgt und begannen bald nach einer geeigneten Therapie zu suchen. Sie waren sich durchaus der konfliktreichen Begleitumstände der Entwicklung meines Symptoms bewusst, litten an Schuldgefühlen und konnten andererseits von ihren gegenseitigen Schuldzuweisungen nicht ablassen.

Also meine ersten Therapieerfahrungen: Ich erinnere mich an Gruppen von Kindern, die im Kreis standen und im Chor „ist die schwarze Köchin da“ rezitierten und ich mich dabei extrem unwohl und beschämt, falsch am Platz und doch ohnmächtig etwas zu ändern gefühlt hatte – ich kam mir lächerlich und deplatziert vor – damals war ich etwa vier, fünf Jahre alt. Meine Eltern erkannten und respektierten mein Unwohlsein und suchten nach Alternativen. Auf diese Weise bekam ich offensichtlich wirklich sehr viel Aufmerksamkeit. Ich erinnere mich an regelmäßige Fahrten in die Stadt, wo am Graben eine sehr alte Dame ordinierte und sich um meine Sprechflüssigkeit bemühte – inzwischen war ich in der Volksschule und konnte bereits lesen. Bei ihr fühlte ich mich wohl – auch mit dem Nebeneffekt, damit eine Sonderstellung einzunehmen, bei der ich mir auch manchmal „wie ein Großer“ vorkam. Ein Wermutstropfen: die alte Dame erwartete, dass ich daheim übe (zB. lese, indem ich durch ein Loch in einem Blatt lese, durch das jeweils nur ein Wort sichtbar war; oder den Rhythmus meines Sprechens dadurch vorgab, dass ich Daumen und Zeigefinger im Takt aneinander presste und so meinen Sprechrhythmus vorgab). Das Üben war für mich aber von Scham besetzt und nur „in der Öffentlichkeit“ unseres Wohnzimmers möglich, in dem sich auch meine Geschwister und meine Eltern aufhielten. Daraus entwickelte sich ein neuer Konflikt zwischen meiner Weigerung zu üben und dem Druck, den meine Eltern auf mich ausübten, das doch zu tun. Später im Volksschulalter brachten mich meine Eltern zu unterschiedlichen Ärzten zur neurologischen und psychiatrischen Abklärung. Bei einem Arzt hätte ich mich wohl gefühlt – ich erinnere mich an ein weiß getünchtes Zimmer im Keller eines großen Gebäudes – wohl in einem Pavillon auf der Baumgartner Höhe oder auf dem Gelände des alten Allgemeinen Krankenhauses in Wien. Anwesend waren außer mir auch der weiß bekittelte Arzt und mein Vater, vielleicht auch sonst noch jemand. Erstmals brachte jemand mein Stottern mit Wut und Aggression in Verbindung. Der Arzt empfahl mir, aufs Klo zu gehen und dort in die Luft zu boxen. Einerseits aus Scham vor meinem Vater, weil ich damit einen Auftrag zu einer „kindischen“ Handlung erfüllt hätte, und andererseits aus Angst mich könnte jemand beobachten, machte ich diese Übung keine zwei Mal (hätt´ ich mich doch getraut! denke ich mir jetzt; schon damals

verspürte ich Lust dazu und traute mich nicht...). Eine andere Übung, die mir dieser Arzt auftrug, war ein Lied zu singen: „Der Mond ist aufgegangen...“. Ein Lied von Matthias Claudius, das mir damals sehr gefallen und mich irgendwie berührt hat, weil ich es als „persönliches Geschenk“ auffasste. Für mich war es schlichtweg ein Horror und wieder mit Scham besetzt, als mein Vater von mir verlangte, vor meinen Geschwistern dieses Lied auf Tonband zu singen. Das Fazit dieser Therapieversuche waren letztlich nur neue Peinlichkeiten, Beschämungen und Ratlosigkeit auf allen Seiten.

Jetzt beim Schreiben fällt mir auf, dass ich das Wort Scham bereits mehrmals geschrieben habe – und mir wird wieder bewusst, welche Bedeutung Scham und Beschämung in meiner Kindheit hatten! Beschämung war offensichtlich in meiner Familie so etwas wie eine Waffe, die ich bald vor allem im Machtkampf mit meinen Geschwistern selbst einzusetzen lernte, die aber auch in meiner Umgebung fast ubiquitär war. Niedermachen und niedergemacht werden..... In diesem Zusammenhang fällt mir eine Episode ein, die mir eine meiner Grundhaltungen deutlich macht, die ich mit dem Stottern in Zusammenhang bringe und die den „überlegenen“ Part in der Dichotomie „Größenhaltung vs. Unterwerfungshaltung“ widerspiegelt: die Sache mit der „Toni-Sailer-Mütze“: Toni Sailer war ein gefeierter Schistar, als ich etwa fünf Jahre alt war. Mein Vater hatte eine weiße Haube, die er „Toni-Sailer-Mütze“ nannte... Einmal, eben im Alter von etwa fünf Jahren, als meine sonst sehr duldsame Großmutter sehr zornig auf mich war, ging ich zum Kleiderkasten, holte die Toni-Sailer-Mütze heraus, zog mir irgendwelche viel zu großen Gewänder meiner Eltern an, schulterte ein Spielzeuggewehr und klopfte an die Wohnungstüre meiner Großeltern in der Absicht meine Macht und meine Größe zu zeigen und verabschiedete mich von meiner Großmutter mit einem „so, ich gehe jetzt“. Ich kann mich nicht daran erinnern, dass ich an meinem Plan gezweifelt hätte, als „Hans im Glück“ in die weite Welt zu ziehen. Doch schon im Augenblick des Abschieds schoss mir die Reue und Verzweiflung in den Kopf: was würden meine Eltern sagen, wovon würde ich mich ernähren und wo schlafen, wie könnte ich mich ohne Gesichtsverlust aus der Affäre ziehen, wie diese verrückte Episode ungeschehen machen? Mir schien, als hätte ich mich ein für alle Mal gegen meine Großmutter versündigt und wäre nun für immer in ihrer Schuld. Also: unbändiger Zorn in der Ohnmacht gegen den Zorn und die Grenzsetzungen meiner Großmutter, die mir jetzt im nachhinein ebenso ohnmächtig und unbeholfen erscheinen. Einerseits trotzig Größhaltung mit der Utopie, einfach wegzugehen und andererseits der Katzenjammer der Unterwerfung und (Selbst)beschämung... Ein Teufelskreis, wie mir jetzt scheint, aus dem ich damals keinen Ausweg sah; einfach zum Schreien - und das hätte ich mich damals nicht getraut! Und jemand um Hilfe zu bitten, auch nicht – gerade das hätte ich wohl gebraucht: liebevolle Unterstützung und jemanden, bei dem ich mich hätte ausweinen können...

Mit der Zeit manifestierte sich mein Stottern und ich wurde zu einem „richtigen Stotterer“¹ mit allem, was dazu gehört: ich vermied es in bestimmten Situationen zu sprechen, lernte „gefährliche Worte“ mit anderen zu „umschiffen“ (zB. wenn ich Angst hatte, ich könnte beim Aussprechen des Wortes „Baum“ in einen „Block“ kommen, so sagte ich zB statt „Baum“ so etwas wie „der Dingsda“), tat so, als wäre alles in Ordnung vor allem auch während dessen ich mir gerade ein Wort aus dem Schlund würgte. Das Sprechen war eine Qual, ich fühlte mich benachteiligt, taute nur manchmal in vertrauter Umgebung auf und vermied streng meine persönliche Befindlichkeit mitzuteilen, machte mich klein und unsichtbar oder groß und mächtig. In jedem Fall unnahbar, unerreichbar. Natürlich hatte das Stottern auch Vorteile: Zum Beispiel kam ich in der Schule wesentlich weniger an die Reihe etwas vorzulesen als meine „normal sprechenden“ KollegInnen; niemals ermahnte mich eine LehrerIn ob meiner schlechten Betonung etc.; mir wurde immer zugehört und häufig stieß ich bei meinen ZuhörerInnen auf ein gewisses Wohlwollen und so etwas wie „voraus eilendes Verständnis“, wenn ich einen Satz nur halb über meine Lippen brachte. Offenen Spott durch SchulkameradInnen oder Herabwürdigung durch LehrerInnen habe ich nur selten erlebt, zumindest erinnere ich mich nicht daran. Ich vermute, dass ich auch einiges dazu getan habe, mich dem Spott durch andere zu entziehen, zB indem ich Konflikten aus dem Weg ging oder mich auf irgend eine Weise nützlich oder gar unentbehrlich machte. Ab der Pubertät machte ich mich im Kontakt mit Mädchen besonders klein und nützlich und vermied mit aller Kraft zu zeigen, dass ich gerne etwas anderes gehabt hätte, als ihnen ein netter Kumpel zu sein oder ihnen einfach zuzuhören. Niemals hätte ich mich mit meiner Verliebtheit, meinem Wollen, Begehren oder sexuellen Bedürfnissen zugemutet – da entwickelte ich lieber strenge Moralvorstellungen, mit denen ich mir das ohnehin verbat und mich mit meiner „Enthaltsamkeit“ noch gut und überlegen fühlte (natürlich haben viele meiner nicht stotternden Kollegen und Kolleginnen ähnliches erlebt, sie hatten vielleicht andere Strategien, sich unnahbar zu machen, ihre Angst zu verbergen und sich selber für unzumutbar zu halten – ich hatte das Stottern). Beim Schreiben und Rekapitulieren meiner Erlebnisse wird mir neuerlich bewusst, welche Anstrengungen und Selbstbeschränkungen für mich mit dem Stottern verbunden waren, die ich damals als gegeben hinnahm.

1 Das Wort „Stotterer“ war für mich bereits damals mit knapp weniger als zehn Jahren ein stigmatisierendes Schimpfwort, dem ich mich tunlichst entzog, das aber gleichzeitig ein Teil meines Selbstbildes wurde, indem ich mich mit dem Stottern identifizierte und es als „schicksalshafte Bürde“ einerseits akzeptierte und andererseits vermied es zu zeigen und insgeheim dagegen mit aller Kraft ankämpfte.

Erst im Gespräch mit einer Kollegin wurde mir noch einmal bewusst, in welcher tristen Atmosphäre sich das abgespielt hat, in der es im Prinzip um „Überleben“ und „irgendwie Durchkommen“ ging und keine Unterstützung zu erwarten war – die vielleicht einzige war das Bemühen meiner Eltern, mich im „Kampf gegen das Symptom“ zu unterstützen, das aber wieder darauf hinaus lief, dass ein Teil von mir zu bekämpfen war. So war ein wesentlicher Anteil an der sich ergebenden Atmosphäre die allseitige Hilf- und Ratlosigkeit: meine eigene, die meiner Eltern, meiner LehrerInnen, meiner TherapeutInnen...

Im Alter zwischen 12 und 16 Jahren war ich nochmals in Therapie, bei einem gewissen Herrn Elstner, einem Stotterexperten, dem ich sehr dankbar bin und der in dieser Zeit für mich eine wichtige väterliche Identifikationsfigur wurde: bei ihm fühlte ich mich ernst genommen, durfte so sein, wie ich war und begann auch langsam über mich selbst zu sprechen. Ihm gelang es sogar, mich zum Üben zu bringen, indem er mich bestärkte, mir dafür einen ungestörten Rahmen zu suchen. Langsam verbesserte sich meine Symptomatik, sodass ich diese Therapie beendete und danach lange Zeit ohne Therapie lebte. Natürlich war ich mit starken Schwankungen meines Stotterns konfrontiert, tat aber so, „als wäre da nichts zu machen“ oder „als wäre es gar nicht da“.

Während meines Studiums und in meinem späteren Berufsleben als Chemiker war ich zunehmend mit der Notwendigkeit konfrontiert, vor einem Auditorium zu sprechen. Lange erschien mir diese Herausforderung als unüberwindliche Hürde, hatte ich doch die Hoffnung in Therapien aufgegeben und vermied es gleichzeitig, mich mit meinem Stottern auseinander zu setzen und zB laut Lesen zu üben... Ich hatte mich damals mit dem Stottern abgefunden, war im beruflichen Umfeld und im Kreis meiner Freunde akzeptiert und kam mit meinen Einschränkungen einigermaßen zurecht, die das Stottern begleiteten. Ich stotterte gewissermaßen mit meinem ganzen Leben, auch ohne zu sprechen: ich war sozial angepasst und anerkannt, war mit kaum jemandem im Konflikt und verbarg meine Wünsche, revolutionären Ideen, meine Unzufriedenheit und Sehnsüchte in meinem Inneren. Ich vermied es lange Zeit, mich Frauen mit meinem Beziehungswunsch zuzumuten und erntete reichlich asexuelle, kumpelhafte Freundschaften und unabänderlich scheinende Einsamkeit. Mit zunehmenden Erfolgen und zunehmender Anerkennung unter meinen KollegInnen fasste ich allerdings mehr und mehr Selbstvertrauen und begann, mich aktiv an Diskussionen zu beteiligen und sogar zum Teil sehr lange Vorträge zu halten.

Viele Jahre nach der letzten logopädischen Therapie, etwa im Alter von dreißig Jahren, begann ich eine Psychotherapie, in der das Stottern zwar implizit da war, ich es aber kaum oder nur sehr zaghaft zum Thema machte. Auch in meiner Ausbildungsgruppe vermied ich, mein Symptom zu thematisieren und kam nicht einmal auf die Idee: ich tat so, als wäre das Stottern gar nicht da, als würde es niemand sehen, hören oder stören und so als wäre es mir kein wesentliches Problem..... Erstaunlicher Weise wurde es auch weder von meinen KollegInnen noch von meinen AusbilderInnen angesprochen, sodass ich den Eindruck hatte, dass es gar nicht wichtig sei. Wie

es dazu kam? Es gehört offensichtlich nicht nur zu mir, sondern ist ein wesentliches Charakteristikum der meisten erwachsenen Stotternden und wohl auch des Umganges mit diesem Symptom in der Gesellschaft, dass das Stottern tabuisiert und nicht zum Gesprächsthema gemacht wird: lieber um leicht aussprechbare Worte ringen, Kontakte und vor allem Konflikte meiden, als „klein beizugeben“ und das Leiden am Stottern oder das Stottern überhaupt zu benennen („des Kaisers neue Kleider“: ich tu so als wär's nicht da. Siehe auch Kernecker, 2006, S. 38; siehe auch Seite 22).

Erst als ich später im Laufe meiner Psychotherapieausbildung auch wieder eine logopädische Therapie begann und der Logopädin Uli Haas begegnete, lernte ich langsam zu meinem Symptom „zu stehen“, das Stottern zu benennen und zu besprechen und mich aktiv mit ihm auseinander zu setzen. In der Psycho- und späteren Lehrtherapie begann ich Schritt um Schritt meine eigenen Bedürfnisse, Wünsche, Gefühle wahr und ernst zu nehmen, ihnen Raum zu geben und ihnen zu folgen und gewann so langsam ein neues und starkes Selbstbewusstsein, das mich ermutigte mich – auch mit meinem Symptom „Stottern“ - zu zeigen und mich Konflikten und Kontakten zu stellen.

Die Logopädie verhalf mir zu einem Repertoire von Übungen zur Verbesserung des Redeflusses und der Haltung, zu meinem Stottern zu stehen, so wie es ist; die Psychotherapie führte mich zu einem neuen Bewusstsein, zu mehr Mut mich zuzumuten und in direkten und unmittelbaren Kontakt zu treten anstatt eine „Rolle“ zu spielen. Dazu kommt noch, dass ich lernte, meinen Atem und meinen Körper wahrzunehmen und im Tanz (v.a. 5 Rhythmen nach Gabrielle Roth) meine inneren Regungen und Bedürfnisse in Bewegung zu bringen und dadurch meinen Bewegungsspielraum zu erweitern. Außerdem war mir wichtig, zum Teil sehr weite Strecken zu Fuß zu gehen. Dadurch wurde für mich zusehends selbstverständlich, in meine eigene Geschwindigkeit, meine eigene Kraft und meinen eigenen Rhythmus zu vertrauen.

Jetzt ist meine Stottersymptomatik deutlich geringer als noch vor einigen Jahren, jedoch kann ich nicht behaupten, dass ich davon völlig „geheilt“ wäre – und ich bin überzeugt, dass ich Schritt um Schritt von dem Symptom werde lassen können, je mehr Vertrauen ich in den unmittelbaren Kontakt und die spontane Begegnung sowie in meine eigene „Zumutbarkeit“ lege. Innerhalb von vielen Jahren wurde so mein Stottern von einem Feind zu einem - manchmal immer noch sehr unangenehmen - Begleiter, der „sich meldet“ und mich darauf hinweist, wenn ich selber in einem Konflikt stehe, mich in einer Situation von Macht oder Ohnmacht befinde, Wut nicht zeige, einen Teil von mir oder mich ganz verstecke oder nicht ausreichend auf meine Bedürfnisse achte.

3 Fragment 2: DAS PHÄNOMEN STOTTERN - FAKTEN und BLICKWINKEL

- Die Definition „*Stottern ist eine Störung des Sprechablaufs und macht sich in häufigen Unterbrechungen im Redefluss bemerkbar*“ wird als kleinster gemeinsamer Nenner bei Definitionsversuchen des Stotterns in der „Therapie Informations Broschüre“ (TIB) der ÖSIS (Österreichische Selbsthilfe-Initiative Stottern) bezeichnet (TIB, 2005; S. 9). Dabei wird *klonisches Stottern* (Wiederholung von Worten, Silben oder Lauten) von *tonischem Stottern* (Dehnungen oder Blockaden, bei denen der Atemfluss unterbrochen ist) unterschieden (TIB, 2005; S. 10).
- Die primären Symptome (siehe oben) des Stotterns werden von einer ausgeprägten *Sekundärsymptomatik* begleitet. Ein wesentlicher Faktor dabei ist die Tatsache, dass die spontane Reaktion auf das Auftreten einer Redeflusshemmung die Erhöhung des Druckes (v.a. des Atemdruckes) ist. Diese sekundären Symptome sind vor allem *Muskelanspannungen*, die dazu dienen, die Anspannung zu unterstützen oder die primären Symptome zu kaschieren. Weiters ergibt sich daraus ein *Fluchtverhalten*, zB durch Satz- und Wortabbrüche oder durch das Einfügen von Zwischenlauten. Wesentlich ist, dass sich im Laufe der Zeit ein ausgeprägtes *Vermeidungsverhalten* entwickelt, das sich auf sprachlicher Ebene zB. in der Vermeidung bestimmter Worte, deren Umschreibung oder im Einfügen von Zwischenwörtern und -sätzen äußert. Im weiteren wirkt sich dieses Vermeidungsverhalten auf die gesamte Lebensgestaltung aus, zB in der Entwicklung einer bestimmten Sprachmelodie, im Ausweichen von Sprechsituationen bis zur Berufswahl... (Wieser, 2002; S. 19-22).
- *Innere Symptome* nennt die Logopädin und Psychologin Wieser (2002; S. 23 ff.) in ihrer Dissertation die emotionalen Begleiterscheinungen des Stotterns, also jene Befindlichkeiten, die dem Stottern voraus gehen, es begleiten oder von ihm ausgelöst werden – und natürlich die Bedingungen des Umfeldes, der Beziehungen und des Kontaktverhaltens. Häufig werden Gefühle und Affekte von den Stotternden selbst oder ihrer Umgebung (v.a. Eltern und nahe Bezugspersonen) als Auslöser des Stotterns gesehen und deshalb unterdrückt. Dadurch kommt es zusätzlich zu dem ggf. unmittelbar hinter dem Stottern stehenden Konflikt zu einem zweiten, nämlich dem Versuch der Vermeidung der Affekte... Als ursprüngliche Reaktion auf das Stottern treten häufig Gefühle von Hilflosigkeit, Verwirrung, Ärger, Traurigkeit, Panik, Wut und letztlich Scham auf. Selbstredend bildet der emotionale Hintergrund den „Andockpunkt“ für Psychotherapie....
- *Inzidenzrate*: jener Anteil der Gesamtbevölkerung, bei dem das Symptom „Stottern“ einmal im Leben auftritt, beträgt 5% (Kinder, deren Stottern länger als 6 Monate andauert, sind

hier einbezogen) .

Prävalenzrate: jener Anteil der Gesamtbevölkerung, bei dem das Symptom „Stottern“ zu einem bestimmten Zeitpunkt feststellbar ist, beträgt 1%; das entspricht dem vermutlichen Anteil der Erwachsenen mit dem Symptom Stottern an der Gesamtbevölkerung .

Geschlechterverteilung: während Stottern etwa genau so oft bei Mädchen wie bei Buben auftritt, beträgt bei älteren Kindern und Erwachsenen die Verteilung zwischen Männern und Frauen etwa 4:1 bis 5:1 (nach Wieser; 2002, S. 28).

Phasen relativer Sprechunflüssigkeit durchleben etwa 80% aller Kinder, von denen etwa 5% Symptome entwickeln, die auf einen chronischen Stotterverlauf hindeuten. Von diesen wiederum zeigen etwa 80% in der Pubertät keine auffällige Symptomatik mehr. Dabei treten allerdings etwa nur 40-50% Spontanremissionen auf, sodass beim Auftreten des Stotterns unbedingt Therapiebedarf besteht . 50% der stotternden Kinder beginnen mit ihren Sprechunflüssigkeiten vor ihrem vierten Lebensjahr, 91% bis zum sechsten Lebensjahr; nach dem zwölften Lebensjahr ist mit der Entstehung des Stotterns nicht mehr zu rechnen (Wieser, 2002; S. 30).

- als „*Risikofaktoren*“ für die Entwicklung chronischen Stotterns nennt Wieser (2002; S. 33) den *frühen Beginn des Stotterns, Linkshändigkeit* des Betroffenen, das *männliche Geschlecht*, *weitere Stotternde in der Familie* sowie die *Stärke der Symptomatik* und deren *geringe Beeinflussbarkeit* über längere Zeit.
- Die beiden an der Gestalttherapie orientierten und auf die Therapie des Stottern spezialisierten Autoren Starkweather und Givens-Ackermann (1997; S. 41) geben u.a. folgende Bedingungen an, die die Sprechflüssigkeit bei Stotternden begünstigen: *langsames Sprechen, Sprechen im Chor, vor einem lauten Geräuschpegel, gegenüber einem „nicht beurteilenden Zuhörer“, in einem fremden Dialekt, im Flüsterton, beim Spielen einer Rolle, beim Sprechen über Unbedeutendes oder sehr Vertrautes*. Außerdem tritt das Stottern zB nicht beim Singen auf...
- *Das Aussprechen des eigenen Namens (zB. beim Vorstellen) und das Telefonieren stellen für viele vom Stottern Betroffene große Hürden dar* (Schoenaker, 2000; S. 71-77). Lautes Vorlesen, bei dem ja das Sprechen mit nicht eigenen Inhalten gefüllt wird, fördert häufig das Stottern ebenso wie Situationen, in denen ein deutliches „*Machtgefälle*“ vorherrscht (zB. wenn es darum geht, jemanden um etwas zu bitten oder sich zu bedanken) oder in denen persönliche Inhalte mitgeteilt werden.
- Mit ihrem *Anforderungs- Kapazitätsmodell (Demands and Capacities)* haben Starkweather und Givens-Ackermann (1997; S. 59 ff.) ein Modell zum Verständnis des Stotterns entwickelt, das sich auch als Hintergrund für die (gestalt)therapeutische Arbeit eignet. Sie

meinen damit die Anforderungen an die Sprechflüssigkeit ebenso wie die dafür zur Verfügung stehenden Kapazitäten/Ressourcen und beziehen sich auf die Ebenen der motorischen, linguistischen, sozioemotionalen und der kognitiven Gegebenheiten. Die für das Sprechen notwendigen Ressourcen und die daran gestellten Anforderungen sind naturgemäß im Alter der Sprachentwicklung besonders in Bewegung. Es kann zu Ungleichgewichten zwischen Anforderungen und Kapazitäten kommen, die in Abhängigkeit von ihrer Dauer und Intensität u.a. zur Entwicklung von Stottern führen können. Hinweisen möchte ich hier auch auf die Ähnlichkeit dieses Modells mit dem Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls (Perls, 2005, S. 53-60) in dem es ebenfalls darum geht, dass Kontakt nur so weit stattfinden kann, als die zur Verfügung stehenden Stützen gewährleisten (siehe Seite 57).

- Nach *ICD-10* (2001) wird Stottern unter „Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen“, F98.5 durch folgende diagnostische Kriterien charakterisiert:
 - (A) Anhaltendes oder wiederholtes Stottern (d.h. eine Sprache mit häufigen Wiederholungen oder Dehnungen von Lauten, Silben oder Wörtern, oder auch häufiges Zögern oder Pausen beim Sprechen) in einem so schweren Ausmaß, dass der Sprachfluss deutlich unterbrochen wird.
 - (B) Dauer mindestens drei Monate.

- *Blitzlichter*: durch die, das Stottern begleitende Grimasse wird die brav und anmutig sprechende Tochter zum Zähne fletschenden Cerberus; durch den plötzlich auftretenden singenden und glucksenden Ton des Stotterns und den dabei hilflesuchend nach oben gerichteten Blick wird aus der korrekten und etablierten Geschäftsfrau ein hilflos klagendes und in einem Anflug auch singendes und in seiner Kindlichkeit präsenten Mädchen; die hilflos anmutende, an ein am Zaumzeug zerrendes, fest gehaltenes und fluchtwilliges Pferd erinnernde Grimasse des in den Block gekommenen, sonst souverän, kompetent und erfolgreich wirkenden, jungen Mannes: weist sie nicht in die Richtung einer ersehnten und verbotenen Freiheit?

4 Fragment 3: FELDBEDINGUNGEN – DER RAHMEN FÜR DAS STOTTERN

An dieser Stelle will ich jene Bedingungen beleuchten, die mit dem Auftreten des Stotterns einhergehen bzw. durch welche die Entstehung bzw. das Auftreten des Stotterns begünstigt oder gar verursacht werden. Ich gehe davon aus, dass das Stottern als Ausformung der organismischen Selbstregulation in zumindest einer Lebenslage den "optimalen" Weg zur Selbst-Erhaltung geboten hat und sich ggf. in einem chronisch bestehenden (Spannungs)feld perpetuiert. In diesem Sinne geht es also um die Untersuchung des Feldes oder bestimmter Feldvariablen, in denen das Stottern als "kreative Anpassung" bzw. als Ausformung der organismischen Selbstregulation und mitunter als hilfreiches Mittel zum Umgang mit Konflikten bzw. zum Abbau von Spannungen zu Tage tritt - oder: gewählt wird.

4.1 KULTURANTHROPOLOGIE UND ETHNOSOZIOLOGIE

Kollbrunner (2004, S. 46-65) vergleicht in seinen kulturanthropologischen Betrachtungen die Häufigkeit des Auftretens des Stotterns in verschiedenen Kulturen. Er kommt zum Schluss, dass in Kulturen mit hoher Toleranz gegenüber Nonkonformität und einem permissiven Erziehungsstil das Stottern selten auftritt oder gar nicht bekannt ist (zB australische Aborigines, grönländische Eskimos, bestimmte indianische Ethnien...). Dagegen tritt das Stottern besonders stark in Kulturen auf, in denen differenzierte Statusleitern, ausgeprägtes Wettbewerbsverhalten, rigide Erziehungsmethoden vorherrschen und hohe Anforderungen an die Kontrolle des expressiven Verhaltens bestehen (zB. indianische Kulturen im amerikanischen Westen mit kriegerischer Tradition und gefährlichen Initiationsritualen, unsere westliche Kultur, kämpferische ethnische Gruppen in Westafrika). Im Zuge der Veränderung der Bevölkerungsstruktur kommt es auch zur Veränderung der Inzidenz des Stotterns. Aus mehreren Befunden scheint klar hervorzugehen, dass das Stottern mit psychosozialen Bedingungen korreliert bzw. von diesen verursacht wird.

Von besonderer Bedeutung scheinen dabei die Wettbewerbslastigkeit einer Kultur, die damit verbundene Sozialdynamik und die Forderung nach Einhaltung strikter Höflichkeitsformen zu sein: Verschiedene Untersuchungen (nach Kollbrunner, 2004, S. 46-65) verweisen darauf, dass das Stottern eher in "aufstrebenden" Bevölkerungsschichten anzutreffen ist, in denen hoher Druck in Richtung Leistung und sozialer Veränderung besteht.

In der westlichen Kultur tritt Stottern wesentlich häufiger bei Buben als bei Mädchen auf, während zB japanische Mädchen häufiger Stottern als Buben (im Fall von Japan wird die Häufung bei Mädchen darauf zurück geführt, dass diese strengeren Verhaltensregeln unterliegen als Buben).

Der Geschlechtsunterschied in der Häufigkeit des Auftretens des Stotterns ist ebenfalls als korreliert mit den Anforderungen an die Affektkontrolle und soziale/familiäre Verantwortung in dem jeweiligen Kulturkreis zu verstehen. Erhärtet wird diese Sichtweise durch Untersuchungen, die belegen, dass in matriarchalen Gesellschaften (in denen der soziale Druck v.a. auf den Frauen/Mädchen lastet) auch Mädchen häufiger vom Stottern betroffen sind als in patriarchalen (Kollbrunner, 2004, S. 49; der Autor verweist allerdings auch darauf, dass in dieser Betrachtung Faktoren der geschlechtsspezifischen pränatalen und später sprachlichen sowie der psychodynamischen Entwicklung - v.a. Dynamik Mutter-Tochter und Mutter-Sohn - nicht außer Acht gelassen werden dürfen).

4.2 DAS FAMILIÄRE FELD

Kollbrunner (2004; S. 50ff) unternahm den Versuch, bisherige Arbeiten zusammenzufassen, in denen die familiären Bedingungen beleuchtet werden, unter denen Kinder Stottern entwickeln. Die Eltern dieser Kinder wären demnach gekennzeichnet durch den Kontrast von hohen Erwartungen an sich und an die Kinder sowie ihren Forderungen nach strenger Disziplin und Einhaltung sozialer Normen im Gegensatz zu einer ängstlichen, überbehütenden und überbesorgten Haltung gegenüber den Kindern. Das Bindeglied zwischen diesen Gegensätzen sieht er in der Unentschlossenheit, einer Labilität, die die Eltern *nach Phasen strengen Forderns plötzlich nachgiebig werden lässt*. Den direkten Kontakt zu den Kindern charakterisiert er als geprägt von häufigen Unterbrechungen des Redeflusses der Kinder, durch häufige und schnelle Fragen sowie durch den Mangel an Geduld, die Motive der Kinder zu verstehen. Aus eigener Unzufriedenheit zB über die häufig bei Eltern stotternder Kinder vorliegende unbefriedigende Paarbeziehung heraus stellten die Eltern hohe Ansprüche an ihre Kinder und kritisierten sie sehr oft. Konflikte würden in solchen Familien eher nicht offen ausgetragen und außerhalb der Familie würden Affekte eher nicht gezeigt - dadurch ergebe sich die Tendenz zu Misstrauen gegenüber sozialen Beziehungen außerhalb des engen Familienkreises und zu dessen Abschirmung.

Als besonders bedeutungsvoll sieht er die strenge Verhaltenskontrolle der Eltern gegenüber den Kindern - und damit verbunden immer wieder Signale an die Kinder, dass *diese "noch nicht genügten"*.

Die Mütter stotternder Kinder sieht Kollbrunner (2004; pp 51ff) geprägt durch die Ambivalenz zwischen hohen Leistungserwartungen und einem rigiden Erziehungsstil, mit dem sie ihre Kinder *"genügend auf den späteren Lebenskampf vorbereiten"* wollten und dem Wunsch, das Kind nicht zu hohem Druck auszusetzen, womit sie rasch eine ängstliche überbehütende Haltung einnahmen und das Einhalten klarer Linien in der Erziehung *verunmöglicht* würde. Die Konsequenz daraus wäre ein Mangel an Nestwärme und ein *diffuses Gefühl* der Kinder, *von ihren Müttern abgelehnt worden zu sein*.

Die Väter charakterisiert er (Kollbrunner, 2004, S. 61ff) als (innerlich) distanziert von der Familie und sieht drei vorherrschende "Typen": (1) die "Paschas", die durch berufliche und andere Verpflichtungen der Familie fernbleiben und auf die Erfüllung ihrer Wünsche bedacht seien; (2) die "Edeltyrannen", die ungeachtet der Wünsche und Bedürfnisse der *Kinder, sich um alles in der Familie kümmern*; (3) die "großen Donnerer", die durch "blitzartigen Jähzorn" geprägt wären. Von großer Bedeutung ist die Tatsache, dass viele Väter stotternder Kinder selbst einmal gestottert haben und von anderen ein hohes Maß an Selbststeuerung erwarteten, dem sie selbst nicht genügten.

Diese aus Kollbrunner (2004; S. 50ff) extrahierten Hinweise auf das familiäre Feld deuten auf eine unsichere und vielleicht beängstigende Atmosphäre hin, in der die Grenzen und Regeln nicht klar und stabil sind, sondern situationsbedingt zwischen sehr eng und sehr weit schwanken, und in der vordergründig strenge, oft nicht ausgesprochene Regeln zu befolgen sind, hinter denen sich Verunsicherung und Selbstbehauptung durch Erstarrung verbergen. Dieser "atmosphärische" Blick darf meines Erachtens allerdings nicht dazu verleiten, eine "typische Stottererfamilie" zu kreieren....

Bei der Diskussion der psychodynamischen Sichtweisen auf das Stottern werde ich noch einmal auf die Arbeit von Kollbrunner (2004; siehe Seite 28) zurück kommen.

4.3 DAS FELD MEINER KINDHEIT

Mit folgender Aufzählung will ich die Faktoren benennen, die das soziale, familiäre Umfeld meiner Kindheit ausmachten und die mir in Bezug auf die Entwicklung meines Stotterns wichtig und entscheidend sind:

- die Atmosphäre der Angst, die sich durch finanzielle Schwierigkeiten meiner Eltern, deren traumatischen Kriegs- und Kindheitserfahrungen und laufende, zum Teil gewalttätige Konflikte und damit existenzielle Bedrohungen ergab.
- meine Rolle "zwischen meinen Eltern", die in einem beiderseitigen "doublebind" und meinem Anspruch, sie "zusammenzuhalten" bestand: wenn ich für den/die eine/n war, war

ich gleichzeitig gegen den/die andere/n .

- meine Konkurrenz zu meinem, etwa zweieinhalb Jahre nach mit geborenen Bruder.
- die Atmosphäre des "Geduldetseins" meiner Familie im Haus meiner Großeltern.
- das Streben nach gesellschaftlichem Aufstieg und der Wunsch meiner Eltern, mich (im Vorschul- und Volksschulalter) von meiner sozialen Umgebung (Freunde aus der Nachbarschaft) fern zu halten.
- hohe Ansprüche an das soziale Verhalten ("schön sprechen"), offensichtlich ausnehmend scharfe Vorstellungen von "richtig" und "falsch" der Umgebung.
- latente Unklarheit darüber, was gesagt werden durfte und was nicht, was als Affront und was als Zustimmung aufgefasst wurde.
- eine Umgebung, in der Konflikte zum Teil gewaltsam und häufig mit der Waffe gegenseitiger Beschämung ausgetragen wurden.
- eine Atmosphäre, in der ich mich ohnmächtig und trotzdem großen Erwartungen und Anforderungen/Überforderungen ausgesetzt fühlte und in der es vornehmlich um Macht, Ohnmacht, Rechthaben, Pflicht(erfüllung) und Beschuldigungen und nicht um einfachen, gelassenen und wohlwollenden Austausch und gemeinsames Tun ging.

Also zusammenfassend: Fragile Beziehungsstruktur, Stimmungsschwankungen, unklare, oft einander widersprechende Botschaften und Appelle der Eltern/der Umwelt, unklare Regeln und Erwartungen - explizit geringe, implizit hohe Erwartungen; Rollenunklarheit und Parentifizierung, "wie ein Großer sein müssen"....

4.4 DAS FELD IM HIER UND JETZT

Für den gestalttherapeutischen Zugang zum Symptom Stottern ist das unmittelbare, sich im Hier und Jetzt der Begegnung konstellierende Feld bedeutsam, in dem das Symptom auftritt. Alle Befindlichkeiten, atmosphärischen Bedingungen, das Vertrauen bzw. Misstrauen in den/die TherapeutIn, Ängste, Peinlichkeiten und natürlich Widerstände können hinter dem Symptom stehen. Auf die Bedeutung des Stotterns im Hier und Jetzt als Hinweis auf ein (konflikthaftes) Geschehen werde ich im Kapitel „Dialog im Hier und Jetzt“ (Seite 60) eingehen.

4.5 VERSUCH EINER GESAMTSCHAU

Wenn ich nun meine eigenen Erfahrungen und die von Kollbrunner (2004) beschriebenen "Feldvariablen" in Verbindung setze, komme ich zu dem Schluss, dass Stottern mit einem Feld korreliert ist, in dem die Entstehung einer Figur aus dem Hintergrund häufig mit der gleichzeitigen

Entstehung einer anderen, konkurrierenden „Gegenfigur“ verbunden ist. Zum Beispiel ist es „gefährlich“ Bedürftigkeit oder Zuneigung zu zeigen, wenn die Bedürftigkeit im Umfeld (zB von der Mutter) als Überforderung erlebt wird bzw. wenn das Zeigen der Zuneigung zB zur Mutter als Ablehnung des anderen zB des Vaters interpretiert werden kann. Die Äußerung von Gefühlen, vor allem Wut, Angst und aggressiven Impulsen kann in diesem Rahmen zumindest subjektiv bedrohlich werden – mit der Folge, Gefühlsäußerungen weitest gehend zu unterdrücken oder entsprechend sozialer Akzeptanz zu modulieren. So können zumindest emotional gefärbte Bedürfnisse nicht zur Figur oder zur Gestalt werden ohne von einem Gegenimpuls der Vorsicht zensuriert, verdrängt oder umgewandelt zu werden. Unter Bedachtnahme des fragilen Feldes im Hintergrund kann sich in der Zeit der Sprachentwicklung dieser Konflikt gegenläufiger Bedürfnisse im Bruch von Wörtern zeigen: ich will es sagen und auch wieder nicht...

5 Fragment 4: NEUROBIOLOGIE UND GENETIK

Natürlich ist die Suche nach neurobiologischen und genetischen, das heißt: vererblichen Faktoren und Randbedingungen des Stotterns für das Verständnis und vielleicht einmal auch für die medizinische Behandlung des Phänomens notwendig und auch in einer psychotherapeutisch orientierten Gesamtschau nicht außer Acht zu lassen. Ich habe diese Bedingungen nur sehr oberflächlich recherchiert, da ja meine hier verfolgte Intention grundsätzlich eine andere ist. Weil einerseits die physischen Randbedingungen den Rahmen unseres psychotherapeutisch zugänglichen Potenzials mitbestimmen und andererseits der Umgang mit potenziell physisch bedingten "Ursachen" des Stotterns für die Auseinandersetzung mit dem Symptom charakteristisch sein dürfte, will ich auf einige mir wesentlich erscheinende Punkte hinweisen.

Immer wieder finden sich Berichte in den Medien (und natürlich in der Fachliteratur) über neurobiologische/-physiologische und genetisch determinierte Ursachen des Stotterns. Zuletzt schrieb Pollack (2006, S. 5) über das Stottern "...a speech disorder is linked to neurology and genes, not emotions". Er verweist auf Studien, die belegen, dass in Gehirnen von Stotternden die Konzentration von Dopamin gegenüber Nichtstotternden erhöht ist und dass die Gabe des GABA-A-Modulators Pagoclone (Indevus Pharmaceuticals) die Stottersymptome reduziert (siehe auch Stenzel , 2006; S. 27).

Neurophysiologische Aspekte des Stotterns werden auch von Neumann (2005; S. 30-35) untersucht: Stotternde weisen im Sprachzentrum der linken Gehirnhälfte geringere Aktivität auf als „normal Sprechende“; gleichzeitig scheinen die rechten Gehirnhälften bei Personen, die stottern, ungewöhnlich aktiv. Bei Stotternden scheinen sowohl die für die Eigenwahrnehmung des selbst Gesprochenen zuständige Wernicke-Region und weitere für das Hören zuständige Gehirnregionen als auch das Broca-Areal im linken unteren Stirnhirn, das für den Vorgang der Sprachbildung

wesentlich ist, weniger aktiv oder sogar degeneriert zu sein. Dagegen zeigt bei Stotternden das rechte frontale Operculum (RFO) erhöhte Aktivität - dieser Bereich wird bei Normalsprechenden aktiviert, wenn es um das Erkennen grammatikalischer Fehler oder das Korrigieren fehler- oder lückenhafter Sätze gilt. Wie es also scheint, werden bei Stotternden die "kontrollierenden Mechanismen" gegenüber denen des normalen Sprechens stärker aktiviert. Nach erfolgter Stottertherapie zeigte sich übrigens, dass das RFO-Zentrum zwar weniger aktiv ist und dass im Bereich der Broca-Region höhere Aktivität herrscht als vor der Therapie (in diesem Fall: die „Kasseler-Therapie“), dass aber im Gegensatz zu Normalsprechenden nicht direkt die Broca-Region, sondern deren Umgebung aktiviert ist.

Ebenso wird häufig auf genetische Ursachen des Stotterns verwiesen. Pollack (2006) führt dazu Untersuchungen an einem afrikanischen Clan an, in dem 48 von 106 Erwachsenen stottern. Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass 50 bis 60 Gene auf Chromosom 1 und ein Bereich auf Chromosom 12 mit dem Stottern in Zusammenhang stehen könnten.

Weitere Studien (Eelco de Geus, 2006, persönliche Mitteilung) zeigen, dass Stottern auf eine Konsequenz mangelnder Synchronisation von Bewegungsimpulsen zurückzuführen sei, die mit der Sprachbildung verbunden sind.

Wenn ich mich nun frage, was dies alles zu bedeuten hat und wie ich den oben angeführten Satz "...a speech disorder is linked to neurology and genes, not emotions" deuten kann, kommen mir vor allem zwei Aspekte in den Sinn:

1. ist jede unserer Sinneswahrnehmungen, emotionellen Regungen, motorischen Impulsen, Bewusstseins- und Denkleistungen etc. mit neurobiologischen Aktivitäten verbunden. Es bleibt dabei müßig darüber zu diskutieren, ob nun die neurobiologische Aktivität die URSACHE unseres Handelns ist oder deren physische ENTSPRECHUNG. Deshalb relativiere ich den oben zitierten Satz, nach dem Stottern eine neurologische und genetische, aber keine emotionelle Sache sei: Es ist nur viel unangenehmer, sich mit den eigenen Emotionen und dem eigenen Verhalten auseinander zu setzen und dafür Verantwortung zu übernehmen, als sich auf ungreifbare und schicksalshafte Ursachen zu berufen (siehe unten).

2. natürlich bildet die genetische Ausrüstung den Rahmen für unser physisches und damit in gewisser Weise auch psychisches Potenzial und so liegt es auch nahe, dass das Potenzial zum Stottern genetisch vorgegeben ist und sich ggf. in einer speziellen Vulnerabilität äußert. Jedoch gibt es offensichtlich keine eindeutige Wechselseitigkeit zwischen genetischer Codierung und Symptom, wie dies zB bei genetisch bedingten Veränderungen wie Trisomie 21 oder bei typischen Erbkrankheiten der Fall ist. Nach Kollbrunner (2004; S. 35) folgen die familiären Häufungen des Phänomens Stottern weder den Mendelschen Gesetzen noch anderen mathematischen Regeln der Vererbung. Außerdem erscheint mir die Betrachtung der Genetik des Stotterns vor allem von

akademischem Interesse, weil, anders als viele Stotternde hoffen, weder die Entdeckung eines Stottergens noch eine entsprechende Gentherapie in Sicht ist. Auch die Untersuchungen des oben erwähnten Clans täten gut daran, die sozialen Bedingungen, impliziten Rituale und tabuisierten Spannungen in dieser Sozietät mit zu betrachten, anstatt sich ausschließlich auf genetische Untersuchungen zu beschränken.

Außerdem ist der hier eingenommene Blickwinkel der psychotherapeutische, mit dem die neurobiologische und genetische Betrachtungsweise in den Hintergrund sinkt, ohne ihre unmittelbare Relevanz zu verlieren.

Anders stellt sich die Sache für den psychotherapeutischen/gestalttherapeutischen Blickwinkel dar, wenn man die von Rumpler (2006; S. 119-150) vorgenommene Untersuchung der Relevanz der neu entdeckten Spiegelneuronen auf unsere Wahrnehmung und unser gesamtes in-der-Welt-Sein in Betracht zieht. Rumpler geht davon aus, dass wir uns selbst im anderen - im Spiegel des anderen - wahrnehmen und wir wiederum dem anderen sich selbst spiegeln, und zwar die mit uns in Kontakt tretenden Menschen ebenso wie alles in der Umwelt/Mitwelt Wahrnehmbare. Wir nehmen den anderen wahr und "verstehen" ihn, indem wir quasi in uns selbst unser Gegenüber "reproduzieren". So spüren wir zum Beispiel durch geringste körperliche Äußerungen unseres Gegenübers dessen Gefühlslage in uns selbst. Also: Spiegelneuronen als physiologische Grundlage der Empathie bzw. genauer: der „Einleibung“ (Rumpler, 2006, S. 128). Rumplers Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Bewegung und Sprachbildung (Broca-Zentrum) sowie Sprachverständnis (Wernicke-Zentrum) - diese sind beide im prämotorischen Cortex lokalisiert - und die Notwendigkeit der Einbettung der Sprachentwicklung (und des Sprechens überhaupt) in ein verlässliches System gegenseitigen Spiegelns, lässt die Bedeutung dieser neurobiologischen Facette für das Stottern erahnen: vielleicht lässt sich mit Hilfe der Spiegelneuronen und der von Rumpler unternommenen Exploration eine Brücke zwischen dem neurobiologisch nachvollziehbaren "Spiegelsystem" und dem gestalttherapeutischen Feldbegriff herstellen....

Eine erste Hypothese dazu wäre folgende: wenn bei Stotternden die Aktivität im RFO- und nicht im Broca-Zentrum liegt, kann es ja gut sein, dass die kontrollierenden Mechanismen (RFO-Zentrum) gegenüber den dynamischen und kontaktgesteuerten (Broca-Zentrum) bevorzugt sind und damit das Spiegeln und die unmittelbare Kommunikation unterbrochen sind oder auf eine andere Ebene gebracht werden. Noch spekulativer: vielleicht ein Rückzug auf den „sicheren Boden“ aktiver Kontrolle, wenn die Spiegel gebrochen oder nicht mehr verlässlich sind, auf die eigene, frühere und kontrollierbare Erfahrung - und damit ein kompensatorischer Reparaturmechanismus der organismischen Selbstregulation. Ich will mich in der vorliegenden Arbeit diesen Gedanken nicht weiter widmen. Trotzdem sehe in der Beschäftigung mit dem, durch die Kenntnis der Spiegelneuronen erweiterten Verständnis von Kommunikation, den sich daraus ergebenden Implikationen auf den sprachlichen Austausch und die Einbeziehung neuer Erkenntnisse der

Entwicklungspsychologie einen wichtigen, weiter führenden Meilenstein auf dem Weg zum Verständnis des Stotterns (und vieler anderer zwischenmenschlicher Phänomene und organischer Symptome).

Kollbrunner (2004; S. 32-39) setzt sich ausführlich mit organischen Ursachen des Stotterns und den damit verbundenen Implikationen für die Stotternden und die Therapie des Stotterns auseinander. Er kommt im wesentlichen zu dem von mir oben bereits angedeuteten Schluss, dass die Berufung auf organische Ursachen die Vermeidung des Blickes auf psychodynamische, soziale und familiäre Bedingungen des Stotterns unterstützt und somit wesentliche Einflussgrößen ausblendet.

6 Fragment 5: LOGOPÄDIE

UND DIE ANSÄTZE NACH van RIPER, R. PAULI UND M. SUMMER ETC.

Aus einer Vielzahl an therapeutischen Methoden wähle ich in der folgenden Beschreibung einige aus, um wesentliche Strömungen aufzuzeigen:

6.1 LOGOPÄDIE

Die klassische und am weitesten verbreitete professionelle Methode zur Therapie des Stotterns ist die Logopädie, die sich auf ein reichhaltiges Repertoire und lange Erfahrung stützt. In allen Fällen, in denen Stottern auftritt, wird wohl die logopädische Behandlung der erste und wesentlichste Schritt sein. LogopädInnen arbeiten u.a. in Richtung der Entwicklung der „Sprech- und Atemtechnik“, des Sprechrhythmus, mit der motorischen Basis des Sprechens und immer mit der Entwicklung des Bewusstseins der Sprechvorgänge und dem motorischen/organischen, psychischen und sozialen Hintergrund. Dabei wird bei aller Symptomorientierung den persönlichen Hintergründen und den Begleiterscheinungen, die mit dem Stottern einher gehen immer größere Bedeutung beigemessen.

Eine besondere Rolle spielt dabei die „Enttabuisierung“ des Stotterns (Ulrike Haas, persönliche Mitteilungen; Kernecker, 2006): Häufig beginnen bereits Eltern von stotternden Kleinkindern, das Stottern zu „tabuisieren“, indem so getan wird, als wäre es nicht da. Diese Vermeidung setzt sich im Erwachsenenalter fort und macht einen Teil der Haltung aus, die das Stottern manifestiert. Der erste Schritt ist dabei also, sich zum Stottern zu bekennen, es zu benennen und somit zu einem besprechbaren Gegenstand zu machen.

Ein weiteres, wesentliches Element des Stotterns ist der erhebliche Atemdruck, der von der Muskulatur der Sprechorgane gebremst und so zum Block wird. „Gleichzeitig auf dem Gaspedal

und auf der Bremse zu stehen“ (Ulrike Haas, persönliche Mitteilung) ist ein Charakteristikum des Stotterns, auf das das Gewahrsein in der Therapie gelenkt wird. Dadurch wird der Druck hinter dem Stottern bewusst und letztlich auflösbar.

Je nach persönlicher Ausrichtung der Logopädin werden unterschiedliche Ansätze der Stottertherapien integriert (siehe unten). Es werden Einzel- und Gruppensettings angeboten und logopädische Therapien werden zum Teil von den Krankenkassen refundiert. Ich selbst habe sehr positive Erfahrungen in einer mehrjährigen Therapie bei Ulrike Haas gemacht, die einen methodisch sehr offenen, gewährenden und ganzheitlichen Ansatz vertritt. Neben den oben erwähnten Erfahrungen der Enttabuisierung und der Druckentlastung war paradoxer Weise für mich sehr hilfreich, dass mein Widerwille gegen Sprechübungen akzeptiert wurde... Ich war als Kind in Zusammenhang mit starkem Druck zu üben und meinem Widerwillen dagegen konfrontiert. In diesem Sinne stand für mich das Üben als Synonym für den, das Stottern manifestierenden Druck. Erst die Erfahrung, dass ich meine Sprechflüssigkeit auch ohne zu üben verbessern kann und dass hinter dem Üben kein „MÜSSEN“ steht, entlastete mich so weit, dass ich mich letztlich doch auf regelmäßiges Üben einlassen konnte.

6.2 DER „NICHT-VERMEIDUNGS-ANSATZ“ VON CHARLES VAN RIPER („Stuttering Modification“; „Non-Avoidance-Approach“)

Charles van Riper war ein selbst stotternder Stotterexperte in der Tradition der Universität von Iowa, dessen Ideen und Ansätze von vielen europäischen StottertherapeutInnen rezipiert wurden. Der Kern seines Ansatzes ist die Stärkung des durch das Stottern geschwächten Selbstbewusstseins. Im Sinne von van Riper bedeutet das, die Konfrontation mit dem Stottern zu suchen, statt sie zu vermeiden – zB wird durch das Üben von „Pseudostottern“ das Vermeidungsverhalten abgebaut. Erst in weiteren Therapiephasen werden Techniken eingeübt, um mit Stotterblocks umzugehen: „Pull Out“ (das „Herausziehen“ aus dem Stotterblock durch weichen Sprechansatz) und „Cancellation“ („Nachbesserung“, zB die Wiederholung eines Wortes oder Satzes, in dem ein Stotterblock aufgetreten ist) gehören zu den wichtigsten Techniken, die die Methode von Ripers umschreiben. Das wesentliche Anliegen ist dabei, „flüssiges Stottern“ zu entwickeln (Kerneckner, 2006, S. 21; TIB, 2005, S. 14, 23).

Kollbrunner (2004, S. 191 ff.) beschreibt Charles van Riper als Menschen mit eher tragischem Schicksal, der sich dem „Kampf gegen das Stottern“ verschrieben hatte und letztlich aber von seinem eigenen Stottern nie losgekommen ist. Indem van Riper seine Methode der „stuttering modification“ als „Psychotherapie“ bezeichnete, die als Symptomtherapie verkleidet sei, entzog er sich nach Kollbrunner der Auseinandersetzung mit psychodynamischen Zusammenhängen des Stotterns, außer jenen, die als Folgen des Stotterns auftreten.

Die aktive Konfrontation und der akzeptierende Umgang mit dem Stottern im Sinne der o.g. „Enttabuisierung“ erscheint mir neben einigen Techniken (zB „pull out“) als zentraler und hilfreicher Ansatz dieser Methode. Allerdings schließe ich mich auch der Meinung Kollbrunners (2004; S. 115) an, die besagt, dass diese Methode den Blick auf hintergründige psychische Konflikte vernachlässigt, vielleicht auch behindert, indem ausschließlich am Symptom gearbeitet wird und das Ziel offensichtlich nicht flüssiges Sprechen, sondern flüssiges Stottern ist. Das kann nach meiner Ansicht wohl eine Zeit lang hilfreich sein und dem Symptom seine Spitzen nehmen und zur Entlastung beitragen. Allerdings bleibt die Veränderung auf der technischen Ebene, und die Anwendung der Methode wird mehr zu einer Krücke als zu einer dauerhaften Lösung.

6.3 „FLUENCY SHAPING“

Viele Therapieansätze zielen darauf ab, flüssiges Sprechen zu trainieren und dabei die Art und Weise zu sprechen (zB Sprechtempo, Sprachmelodie,...) zu modifizieren und so zu einem „neuen Sprechen“ zu führen. Diese Methoden werden vor allem in stationären Intensivprogrammen angeboten bzw. sind mit intensivem Üben verbunden. Kollbrunner (2004; S. 116 und 117) sieht darin eine von einem mechanistischen Weltbild getragene, verhaltenstherapeutische Methode, die letztlich zu „unnatürlichem“ Sprechen führt. Starkweather und Givens-Ackerman (1997; S.135) weisen auf eine Studie hin, in der die Reaktion von ZuhörerInnen auf das Sprechen von Menschen vor und nach einem fluency-shaping-Programm miteinander verglichen wurden. Interessanter Weise zogen die ZuhörerInnen die gestotterte Sprache vor der Behandlung dem flüssigen, aber „künstlich“ wirkenden Sprechen nach der Behandlung vor. Vom Blickwinkel dieses Ergebnisses finde ich diese Methode eher bedenklich, weil sie zu einer „mechanischen“ Veränderung führt und den kommunikativen Aspekt des Sprechens außer Acht lässt.

6.4 ROLAND PAULI'S NACHBEREITUNGSMETHODE (ROPANA)

Roland Pauli übertrug mentale Techniken aus dem Training von Leistungssportlern auf die Therapie des Stotterns. Mit autosuggestiven Sätzen (zB „ich spreche ruhig und besonnen“), bewusstem und mit dem Atem synchronisiertem Sprechen will er Sprechängste abbauen und in Sprechfreude umwandeln helfen und das „Unterbewusste mit flüssigem Sprechen füttern“ (TIB, 2005, S. 24; Dialog 3/2006, S. 9; <http://www.ropana.de>). Trotz des sehr technisch anmutenden Zugangs habe ich selbst diese Methode als sehr hilfreich erlebt: das Üben – das erste, das ich in diesem Zusammenhang akzeptieren konnte und sogar als angenehm empfand – der autosuggestiven Sätze verhalf mir regelmäßig zu einem entspannten, meditativen Zustand, in dem ich mich gelassen mit meinem Sprechen identifizieren konnte und es nicht als einen „Feind“

betrachtete. Wie das passiert ist, weiß ich nicht, aber nach kurzer Zeit fühlte ich mich in meinem Sprechen sicherer als zuvor... (vgl. Autogenes Training, Hypnotherapie, Phantasie Reisen etc.). Vielleicht ist es ja die Art der Übungen bzw. der Übungssätze, die den Unterschied ausmacht: die „Sätze“ von Roland Pauli verlangen nicht mechanisches Üben, sondern sind letztlich Aussagen über den Sprecher selbst, indem er zB sagt: „ICH spreche ruhig und besonnen“.

6.5 „FASSEN, LASSEN, RUHEN“ - DIE SPRACHHEILPÄDAGOGISCHE METHODE VON MARIA SUMMER

Im Sommer 2005 hatte ich Gelegenheit, eine Woche lang an einem sprachheilpädagogischen Seminar (mit einer Gesamtdauer von sechs Wochen) an der von Frau Maria Summer geleiteten Sprachheilstätte in Rankweil teilzunehmen und mit Frau Summer die Hintergründe ihrer Methode zu reflektieren. In dem Intensivprogramm, an dem Erwachsene, Jugendliche und Kinder (zT mit unterschiedlichsten Diagnosen von Stottern über Burn-Out-Syndrom bis ADHS) gleichermaßen und gleichzeitig teilnehmen können, werden vor allem unterschiedlichste Körperübungen gelehrt und geübt. Im Lauf der Zeit werden diese Übungen mit dem Sprechen synchronisiert; dabei wird der jeweils erste Vokal des ersten Wortes in die Länge gezogen. Die Bewegungen – und die damit verbundenen Sprachäußerungen folgen einem bestimmten Schema, das durch den Atemrhythmus vorgegeben ist: „Fassen“ - zB Aufrichten des Körpers (mit gleichzeitigem Einatmen) - „Lassen“ - zB den Oberkörper vornüber beugen und dabei eine Silbe, ein Wort, einen Satz sprechen und den allerersten Vokal betonen (Ausatmen) - „Ruhen“ - also einfach einige Augenblicke ruhen...

Aus diesem Übungen entwickelt sich ein „therapeutisches Sprechen“, das natürlich sehr künstlich wirkt und im Alltag wohl wenig taugen würde – außer in Augenblicken „drohenden“ Stotterns. Mich haben an dieser Methode vor allem zwei Gesichtspunkte beeindruckt: einerseits die Einbeziehung des ganzen Körpers und das damit verbundene gesteigerte Körpergewahrsein und andererseits die Verschiebung des Sprechvorganges in den Hintergrund durch die Konzentration auf den Bewegungsablauf.

Obwohl die Atmung während des gesamten Trainings niemals erwähnt wird, ist für Frau Summer die Atmung der Schlüssel zur Heilung des Stotterns (und anderer psychosomatischer Erscheinungen). Während beim Stottern nur ein „Notprogramm“ ablaufen würde, käme bei der Synchronisation mit der Bewegung und dem vorgegebenen Rhythmus der „natürlichen“ Atmung immer mehr Bedeutung zu und führe zu flüssigem, rhythmischen und entspanntem Sprechen. Atmung und Sprechvorgang würden dadurch in den Hintergrund der Kommunikation rücken (Maria Summer, 2005, persönliche Mitteilung).

6.6 ANDERE ANSÄTZE

Der Vollständigkeit halber weise ich auf Methoden hin die u.a. technische Hilfsmittel (zB Metronome, DAF = Delayed Auditory Feedback), Akupunktur oder den Einsatz von Medikamenten verwenden, ohne sie explizit anzuführen (TIB, 2005; pp. 24-26). Starkweather und Givens-Ackerman (1997; p. 142) erwähnen zB wissenschaftliche Ansätze, bei denen Botulin (Toxin von *Clostridium botulinum*) in die Stimmbänder gespritzt wird. Damit würde zwar in manchen Fällen für gewisse Zeit der Redefluss verbessert, jedoch sei diese Behandlung von gravierenden Veränderungen der Stimmlage begleitet: einige Probanden hätten mehrere Monate lang wie Mickey-Mouse geklungen.....

Mir ist nicht bekannt, dass eine der angeführten Methoden zu nachhaltigem Erfolg führen würde. Ich halte sie eher für verzweifelte Versuche im Streben nach wissenschaftlichem Erfolg. Sie widmen sich außerdem ausschließlich der punktuellen Bekämpfung des Symptoms und sind keine Ansätze, die sich dem Phänomen „Stottern“ auf ganzheitliche Weise annähern.

7 Fragment 6: PSYCHOANALYSE, INDIVIDUALPSYCHOLOGIE, SYSTEMISCHE THERAPIE

7.1 PSYCHOANALYSE / PSYCHODYNAMIK I

Wesentliche Einblicke in das psychoanalytische Verständnis des Stotterns und neue, bildhafte Ideen habe ich aus Plänklers (2003, S. 197-223) gewonnen, dessen Arbeit ich im folgenden kurz skizziere. Er bietet einen Überblick über die psychoanalytischen Sichtweisen auf das Stottern und illustriert diese anhand eines Fallbeispiels. Er geht dabei von der Theorie des „Klaustrums“² aus (Meltzer, D.; 1992), einem Begriff, der sich auf einen Rückzug in einen ganz eigenen „Innenraum“, letztlich in den Körper der Mutter, bezieht. Dieser Innenraum bietet einerseits Schutz vor überbordender Angst und ist andererseits selbst angstbesetzt, da es sich ja um einen abgeschiedenen Raum ohne Kontakt handelt – ist also „klastrophil“ und „klastrophob“ besetzt.

Plänklers (2003) zitiert Fenichel, der das Stottern als *prägenitale Konversionsneurose* darstellte, die *genitale Wünsche aus dem Reich des Ödipuskomplexes oral- oder analsadistisch in der Veränderung von Körperfunktionen verzerrt*. Er sah das Stottern von einer Ambivalenz geprägt, die sich darin ausdrückt, sprechen und gleichzeitig nicht sprechen zu wollen. Weiters brächte das Stottern damit eine intensive Feindseligkeit zum Ausdruck, die sich zB in der zwanghaften Wiederholung von Silben und Wörtern zeigt und auf ein *hochambivalentes Saugen und Beißen zugleich* hinweist. Andere Autoren bringen das Stottern mit einem *traumatisch erfahrenen*

2 das Klastrum bezeichnet auch den „abgeschlossenen Wohnbereich klerikaler Gemeinschaften“ (<http://www.kirchen-lexikon.de>), also einen „inneren Bereich“, der nach außen hin abgeschlossen ist und in dem sich die Bewohner „privat“ geben, während sie nach außen hin „offiziell“ und als „Amtsträger“ agieren. Also auch entzieht die Grenze des Klastrums das „Private“ dem direkten Kontakt nach außen, ist gleichzeitig Schutz und Hemmnis.

Trennungskonflikt und einer *primären Ungetrenntheit/Symbiose mit der Mutter* sowie mit einem *früh erfahrenen Objektverlust* in Zusammenhang. Bion (zitiert in Plänklers, 2003, S. 199) meint, *dass im Stottern eine unbewusste Phantasie, die auf Handlung drängt, über die Mitteilungsfunktion des Sprechens dominiert.* Plänklers (2003, S. 201) erwähnt das basale Gefühl, nicht eingeladen zu sein, als Basis für *einen Neid auf die sexuelle Beziehung der Eltern, auf ihre Kreativität und auf alles, was „Geschwister“ repräsentiert.* In dem Zwiespalt zwischen dem verbotenen Neid bzw. aggressiven Impuls gegen Eltern und Geschwister und der existenziellen Gebundenheit an diese wird der Innenraum eines „Klaustrums“ aufgesucht, in dem zwar eine gewisse Freiheit der Phantasie besteht, das aber nach außen nicht gezeigt oder verbalisiert werden darf.... Im wesentlichen benennt damit Plänklers viele Themen in psychoanalytischer Terminologie, die zB bereits im Kapitel „Feldbedingungen – der Rahmen für das Stottern“ auf andere Weise bereits erwähnt wurden (siehe Seite 15 ff.).

Weiters erscheint mir wesentlich, dass Plänklers (2003) einen Bezug des Stotterns zu den „zwei Ebenen“ der Sprache herstellt: (1) die „musikalische“ Ebene zur Mitteilung von Erfahrungszuständen und (2) die oberflächlichere Ebene zur Informationsübermittlung (Zweischichttheorie der Sprache) und die Auswirkungen auf die Gegenübertragung in der therapeutischen Situation darstellt. Er bezieht sich zB auf D. Sterns Säuglingsbeobachtung, der davon berichtet, dass die frühe akustische Kommunikation der Mutter mit dem Kind über eine Art Gesang läuft und dass sich zwischen Mutter und Kind im günstigen Fall eine gemeinsame „Lauthülle“ entwickelt, die im pathologischen Fall fehlt, beschädigt oder fragmentiert ist. Diese Lauthülle ist ein Hilfsmittel, miteinander in Resonanz zu treten und in Harmonie miteinander zu schwingen und dient dem Kind als Orientierungshilfe in seinem Lebensraum. In der Beziehung zwischen Therapeut und Patienten äußert sich die Verletzung der Lauthülle für Plänklers (2003; p. 204 ff.) in der Gegenübertragung: einerseits erlebt er selbst immer wieder Langeweile beim Hören der Erzählungen seines Patienten, der minutiös darauf bedacht ist, emotionelle Färbungen zu vermeiden und mit hoher Sprechgeschwindigkeit und Themensprüngen ein inhaltliches Folgen schwierig macht. Andererseits übernahm Plänklers bereits am Beginn der Therapie durch das Auftreten des Stotterns implizite Aufträge: er war sofort um Entspannung und Schonung des Patienten bemüht und veränderte seine Art zu sprechen – so hatte der Patient gleich von Anfang an „Besitz“ von ihm ergriffen. Im späteren, viele hundert Stunden dauernden Therapieverlauf, schreibt Plänklers, war es dem Patienten möglich, sich (bzw. sein „Klaustrum“) schrittweise zu öffnen und sich dem Therapeuten anzuvertrauen.

Mir ist dieser Aspekt der Arbeit von Plänklers (2003) besonders wichtig, da ich sonst nirgends Hinweise auf die Art der Gegenübertragung beim Stottern gefunden habe; mir wird dadurch nicht nur der appellative, sondern auch der manipulative Charakter des Stotterns bewusst, in dem ein hohes Maß an Aggression versteckt ist. Außerdem eröffnet Plänklers den Blick auf das Stottern als Kontaktstörung: da sind das „Klaustrum“, in dem die emotionalen Inhalte eingesperrt sind und die

Vermeidung jeder warmherzigen Öffnung nach außen. Dieses Dilemma zwischen dem Wunsch nach warmem und lebendigem Kontakt und dem vorsichtigen Rückzug in den Schutzraum des „Klaustrums“ trifft auch mein persönliches Erleben und scheint mir als ein Schlüssel zum Verständnis des Stotterns.

7.2 PSYCHODYNAMIK II: die „Dynamische Stottertherapie“ Kollbrunners

Jürg Kollbrunner (2004) gibt einen umfassenden Überblick über die Literatur des Stotterns und entwickelt eine eigene psycho- und familiendynamische Sichtweise, die er an der HNO-Klinik des Inselspitals in Bern gemeinsam mit seinem Team in die therapeutische Praxis umsetzt. Ich war im Februar 2005 bei ihm zu Gast und bin ihm persönlich und seinen KollegInnen für die Gastfreundschaft, die ausführlichen Diskussionen und den Einblick in ihre therapeutische Arbeit sehr dankbar.

Er beleuchtet die gängigen Theorien und Therapieformen des Stotterns sowie deren Protagonisten sehr kritisch: einerseits wendet er sich gegen die ausschließliche Behandlung des Symptoms und gegen „den Kampf“ gegen dasselbe (also den einseitigen Versuch, das Symptom zu beseitigen), weil dadurch der im Stottern ohnehin immanente Druck noch verstärkt und ggf. das Symptom gegen ein anderes (zB Asthma...) getauscht werden könnte. Andererseits stellt er fest, dass – vor allem stotternde – Stotterexperten dazu neigen, jegliche psychodynamischen Hintergründe des Stotterns zu verdrängen bzw. zu leugnen, weil damit das Bild eines schicksalhaft vorgegebenen Leidens aufrecht erhalten werden könne, man damit für das Stottern nicht selbst „verantwortlich“ sei und man sich damit Schuldgefühle vom Leib halten könne.

Kollbrunner (2004; pp. 323-334) geht von einer psychosomatischen Sichtweise aus und entwirft in seiner Generationen übergreifenden, dynamischen Ursachentheorie des Stotterns eine sechsstufige Prozesshypothese:

- Ausgangsstufe: mindestens ein Großelternteil mütterlicherseits (zumeist die Großmutter) missachte die Mutter als Kind in narzisstisch-tyrannischer Weise. Auch bei den Großeltern väterlicherseits finde sich zumindest ein dominanter und sehr autoritärer Teil.
- Die Mutter des stotternden Kindes hätte in ihrer eigenen Kindheit kaum uneigennützig Liebe erfahren und entwickle als Erwachsene daraus eine große Sehnsucht nach Zuwendung und damit wiederum eine erhöhte Kränkbarkeit.
- Die Individuation des Kindes mit all seinen Lebensäußerungen und Bedürfnissen würden zu „Quellen der Kränkung der Mutter“, sofern sie in einer anderen als der von ihr erwarteten Form abliefen. Dabei wären die Erwartungen der Mutter widersprüchlich zwischen dem

Wunsch nach Eigenständigkeit und individueller Entwicklung des Kindes und ihrem eigenen Bedürfnis, das Kind als ihres zu behalten und von ihm Zuwendung zu erlangen. Diese Ambivalenz zwischen Festhalten und Loslassen sieht Kollbrunner bei Müttern stotternder Kinder besonders drastisch ausgeprägt; er führt das darauf zurück, dass die Mütter bislang keine Gelegenheit gehabt hätten, den Schmerz ihrer eigenen Kindheit zu betrauern. Stattdessen „fördern sie auf bewusster Ebene das äußere Selbständigwerden ihres Kindes und verhindern gleichzeitig dessen emotionales Wachstum“ (Kollbrunner, 2004; p 325). Diese Ambivalenz würde das Kind verwirren; es würde vorsichtig und sich der Mutter anpassen, um möglichst viel Zuwendung bzw. möglichst wenig Abweisung zu erfahren. Dies führe zur Selbstentfremdung des Kindes und mache es vulnerabel für Erkrankungen in „die eine oder andere Richtung“.

- Eigene kindliche Erfahrungen der Eltern, bei denen Macht durch Sprache und Sprechen ausgeübt wurde, führe dazu, dass sie bzw. mindestens ein Elternteil versucht, die „Kommunikation von ihrer konnotativen Bedeutung zu befreien“. Konnotative Botschaften der (denotativen / „offiziellen“) Inhalte würden geleugnet (womit die Sprache auf eigenartige Weise fragmentiert und zu einem vordergründig hohlen, aber letztlich sehr verwirrenden Instrument würde...). Dies mache es dem Kind schwer, „lautliche Äußerungen als hilfreiches Instrument kennen zu lernen“.
- Wenn (u.a. durch das aktive – und prinzipiell unmögliche – Vermeiden konnotativer Sprachäußerungen) das „Affect Display Rule“ (die impliziten familiären Regeln, wie Affekte auszudrücken sind): „Deintensivierung aller Emotionen“ aktiviert würde, beginne auch das bereits verwirrte Kind in „seiner bewussten Kommunikation mit mächtigen Personen“ aktiv jede emotionale Konnotation zu vermeiden.
- Stottern: „Sprechen, ohne Konnotationen im Zuhörer zu erwecken ist nicht möglich. Deshalb setzt das Kind immer wieder zum Sprechen an, spürt, dass mehr mitzuschwingen droht, als dass es sich erlauben kann, hält an, wiederholt mechanisch Silben, die ihm eine Pause gestatten, in welcher es sprechend beschäftigt ist, aber nicht riskiert, etwas „Unerwünschtes“ von sich zu zeigen oder im Zuhörer eine unerwünschte Reaktion auszulösen, spricht weiter, stockt, bleibt stecken, versucht mit körperlichen Mitbewegungen - die bald zu Mitverkrampfungen werden – das Sprechen voranzutreiben, aber findet keinen Weg, das gesteckte Ziel zu erreichen, nämlich seine Bedürfnisse fließend sprechend auszudrücken.....“ (Kollbrunner, 2004; S 327).

Aus diesen und vielen anderen Überlegungen entwickelt Kollbrunner (2004; S. 335 ff) seine „Dynamische Stottertherapie“ (DST), der er folgenden Rahmen zu Grunde legt: (1) Respekt gegenüber dem Symptom; (2) Mehr-Generationen-Verständnis; (3) Emotionale Bedürfnisse und

Verletzungen im Zentrum der Aufmerksamkeit; (4) konstruktives Verständnis von Schuldgefühlen (Kollbrunner meint, dass Schuldgefühle der Mutter und die damit verbundenen Dynamiken im Kontakt mit dem Kind prägend sind. Er plädiert für einen Wandel von Schuldgefühl bzw. Schuldzuweisung zur Entwicklung des Interesses für Zusammenhänge). Auf dieser Basis baut er folgende Leitlinien für den therapeutischen Prozess auf:

- (1) der Ausdruck von Gefühlen hat Vorrang
- (2) Lernen, Schuldgefühle als hilfreiche Zeichen zu verstehen
- (3) Entdecken des lustvollen Kommunizierens
- (4) Einladung zum Sprechen (Sprechübungen) ohne Kontrollzwang.

Er schlägt dazu eine Kombination von psychodynamischer Gesprächstherapie mit Sprechübungen vor. Außerdem entwickelt er sehr weit gefasste Richtlinien für das Setting und die diagnostische Abklärung und befasst sich ausführlich mit der Therapie stotternder Kinder, in die er die Eltern auch aktiv einbindet.

Am Ende seines äußerst umfangreichen und fundierten Werkes entwickelt Kollbrunner (2004; S. 418 ff) die Vision einer Ausbildung zum „Kommunikationstherapeuten“, die er auch auf andere psychosomatische Erkrankungen als Stimm- und Sprachstörungen anwendet.

Besonders wichtig erscheint mir der von Kollbrunner heraus gestrichene Zusammenhang zwischen der „erhöhten Kränkbarkeit“ der Mutter (bzw. zumindest eines Elternteiles) und die damit zugrunde gelegte Kränkung der Mutter durch die Individuation des Kindes, die aus einem daraus erwachsenden denotativen Kommunikationsstil hervorgerufene Selbstentfremdung des Kindes und letztlich dessen „aktive Abwehr konnotativer Kommunikation“ und das daraus resultierende Stottern. Ich leite daraus ab, dass das Kind mit seinem Stottern sprechen und gleichzeitig nicht sprechen will sowie die Mutter schonen oder wohl stimmen und ihr gleichzeitig seine eigene Befindlichkeit und Bedürftigkeit zeigen will.

Kollbrunner setzt sich mit den oben bereits erwähnten kritischen Äußerungen über Stottertherapien und (vor allem selbst stotternde) Stotterexperten in die Nesseln der entrüsteten Kritik der FachkollegInnen. Wenn vielleicht manches seiner Haltung auch überzogen sein mag, so finde ich seine kritische Auseinandersetzung mutig und interessant: er hat offensichtlich einige wunde Punkte getroffen, die diskussionswürdig sind, vor allem die bei Stotternden (ebenso wie bei vielen Menschen, die von anderen psychosomatischen Erkrankungen betroffen sind) häufig feststellbare Verdrängung psychodynamischer Sichtweisen, die die Betroffenen aus der Verantwortung entlässt. Gleichzeitig begibt sich Kollbrunner (2004) in die Gefahr, die Verantwortung in Form von „Schuldzuweisung“ bei den Betroffenen zu lassen und damit gleich wieder einen Grundstein für neue Überforderung zu legen. Natürlich ist es ein wesentliches Ziel psychotherapeutischer Arbeit, dass die KlientInnen Verantwortung für sich selbst übernehmen. Das ist aber erst möglich, wenn

entsprechende Ressourcen – zB. die innere Erlaubnis zu konnotativer Kommunikation – erworben und integriert worden sind (siehe Kapitel „Stütze und Kontakt“, Seite 30).

7.3 INDIVIDUALPSYCHOLOGIE: Theo Schoenakers Konzept der Stottertherapie

Theo Schoenaker (2000) hat gemeinsam mit seiner Frau Antonia Schoenaker im „Züntersbacher Modell“ eine Stottertherapie entwickelt, die sowohl auf Erfahrungen aus der Logopädie als auch auf der Individualpsychologie Alfreds Adlers aufbaut. Mit dem klingenden Titel „Ja..., aber!“ weist Schoenaker (2000; S. 122ff) auf einen zentralen Punkt des individualpsychologischen Verständnisses von Neurosen allgemein und speziell der „Stotterneurose“ hin: Der Betroffene drücke mit dem „JA“ ein Wollen, ein Bedürfnis etc. aus und stelle dieses sofort wieder mit dem „ABER“ in Abrede – auf diese Weise würde der status quo aufrecht erhalten und es passiere gar nichts. Er geht von folgenden neurotischen Haltungen aus, die er (unter anderem) seinen PatientInnen im Lauf der Therapie bewusst machen will: (1) die PatientInnen fühlen sich für das Symptom nicht verantwortlich und schieben die Schuld für Misserfolg etc. auf das Symptom; (2) mit der Suche nach den Ursachen der Symptomatik vermeiden die Betroffenen den „Blick auf den Sinn der Symptome“; (3) „weil der Patient an seiner Störung leidet, und sich nicht verantwortlich fühlt, müssen die anderen, nicht er, sich ändern“; (4) „das Symptom wird als Krankheit selbst angesehen, und somit zu wichtig gemacht“ - diese Sichtweise führe zu einem verstärkten Kampf der PatientInnen gegen das Symptom, der wiederum die Voraussetzung für die Entwicklung und Festigung der Symptomatik bilde.

Schoenaker (2000; S. 30 ff.) baut weiters sein Verständnis des Stotterns auf das individualpsychologische Menschenbild auf, in dessen Mittelpunkt der „Mensch als soziales Wesen“ mit seinen „Lebensaufgaben“ (Liebe; Arbeit; Gemeinschaft; Umgang mit sich selbst; geistiges Leben) steht. Im Sinne Adlers sieht er im Zentrum menschlicher Entwicklung das „Streben nach Zugehörigkeit“. Dementsprechend sieht er auch die Entwicklung psychosomatischer Symptome unmittelbar in Zusammenhang mit den „Lebensaufgaben“ (bzw. mit den daraus erwachsenden „Lebensproblemen“) und versteht das „Stottern grundsätzlich als einen Versuch des Kindes, sich zugehörig zu fühlen“. Dem hinter psychosomatischen Symptomen stehenden „Minderwertigkeitsgefühl“ und der daraus sich entwickelnden „Entmutigung“ setzt Schoenaker in seinem „Encouraging-Training, Schoenaker-Konzept ®“ die „Ermutigung“ entgegen.

Schoenaker (2000; S. 98ff.) sieht im Stottern ein neurotisches, zielgerichtetes Verhalten und steht nach Kruse (in: Schoenaker, 2000, S. 259ff.) im Gegensatz zu „allen anderen Konzepten, die spekulieren, der Stotterer wolle sein Stottern vermeiden und würde deshalb stottern“ (Kruse sieht das Stottern u.a. als „Modell für Psychosomatik“, da „organische“ Therapien ineffektiv bleiben, das Stottern situativ auftritt, der „Organbefund“ keine ausreichenden Hinweise zur Erklärung für die

objektiv vorliegende Funktionsstörung liefert, und sich keine „pathophysiologische Plausibilität“ finden lässt). Die Art des jeweils individuellen „Lebensstils“ (Schoenaker, 2000, S. 132), der sich im Selbstbild, Selbstideal, Weltbild und dem „Deshalb“ („privat-logische Schlussfolgerungen“ und Konzepte, mit denen das eigene Handeln bzw. die eigene Haltung begründet wird) und die Persönlichkeitstheorie der vier „Prioritäten“ (Schoenaker, 2000; S. 52 ff.) bilden die Grundlage des individualpsychologisch-psychosomatischen Verständnisses des Stottern von Schoenaker. Die vier „Prioritäten“ (Bequemlichkeit, Gefallenwollen, Kontrolle und Überlegenheit) sind Haltungen, die wir aus unserer „schöpferischen Kraft“, den Veranlagungen und den Erfahrungen in unserem frühen sozialen/familiären Umfeld entwickelten. Psychosomatische Symptome würden unbewusst als Mittel eingesetzt, um die „Sackgasse“ zu vermeiden, die entsteht, wenn die Priorität nicht in „einer sozial nützlichen Weise, d.h. mit genügend Selbstvertrauen und Gemeinschaftsgefühl“ gelebt werden könnte. Z.B. würden aus der Priorität „Bequemlichkeit“ Symptome entwickelt, wenn Druck und Verantwortung zu groß würden, und das Ziel haben, andere in seinen Dienst zu nehmen, um sich vom Druck zu befreien. Schoenaker sieht dabei in den Symptomen nonverbale Kommunikationssignale, die im Gegenüber wieder entsprechende, entlastende Reaktionen auslösen sollen. Z.B. im Fall der Priorität „Bequemlichkeit“ könnte das Symptom nonverbal „Hilflosigkeit“ demonstrieren mit dem Ziel, im Gegenüber Hilfsbereitschaft und die Übernahme von Verantwortung auslösen.

Schoenaker eröffnet eine Vielzahl von Perspektiven auf das Stottern, auf neurotisches bzw. psychosomatisches Verhalten und dessen Therapie. Vor allem in der Bewertung des sozialen Umfeldes und den daraus resultierenden Verhaltensweisen sowie der ganzheitlichen Sicht auf das Symptom als gewissermaßen sinnvolles und zielgerichtetes Verhalten erscheint mir sein Ansatz als durchaus kompatibel mit dem gestalttherapeutischen Zugang. Seine zum Teil sehr kategorisierende Herangehensweise beleuchtet das „Problem“ zwar von unterschiedlichen Seiten sehr eindrücklich, läuft meines Erachtens aber auch Gefahr, ob der Vielfalt an Erklärungsmodellen etc. den Blick auf den unmittelbaren Kontakt und die „PatientInnen“ als menschliches Gegenüber aus den Augen zu verlieren.

7.4 SYSTEMISCHE THERAPIE / SYMPTOMAUFSTELLUNGEN nach Eelco de Geus

Eelco de Geus hat viele Jahre lang als Logopäde ein Institut für Stottertherapie in den Niederlanden geleitet und bietet seit Herbst 2006 Symptomaufstellungen für Betroffene und als Supervision für TherapeutInnen an. Er lehnt sich dabei an die Familienaufstellungen nach Bert Hellinger an. Ich selbst hatte Gelegenheit, diese Methode beim ersten, diesbezüglich in Wien angebotenen Seminar kennenzulernen. Ich will diese Methode nur mit einem kurzen Erfahrungsbericht hier erwähnen, ohne auf die Literatur und theoretische Hintergründe näher

einzuweichen.

In den Symptomaufstellungen wird im Rahmen einer „Familienaufstellung“ das Symptom ebenso wie zB die Familienmitglieder oder wesentliche Erfahrungen etc. durch eine Repräsentantin verkörpert. Der/die „Aufstellende“ wählt eine Repräsentantin und führt sie (zB indem die Hände auf die Schultern der Repräsentantin gelegt werden) an „ihren“ Platz, der im Augenblick der Intuition des Aufstellenden entspricht. Auch der Aufstellende wählt vorerst eine RepräsentantIn für sich selbst. Die so konstellierte RepräsentantInnen benennen ihr augenblickliches Erleben und ihre Impulse und beginnen unter Anleitung des Aufstellers einen dynamischen Prozess, in dessen Folge sich die ursprüngliche Konstellation erheblich verändern kann. Auf diese Weise werden Dynamiken und mitunter auch „Lösungen“ sichtbar, die der Aufstellende zuerst von außen beobachtet und dann später, indem er an den Platz des für sich selbst gewählten Repräsentanten wechselt, auch selbst erlebt.

Bei meiner eigenen Aufstellung waren vorerst nur zwei Repräsentantinnen auf dem „Spielfeld“: eine für mich und eine für mein Stottern. Später kam auf Anregung von Eelco de Geus lediglich ein Repräsentant für meinen Vater dazu. Letztlich ging es darum, mich meinem Eigenen zuzuwenden und meinem Vater die Verantwortung für sich selbst bzw. für seine Geschichte etc. zu lassen. In meinem Fall hatte sich das Symptom „Stottern“ zu „meinem Eigenen“ verwandelt, mit dem es sich „gut leben ließ“. Wesentlich war dabei für mich ein kurzer Augenblick des Loslassens und das Erleben, dass dem Repräsentanten meines Vaters die Verantwortung für sich sehr wichtig war und er sich dagegen wehrte, dass ich ihm etwas abnehme: So erlebte ich in einer kurzen Inszenierung eine Haltung, die ich wohl lange Zeit unbewusst eingenommen hatte und konnte sie – zumindest auf dieser symbolischen Ebene – wieder gehen lassen: das Loslassen von Verantwortung, die nicht zum mir gehörte.

Trotz vieler Vorbehalte gegen die ausschließliche Verwendung von („Hellinger`scher“) Aufstellungsarbeit, die ich hier nicht kommentieren will, war für mich diese Sequenz hilfreich, weil sie mir auf eindrückliche Weise einen spezifischen Blickwinkel auf mein eigenes Leben ermöglichte und einen neuen Aspekt auf das Stottern freilegte. Es geht – so verstehe ich Eelco de Geus – nicht um rasche oder gar plötzliche „Heilung“ vom Stottern, sondern vorerst einmal darum, die Bedeutung des Symptoms zu ergründen und so vielleicht etwas von seinem perpetuierenden Potenzial zu nehmen. Die Aufstellungsarbeit war für mich dabei ein diagnostisches Agens, das die Situation und Zusammenhänge deutlich macht und gleichzeitig auch ein Erlebnisraum, in dem auch Neuorientierung zumindest als Inszenierung möglich ist.

8 Fragment 7: DIE GESTALT THERAPIE

8.1 F.S. PERLS UND DAS STOTTERN

Bereits in seinem ersten Werk „das Ich, der Hunger und die Aggression“ (Perls, 1995) widmet F. Perls dem Stottern einen kurzen Beitrag (S. 283-286).

„Der chronische Stotterer ist gekennzeichnet durch seine Ungeduld, sein unentwickeltes Zeitgefühl und durch seine gehemmte Aggression. Seine Worte fließen nicht in einer richtig eingeteilten zeitlichen Abfolge; sein Geist und sein Mund sind übervoll mit Worten, die alle darauf warten, auf einmal heraus zu kommen. Dies ist das genaue Gegenbild seiner Gier, alles auf einmal zu verschlingen. Bei jedem Stotterer findet man, als Überrest dieser Gier, eine Tendenz, beim Sprechen einzuatmen, womit er seine Neigung verrät, selbst seine eigenen Worte zu verschlucken. Der Stotterer gebraucht seine Zähne nicht genügend; seine Aggression ist ihrer natürlichen Funktion beraubt und sucht sich seltsame Auswege...“ (Perls 1995; S. 283)

In dieser kurzen Passage bringt F.S. Perls Aggression, Wut, Atmung und Gier ins Spiel – und den Verweis auf „seltsame Auswege“ der Aggression. Damit stellt er das Stottern als funktionellen Ablauf dar, der Gier und Aggression symbolisiert, aber deren direkten Ausdruck vermeidet oder unterdrückt, und verweist auf eines der zentralen Themen in dem Buch, die wesentliche Rolle der „Verdauungsfunktionen“ und damit des Beißens, des Kauens, Ausstoßens („dentale Aggression“) und Schluckens beim Verarbeiten psychischer Inhalte. Mir ist dieses Konzept in gewissem Maße plausibel und spiegelt die (allerdings häufig sehr vereinfachende) Perls'sche Radikalität wider, mit der er an seine Fragestellungen herangeht. Andererseits lässt er den Blick auf das Gegenüber, bzw. auf das Feld, in dem das alles stattfindet, zumindest in der oben zitierten Passage außer Acht – das ja, so glaube ich es wenigstens beim Stottern (wie auch bei vielen anderen Störungen, nicht nur solchen, die mit dem sprachlichen Ausdruck zu tun haben) eine wesentliche Rolle spielt, da es ja mit dem Sprechen eine wichtige Mitteilungs- bzw. Kommunikationsfunktion betrifft. Allerdings im letzten Satz dieses Kapitels lässt er den Blick auf das Gegenüber bzw. auf das Stottern als „Kommunikationsinstrument“ erahnen: „Wenn Sie Stotterer sind, was erreichen Sie mit Ihrem Symptom?“ (Perls 1995; S. 286).

In der Folge entwirft F.S. Perls ein „Übungsprogramm“, in dem es ähnlich wie bei seinen „Kau- und Essübungen“ um die bewusste Wahrnehmung (im Sinne seiner „Konzentrationstherapie“) – und in diesem Fall um das bewusste Atmen und dessen Koordination mit dem Sprechen geht. Entfernt erinnern mich seine Übungsvorschläge an die Sprech- und Bewegungsübungen von Frau Summer (siehe Seite 25), die erstens zT. einander ähnlich aufgebaut sind und zweitens auf die „natürliche“ Synchronisation von Atmung, Sprechen und auf Wahrnehmung abzielen.

„Das Ziel ist es heraus zu bekommen, wie das Stottern hervorgebracht wird. Sobald man eine

bewusste und detaillierte Kenntnis davon gewonnen hat, wie das Stottern zustande kommt, ist das Sprechen ohne zu stottern leicht zu erlernen. Wie wenige Stotterer sind jedoch bereit, bewusst zu stottern, ihre Feindseligkeit dem Stottern gegenüber aufzugeben und aufzuhören, es zu bekämpfen. Wie wenige sind bereit, die volle Verantwortung für ihr Stottern zu übernehmen!“ (Perls 1995; S. 286). Es geht also auch hier um Wahrnehmung von dem, was wie passiert. Allerdings auch hier wieder unter Vernachlässigung und Nicht-Erwähnung des Kontextes, nämlich der Tatsache, dass Stottern in einem bestimmten Feld unter bestimmten Umständen (zB emotionale Konnotation des Gesprochenen) und in der Kommunikation mit einem bestimmten Gegenüber passiert. Was an dieser Stelle aber besonders hervor sticht, ist der Hinweis darauf, dass es um die Bereitschaft geht, den Kampf gegen das Stottern aufzugeben (und die damit in der Retrofektion gegen sich selbst gerichtete Energie nach außen zu wenden): eine der wesentlichen Triebfedern, mit denen das Stottern aufrecht erhalten wird, ist wohl der dauernde Kampf dagegen und das damit verbundene Vermeidungsverhalten.

F.S. Perls zielt darauf, Verantwortung für das Stottern zu übernehmen – das erscheint mir als zentraler Punkt – und er sieht hierin die Basis dafür, den Sinn des Stotterns zu erfassen. Er nennt Beispiele: „..., Zeit zu gewinnen, um primäre Befangenheit zu verstecken oder,, um ein verborgenes sadistisches Vergnügen zu bemänteln...“ (Perls 1995; S. 286). In dem Augenblick, in dem wir Verantwortung für das Symptom übernehmen, werden wir vom passiven Opfer zum aktiven Player. Der Blick der Wahrnehmung wird damit weiter und Alternativen zum Symptom können auftauchen. Eine Aussage wie „es stottert mich“ oder „ich tu so, als wäre alles o.k. / als stotterte ich nicht“ wird so einfach zum „ich stottere“...

Bemerkenswert an dieser frühen Arbeit (Erstauflage 1946) sind Sichtweisen, die in der modernen Stottertherapie zum Teil erst später rezipiert wurden: (1) der Einfluss der Atmung, (2) die Wahrnehmung, dessen was ist, als Schlüssel zur Veränderung, (3) das Loslassen der Feindseligkeit gegenüber dem Stottern, (4) die Übernahme der Verantwortung für das Symptom, (5) die Suche nach der jeweils individuellen „Bedeutung“ des Symptoms.

Als Wegweiser, der über diese hier vorliegende Arbeit hinaus führt, will ich eine andere Stelle erwähnen, in der Perls, Hefferline und Goodman (1995, S.52) in einer kurzen Sequenz die Aufmerksamkeit auf die Entstehung des Stotterns bei einem Kind lenken: „Nehmen wir an, ein Kind (.....) das sprechen lernt, hat eine zornige Mutter, es merkt, dass gewisse Wörter oder Themen, ja sogar das Reden selbst, gefährlich sind, es verdreht, verdrängt, versteckt seine Art sich selbst auszudrücken; schließlich stottert es, dann unterdrückt es das Stottern, weil es zu peinlich ist, und lernt, mit anderen Ersatzmundpartien zu sprechen.“ Sie verwenden das Beispiel des Stotterns, um die Entstehung innerer Spaltungen und die Entfremdung innerer Befindlichkeit und sprachlichem Ausdruck zu verdeutlichen. Im Kontext dieser Stelle geht es um die Entwicklung der gestalttherapeutischen Sichtweise auf „Körper“, „Seele“ und „Selbst“, um die Integration

gestaltpsychologischer Begriffe und des Kontaktmodells, um den Zugang zu psychosomatischen Phänomenen und im speziellen um „Abstraktion“ und „Verbalisieren“. An späterer Stelle (S. 114ff.) schreiben sie über das „Verbalisieren“ als Schutz, indem quasi durch Worte und die Präsentation introjizierter Haltungen letztlich Kontakt vermieden wird. Das will ich aber hier nicht weiter diskutieren, sondern eben nur als „Wegweiser“ für neue Überlegungen erwähnen.

8.2 VON „I AM A STUTTERER“ ZU „I AM ONE WHO CAN SPEAK FLUENTLY“

Kaplan und Kaplan (1978, S. 1-9) tragen eine der ganz wenigen gestalttherapeutischen Veröffentlichungen zum Thema „Stottern“ bei. Sie gehen vom Menschen als Ganzheit aus und lehnen rein symptomorientierte Ansätze ab; damit sehen sie das Stottern als ein System von Verhaltensweisen innerhalb einer ganzen Person.

Der Ausgangspunkt ihrer Überlegungen ist das Selbsterleben von Stotternden als inadäquate und beschränkte Persönlichkeiten, die sich als abweichend vom „Normalen“ sehen und ein ganzes, relativ starres und Energie raubendes System von Haltungen entwickeln, die in der manifesten Selbstzuschreibung „ich bin ein Stotterer“ gipfeln. Andere Persönlichkeitsanteile, die dem fließenden Sprechen entsprechen, werden relativiert, weniger wahrgenommen und dem „Stottersystem“ unterstellt, indem zB sofort am Fortdauern des fließenden Sprechens gezweifelt wird. Durch viele „ich kann´s nicht“-Botschaften und -Haltungen hält der Stotterende das System selbst aufrecht und entwickelt ein Repertoire an selbst erfüllenden Prophezeihungen. Das „Stottersystem“ wird so das „Heimterritorium“ der Stotternden; sie werden zu Experten dafür, sich selbst zu blockieren, sich in wiederholenden Verhaltensweisen zu bewegen und sich die Möglichkeiten der Veränderung und zur Erweiterung ihrer Wahrnehmung und ihrer Erfahrungen zu nehmen.

Die Gestalttherapie zielt nach Kaplan und Kaplan (1978) darauf, die Blockierung aufzuheben und das ganze Symptomsystem zu verändern. Dabei geht es um den Fokus auf den Kontakt im Hier und Jetzt und auf die Wahrnehmung dessen, was ist und wie es ist – also um „nichts Neues“.... Aus der Wahrnehmung, wie der Sprachfluss oder sonstige leibliche Äußerungen blockiert werden, wird die Wahrnehmung dessen, wie Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle und deren Äußerung vermieden werden. Damit gewinnt die betroffene Person Erfahrung und Klarheit darüber, wie sie selbst Alternativen blockiert und im „Stottersystem“ verharrt. In einer weiteren Stufe der Therapie geht es dann darum, neue Verhaltensweisen zu erproben und bisher abgespaltene Persönlichkeitsanteile zu integrieren. Besonderes Augenmerk legen Kaplan und Kaplan (1978) auf die Exploration des Atmens (Unregelmäßigkeiten im Atemfluss und Blockierung desselben sind wesentliche Begleiterscheinungen des Stotterns). Jedoch lehnen sie die Beschränkung auf „Atemtherapie“ mit dem Argument ab, dass die Basis für Veränderung die Bewusstheit darüber ist,

wie der Atemprozess mit dem „Stotterssystem“ verwoben ist. Sie lenken den Fokus über den Tellerrand des Stottersystems hinaus auf die Wahrnehmung alternativer Ressourcen, die das „fließende Selbst“ unterstützen. Mit der Wahrnehmung der Mechanismen der Selbstblockierung und der Erforschung von Alternativen können die Betroffenen zunehmend Verantwortung für ihr Verhalten übernehmen und Schritt um Schritt Vertrauen in die Aussage gewinnen: „ich bin jemand, der/die fließend sprechen kann“....

In diesem Artikel werden wie in keinem anderen (zumindest von denen, auf die ich gestoßen bin) gestalttherapeutische Prinzipien auf die Therapie des Stotterns angewandt....

8.3 DER METHODEN ÜBERGREIFENDE ANSATZ VON C.W. STARKWEATHER UND J. GIVENS ACKERMAN

Prolog: Bevor ich auf den Ansatz von Starkweather und Givens-Ackerman eingehe, lenke ich die Aufmerksamkeit auf einen Workshop, den die beiden geleitet haben und bei dem in kurzer Zeit für mich wesentliche Perspektiven auf das Stottern deutlich wurden: In einem Internetforum der BSA (British Stammering Association; <http://www.stammering.org>) wird ein eintägiger, gestalttherapeutischer Workshop diskutiert, den C.W. Starkweather und J. Givens 2001 geleitet haben und an dem etwa 60 SprachtherapeutInnen und Stotternde teilgenommen haben. In diesem Workshop ging es vor allem auch um die Konfrontation mit dem Stottern und den damit verbundenen Gefühlen. Obwohl von den TeilnehmerInnen zahlreiche Bedenken gegen die Struktur dieses Workshops geäußert wurden (zu kurz, zu viele TeilnehmerInnen, zu wenig Schutz, Unmöglichkeit der „Nachbearbeitung“...), dürfte er den Stotternden wichtige Erfahrungen vermittelt haben, vor allem jene, das Stottern nicht nur als bekämpfenswerten Feind zu sehen, sondern auch als Teil von sich selbst und als Ausdruck von sich selbst (http://www.stammering.org/gestaltworkshop_russell.html). J. Givens, die selbst stotternde Gestalttherapeutin ist, streicht diesen Aspekt auch als wesentlichen für ihre eigene Entwicklung heraus: sie hätte ursprünglich eine Haltung der Angst und der Gewissheit eingenommen und festgehalten, von einem „Defekt“ betroffen zu sein, und so jegliche Idee vermieden, sich mit dem Stottern auf andere Weise auseinanderzusetzen. Im Laufe der eigenen Therapie wäre sie dann dazu gekommen, sich selbst zu akzeptieren, das Stottern als Teil ihrer Selbst anzunehmen und die damit verbundenen Grundhaltungen zu erforschen.... SprachtherapeutInnen äußerten Bedenken gegenüber der Möglichkeit, dass die Stotternden bei der Konfrontation mit dem Stottern einem Unbehagen ausgesetzt sein könnten – eine Annahme, die die Stotternden nicht bestätigten. C.W. Starkweather greift diese „Schonhaltung“ der TherapeutInnen auf und weist darauf hin, dass im gestalttherapeutischen Herangehen sowohl Unterstützung (support) als auch Herausforderung (challenge) Platz haben müssten. Für mich zeigt sich in der Reflexion dieses Workshops eine der wesentlichen Problematiken des Stotterns: einerseits die allseits präsente, von latenter Angst

besetzte, selbst verurteilende und als schicksalhaft angenommene Haltung, die viele (alle?) Stotternden entwickeln. Und andererseits die Schonung und die empathische Haltung, die gegenüber Stotternden eingenommen wird. Zusammen genommen entwickelt sich aus den beiden Haltungen ein System von Vermeidung und Verleugnung, in dem das, was Sache ist nicht ausgesprochen wird. Dadurch wird auch Kontakt vermieden, vielleicht gegenseitig viel interpretiert und projiziert, ohne im Dialog die Realitätsprüfung anzutreten, das Symptom perpetuiert und so das „Stottersystem“ aufrecht erhalten. Dieser Kreislauf scheint mir als wesentlicher Punkt, den es durch dialogische, gestalttherapeutische Intervention zu bearbeiten, zu lockern und aufzulösen gilt.

Starkweather und Givens-Ackerman (1997, S. 133-173) propagieren als Alternative zu modifizierenden und auf Kontrolle basierenden Therapien ein Konzept, das Gestalttherapie und das „12-Punkte“- Programm kombiniert, das zB von den „Anonymen Alkoholikern“ angewandt wird.

Den bereits beschriebenen „Modifikationstherapien“ stellen die Autoren ihren psychotherapeutischen Zugang eines „Wiederherstellungsprozesses“ („process of recovery“) gegenüber. Sie gehen unter anderem von der Beobachtung aus, dass Stotternde weniger ausgeprägt stottern bzw. fließend sprechen, wenn sie sich einem aufmerksamen, gewährenden Zuhörer gegenüber finden, also in einer Atmosphäre, in der das Stottern sein darf (siehe auch Seite 57). Ein zweiter Ausgangspunkt ihres therapeutischen Ansatzes ist das Paradox, dass Stotternde versuchen, die Kontrolle über das Stottern zu gewinnen und damit immer mehr die Kontrolle über den Redefluss verlieren. Diesem Paradox setzen die Autoren eine Haltung des Loslassens („letting go“) entgegen – das heißt, eigentlich setzen sie ihm nichts entgegen, sondern „nehmen ihm den Wind aus den Segeln“. Starkweather und Givens-Ackerman (1997; S. 146) sehen als Ziel ihrer Therapie zu lernen, den Versuch der starken Kontrolle zu stoppen. Deshalb sollten die TherapeutInnen nicht die Rolle von Kontrolloren einnehmen, sondern mit den KlientInnen an einem Prozess Anteil nehmen, der „sich aus der Tendenz der Klientin zu wachsen und sich zu verändern entwickelt“. Die beiden Autoren sehen im „Wiederherstellungsprozess“ einen zyklischen Prozess, bei dem mehrere Phasen (Gewahrsein – Akzeptieren – Veränderung; siehe unten) immer wieder auf unterschiedlichen Niveaus auf einander folgen. Dabei verändern sich sowohl TherapeutIn als auch KlientIn. Sie verstehen „Therapie als Konversation“ und entwickeln ein mehrstufiges Therapiekonzept, das mir wichtig ist, im folgenden vorzustellen, weil es sich u.a. auch an gestalttherapeutischen Grundsätzen orientiert:

Schritt 1: Verbesserung des Gewahrseins („awareness“): Durch stetes Ansprechen des Stotterns in der Konversation wird das Gewahrsein dafür gefördert, unter welchen Umständen es wie auftritt. Mit dem Stottern verbundene Gefühle und Inhalte werden dadurch bewusst. Gleichzeitig ist die Erhöhung des Gewahrseins auch eine „Waffe gegen das Vermeidungs-/Verleugungsverhalten“, das viele Stotternde als Schutz aufgebaut haben. Die Autoren (S. 151) vergleichen das

Vermeidungsverhalten mit einer warmen Jacke, die vor Kälte schützt, und die der Träger erst dann gerne ablegt, wenn die Umgebung entsprechend aufgewärmt und sicher ist. In der ersten Stufe zur Schulung der Wahrnehmung wird der Fokus auf das Verhalten und auf die körperlichen Phänomene um das Stottern gelegt.

Dazu machen sich die Autoren folgende Fragen zunutze (S. 153-158): (1) stottere ich jetzt oder nicht? (2) wo in meinem Körper passiert das? (3) welchen Ton oder welches Wort will ich ausdrücken? (4) welche Intention drücke ich mit dem Satz aus? (5) wo in dem Satz stottere ich? (6) mit wem spreche ich? (7) in welcher Situation spreche ich? (8) klingt meine Stimme anders als sonst? (9) artikuliere ich mich hart oder weich? kenne ich die Schwierigkeiten bei diesem Laut von woanders? (10) ist das (Stotter-)Verhalten eine Wiederholung, eine Dehnung, ein Block, ein gebrochenes Wort,... oder eine Kombination daraus? (diese Frage zielt auf das primäre, nonreaktive Verhalten); (11) versuche ich das Wort herauszudrücken, es zurück zu halten, es rhythmisch zu unterstützen; versuche ich etwas zu vermeiden, es hinaus zu zögern, etwas zu umgehen oder zu verschweigen? (sekundäre, reaktive, willentliche Verhaltensweisen); (12) Ist das (Stotter-)Verhalten gequält oder leicht? Ist es langsam oder schnell?

Mit diesen Fragen beziehen sich die Autoren auf die wesentlichen Eigenschaften des Stotterns, sie schließen bewusstes und unbewusstes Verhalten ein und beleuchten mehrere Ebenen (zB die körperliche und die inhaltliche).

In der nächsten Stufe geht es darum, die Wahrnehmung der Gedanken, Vorstellungen und Konzepte rund um das Stottern zu weiten. Das Ziel ist, immanente Glaubenssätze zu erkennen, zB „Stottern ist eine Schande“ oder „niemand hört mir zu“ etc. Wenn diese Vorannahmen gewahrt werden und ihre „Macht“ identifiziert wird, können sie auch hinterfragt und ihre Bedeutung erkundet und zuletzt geändert oder losgelassen werden.

In einer dritten Stufe wird die Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung der Emotionen gelegt. Die Autoren (S. 160) bezeichnen die Gewährleistung der mit dem Stottern verbundenen Emotionen als besonders schwierig, da sie wegen des täglichen und schmerzvollen Auftretens einer stringenten Abwehr unterliegen. Erst vorsichtiges Nachfragen und der Fokus auf körperliche Wahrnehmungen machen es möglich, in der unterstützenden und vertrauten Atmosphäre des Therapieraumes Gefühle wahrzunehmen und äußern.

Selbstredend wird in diesem Schritt der Fokus auf die Wahrnehmung gelegt, die ja aus gestalttherapeutischer Sicht die Basis der Therapie bzw. der Veränderung ist. Mir ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass mit der Wahrnehmung gleichzeitig auch eine Veränderung des Blickwinkels und eine Erweiterung des Blickfeldes einher gehen. In dem Augenblick, in dem ich mein Stottern nicht mehr (nur) als schicksalhafte Bedrohung oder Bürde wahrnehme und es nicht mehr bekämpfe, unterdrücke und die Kommunikation darüber nicht mehr tabuisiere, wird es zu

einem Teil der jeweils gegenwärtigen Situation und ein Zeichen des Ausdrucks der aktuellen Befindlichkeit. Ich kann damit aus der beengenden Verstrickung des Stotterkrampfes heraus treten und das Stottern bzw. die damit verbundenen Umstände, Wahrnehmungen, Gefühle auch verbalisieren und so zu einem besprechbaren Gegenstand und einem Teil der Kommunikation machen.

Schritt 2: Verbesserung der Selbstannahme in der Situation des Stotterns. Dabei geht es nach Starkweather und Givens-Ackerman (1997; S. 162-163) nicht darum, das Stottern als „für immer“ gegeben hinzunehmen, sondern es im Augenblick als solches zu akzeptieren. Das bedeutet aus dem gestalttherapeutischen Blickwinkel, das wahrzunehmen, was gerade passiert, was ist, und es zu akzeptieren, wie es ist.

Schritt 3: Veränderung. Auf der Basis des erweiterten Gewährseins und der Akzeptanz des Stotterns können andere Wege als jene gewohnten des Stotterns und des Kampfes dagegen erschlossen werden. Starkweather und Givens-Ackerman (1997; S. 163-169) setzen hier ihr Konzept der Veränderung an, das folgende Bereiche umfasst:

„Reparatur“ - hier geht es um das Üben und die Arbeit am „Redefluss“.

die „Frage der Zeit“: Stottern ist immer mit „Zeitdruck“ verbunden – entweder durch die stotternde Person selbst oder durch die (tatsächliche oder projizierte) Erwartung der Umwelt. Es geht darum, sich das Recht auf die Zeit zuzugestehen, die es braucht, sich zu verständigen.

Aussprechen, was Sache ist und was man will – dabei geht es darum zu lernen, zu dem zu stehen und das zu artikulieren, was man will und nicht ggf. um der Vermeidung schwer aussprechbarer Wörter willen, darauf zu verzichten (zB: Bestellung im Restaurant: wenn es mir schwer fällt mein Lieblingsgericht „Gammelknödel“ auszusprechen, werde ich eher den leichter aussprechbaren „Schweinsbraten“ bestellen – und mir so auf Dauer meinen eigenen Wunsch versagen, ihn nicht ernst nehmen).

Den ZuhörerInnen mitteilen, was man braucht und worum es geht (zB. sind ZuhörerInnen oft verunsichert, wenn sie mit dem Stottern ihres Gegenübers konfrontiert sind, und wollen dem Stotternden „helfen“, indem sie zB Sätze ergänzen; in diesem Fall geht es dann zB darum, den/die ZuhörerIn zu ersuchen zuzuhören und sie/ihn in der Unsicherheit zu entlasten). So entsteht Kontakt im Gegensatz zu einem krampfhaften Dialog, der für beide Gesprächspartner schwierig und von impliziten, nicht artikulierten Vorannahmen geprägt ist).

Zum Stottern stehen, statt es zu verleugnen.

Zuletzt plädieren die beiden Autoren dafür, Vertrauen in den Prozess der Entwicklung (der „Wiederherstellung“) zu wecken. Dazu gehört auch der Umgang mit „Rückfällen“, die typisch für das Stottern sind und die in eine Negativspirale führen können, in der das Symptom mehr Bedeutung gewinnen kann als zuvor. Sie empfehlen zB „Experimente“ nur als solche zu sehen und somit das Ergebnis offen zu lassen; im Gegensatz dazu können Misserfolge beim Versuch, „Aufgaben“ zu erfüllen, Schuldgefühle auslösen und den Leistungsdruck noch einmal erhöhen oder überhaupt zu depressivem Rückzug führen.

Starkweather und Givens-Ackerman (1997) stellen ein umfassendes Therapiekonzept vor, das auf eine gestalttherapeutische, phänomenologische und dialogische Grundhaltung aufbaut. Aus diesem Grund war es für mich sehr wichtig, ihrem Ansatz hier Raum zu geben und auf Details einzugehen.

9 Fragment 8: EIN WORKSHOP MIT STOTTERNDEN

Alle theoretischen Überlegungen bleiben grau ohne die Untermauerung durch praktische Erfahrung. Deshalb beschloss ich, einen gestalttherapeutischen Workshop für Stotternde anzubieten. Dabei sah ich mich dem Problem gegenüber, mit Menschen zu arbeiten, die ich zum Teil aus anderen Begegnungen kenne (v.a. in Gruppen der Österreichischen Stotter-Selbsthilfe-Initiative, ÖSIS) und diese privaten Außenkontakte einer ethisch vertretbaren psychotherapeutischen Arbeit widersprechen und ich an andere, mir nicht persönlich bekannte Stotternde nur sehr schwer heran zu kommen meine. Aus der Erfahrung aus zwei Versuchen, gemeinsam mit einer renommierten Logopädin Seminare für Stotternde anzubieten, die beide wegen zu geringer TeilnehmerInnenzahl abgesagt wurden, schloss ich außerdem, dass der Workshop unter den Stotternden auf wenig Echo stoßen würde, wenn er kostenpflichtig wäre... Aus diesem Grund bot ich einen kostenlosen halbtägigen Workshop zur "Selbsterfahrung" an und legte meinen Plan offen, die Ergebnisse für meine Graduierungsarbeit zu verwenden.

Letztlich meldeten sich fünf Stotternde als TeilnehmerInnen³, die ich durch persönliche Kontakte und zwei E-Mail-Aussendungen an die ÖSIS-Mitglieder angesprochen hatte.

9.1 DAS ZIEL

Das vordergründige Ziel dieses Workshop war, praktische Erfahrungen mit der Arbeit mit Stotternden zu sammeln und diese in die theoretischen Überlegungen dieser Arbeit einfließen zu lassen. Im Vorfeld stellte ich mir folgende Fragen, für die ich mir durch diesen Workshop Klärung erhoffte:

in welche, jeweils individuellen "Lebenshintergründe" ist das jeweils individuelle Stottern eingebettet?

haben diese Lebenshintergründe etwas gemeinsam? Wenn ja, was?

welche Konflikte stehen hinter dem Stottern, in welchen Situationen tritt es auf?

inwieweit ist es für die Teilnehmenden hilfreich, sich mit dem Stottern und seinem Hintergrund in einer gestalttherapeutischen Gruppe zu konfrontieren?

wie und inwieweit ist die IGT ein Werkzeug, das für Stotternde hilfreich sein kann und was kann sie zur (begleitenden) Therapie des Stotterns leisten?

Mir war bewusst, dass in einem so kurzen Seminar auf keinen Fall so viele Fragen auch nur annähernd ausreichend beantwortet und dass nur sehr schmale und blitzlichthafte Einblicke gewonnen werden könnten. Ich versprach mir trotzdem richtungsweisende Erfahrungen und

³ Die Namen der TeilnehmerInnen und Inhalte, die sie eindeutig identifizierbar machen, wurden verändert

"Ahnungen", die es mir ermöglichen, die Erfahrungen mit den theoretischen Betrachtungen dieser Arbeit zu verbinden.

9.2 DAS KONZEPT

Der Workshop war darauf ausgerichtet, den TeilnehmerInnen Gelegenheit zur Reflexion ihres Stotterns und ggf. zum Aufsuchen neuer Perspektiven darauf zu geben. Meine Intention war dabei nicht, das Symptom zu bekämpfen, sondern eine Gelegenheit zu bieten, mit dem Stottern in Kontakt zu treten und die dahinter liegenden Konflikte zumindest zum Teil sicht- und erfahrbar und damit bewusst zu machen. Ich war neugierig darauf, welche Stellung und Bedeutung das Stottern im Leben jeder und jedes Einzelnen einnimmt bzw. bisher eingenommen hat, unter welchen Rahmenbedingungen es entstanden ist und wie es sich manifestiert hat.

Meine Grundannahme war, dass jedem Stottern Konflikte bzw. konflikthafte Prozesse zugrunde liegen und dass das Symptom als Ausdruck der organismischen Selbstregulation zumindest in einer Lebenssituation ein quasi adäquater und nahe liegender Versuch der Lösung dieses Konfliktes war. Also eine Antwort - eine organismische oder leibliche Antwort auf ein hoch gespanntes Feld. Damit verfolge ich die Hypothese, dass das Stottern einen introjizierten Lösungsversuch darstellt, der durch innere Konflikte immer wieder genährt wird und dass durch das Offenlegen und erforschen dieser Konflikte und durch das erarbeiten alternativer Bewältigungsstrategien das Symptom letztlich obsolet wird.

Davon ausgehend lag mir daran, in dem Workshop einen Blick auf den jeweils persönlichen Hintergrund zu ermöglichen, vor dem sich das Stottern entwickelt und manifestiert hat. Im Hinblick darauf, dass die ursprünglichen Konflikte zwar die Aktualität verloren haben, in jeweils gegenwärtigen aber immer wieder ihre Entsprechungen finden und somit damit verbundene Handlungsroutinen aktivieren, bedeutet das, dass ich nicht retrospektiv herangehen sondern die unmittelbar gegenwärtige Situation - das Hier und Jetzt - in den Fokus rücken wollte.

Ich wählte deshalb als Einstieg eine nonverbale Übung, in der in einer Phantasiereise die "Lebenswelt" (siehe unten; vgl. Rahm et al. 1999; p. 78f) aufgesucht, "ausgeleuchtet" und danach das Erlebte gemalt werden konnte. Danach ersuchte ich die TeilnehmerInnen, in diesen, sozusagen graphischen Hintergrund "die Figur" des Stotterns einzuzeichnen.

Die restliche Zeit wollte ich der Reflexion der Bilder und ggf. sich daraus ergebenden Einzelarbeiten widmen.

9.3 DAS SETTING UND DIE ZIELGRUPPE

Der Workshop fand in meinem Praxisraum statt und dauerte fünf Stunden mit zwei kurzen Pausen. Wie oben erwähnt, erging die Einladung an Mitglieder der ÖSIS, also Stotternde, von denen ich annahm, dass sie sich schon auf unterschiedliche Weis mit ihrem Stottern auseinander gesetzt und zumindest Therapieversuche unternommen hatten. Zwei Logopädinnen, die ich ebenfalls eingeladen hatte, konnten nicht teilnehmen. In der schriftlichen Einladung kündigte ich auch einen Fragebogen an, mit dem ich die persönlichen "Eckdaten" erheben wollte. Die ursprüngliche Idee, statt des Fragebogens ein persönliches Vorgespräch vorzusehen, ließ ich aus Zeitgründen fallen.

9.4 DER ABLAUF

Mir war wichtig, einen nonverbalen Impuls zur Auseinandersetzung mit dem Stottern zu setzen und begann deshalb mit der Anleitung einer Phantasiereise, deren Eindrücke dann gemalt werden konnten. Die gemalten Bilder schienen mir auch der beste und einfachste Zugang zum unmittelbaren Erleben zu und dienten als "roter Faden" durch den Workshop. Der Ablauf im Detail:

1. Einheit (1,5 Stunden)

Vorstellung der TeilnehmerInnen (wer bist Du? Deine Stotter- und Stottertherapiegeschichte? Erwartungen und Befürchtungen? Wie geht es Dir jetzt?)

Phantasiereise in die eigene "Lebenswelt" (in Anlehnung an die "fünf Säulen der Identität" leitete ich eine "Reise durch die fünf Aspekte der Lebenswelt" an; vgl. Rahm et. al., 1993; S. 155f): Körper, wichtige Menschen, "Welt des Tuns" (Arbeit, Freizeit,), "Welt der materiellen Ressourcen", "Welt der Werte".

Malen der erlebten Bilder mit vier Farben (Wachsstifte, Filzstifte, Farbstifte) - danach war mit der fünften Farbe das Stottern einzuzeichnen.

Kurze Runde zur Frage "wie ist es Dir beim Malen gegangen?"

2. Einheit (1,5 Stunden)

Vorstellung der Bilder

3. Einheit (1,5 Stunden)

eine Einzelarbeit

Abschlussrunde: Was hast Du erlebt? Was nimmst Du mit? Was hat nicht gepasst? Was blieb ungesagt? Wie gehst Du jetzt nach Hause?

9.5 DIE TEILNEHMER/INNEN

Friedrich ist Mitte dreißig, verheiratet und arbeitet in gehobener Stellung. Er stottert "seit er spricht" und hat "unzählige" Therapien hinter sich und kann heute mit seinem Stottern gut umgehen. Friedrich beschreibt sich selbst als verlässlich, positiv eingestellt und zielstrebig. Er will sich an dem Nachmittag mit seinem Stottern und seinen Ängsten etc. auseinandersetzen. Er wirkt selbstbewusst, jugendlich, kraftvoll und betont, dass er gerne die "positiven Seiten" sieht und negative Sichtweisen ablehnt. Er spricht augenscheinlich ruhig und gelassen, so dass mir scheint, dass ihn sein zeitweilig auftretendes Stottern fast unbeeindruckt lässt. Das Stottern allerdings lässt mich den hinter seiner augenscheinlichen Gelassenheit lastenden Druck erahnen. Bei emotional gefärbten Inhalten wirkt er auf mich unsicher, so als würde er das vertraute Terrain verlassen. Während des Workshops signalisiert Friedrich immer wieder, dass er sich dessen nicht sicher wäre, was er tut, zB ist er sich nicht sicher, ob er das "Thema" des Malens richtig erfasst und dem "Auftrag" des Malens entsprochen hat (der Auftrag war, "das in der Phantasieerlebnisse Erlebte" zu malen).

Ich erlebe Friedrich als kompetenten, intellektuellen und verantwortungsbewussten jungen Mann, dem offensichtlich wichtig ist, klaren Handlungsrichtlinien zu folgen und die Kontrolle zu bewahren.

Elisabeth ist Mitte zwanzig und lebt mit ihrem Partner zusammen. Sie arbeitet in einer verantwortungsvollen Position in einem großen Unternehmen. Elisabeth beschreibt sich als genau, verlässlich und kritisch; sie stottert seit dem Volksschulalter. Sie kann das Stottern "gut vermeiden", hat aber zunehmend unter Sprechangst gelitten und hat vor längerer Zeit eine logopädische Therapie begonnen, die sie als "nett, aber wenig hilfreich" in Erinnerung hat. Geholfen in Bezug auf das Stottern haben ihr das vermehrte Wissen um sich selbst, "Eigeninitiative und Selbsthilfe" sowie die Auseinandersetzung mit neuen Methoden der Stottertherapie. In ihrer Familie stottert auch noch ein Verwandter ihres Großvaters. Elisabeth erzählt, dass ihr Stottern vor allem im Kontakt mit Menschen auftritt, mit denen sie sowohl Zuneigung als auch unterschwellige Konflikte verbindet.

"Ruhe und Gelassenheit - keine Ängste" könnten ihr in ihrem Stottern helfen. Wäre das Stottern plötzlich nicht mehr da, würde sich Elisabeth "mehr trauen". Das Stottern würde sie durch Selbstsicherheit und Zufriedenheit ersetzen. Sie erwartet sich von dem Workshop nichts, ist gespannt und offen.

Elisabeth wirkt auf mich selbstbewusst, kontrolliert und kompetent; im Hintergrund vermute ich ein hohes Maß an Verletzlichkeit und Vorsicht. Sie nimmt aktiv am Geschehen teil und steht dazu, ihre Anliegen zu äußern.

Petra ist Anfang dreißig und lebt ebenfalls mit ihrem Partner zusammen, sie ist in ihrer Arbeit häufig mit mehr (verbalen) Kundenkontakten konfrontiert, als sie sich selber zutraut. Sie erzählt ,

dass auch einige ihrer Verwandten vom Stottern betroffen wären. Petra selbst stottert seit ihrer Kindheit und kann das erste Auftreten ihres Stotterns keinem äußeren Ereignis zuordnen. Sie hat nach einigen enttäuschenden Therapieerlebnissen gute Erfahrungen mit neueren Methoden gemacht. Sie hat sich bereits sehr früh mit dem Stottern aktiv auseinandergesetzt und empfindet die Konfrontation mit dem Stottern und Kontakt mit anderen Stotternden in Selbsthilfegruppen als hilfreich und entlastend. Petra gerät unter Druck, wenn ihr Gegenüber ihr die "Worte aus dem Mund nimmt".

Petra wirkt auf mich vorerst sehr vorsichtig und abwartend, später engagiert, lebendig und neugierig, kumpelhaft und pflichtbewusst.

Sabine ist etwa 40 Jahre alt und ist allein erziehende Mutter. Sie arbeitet in einem Büro und engagiert sich aktiv in Sozialprojekten. Sie stottert seit dem Schuleintritt und hatte damals große Probleme mit anderen Kindern. In ihrer Familie stottern mehrere Verwandte, unter anderem ihr Vater. Sabine erlebte Stotter-Selbsthilfegruppen als Therapie und hat ihren eigenen Weg im Umgang mit dem Stottern gefunden. Im Kontakt mit ihr kann ich keinen Hinweis auf die Symptomatik "Stottern" entdecken. Sie hat reiche Erfahrungen mit zeitgemäßen Stottertherapien und ist äußerst kompetent und erfahren im Umgang mit dem Symptom - und hat dazu einen sehr reflektierten Zugang. Sabine hat sich mit ihrem Stottern arrangiert und kann mit dem verbliebenen "Reststottern" gut leben. Als hilfreich wäre es für sie, gegenüber ihren Mitmenschen, ihrer Umwelt und ihrem Stottern gelassener zu werden; als kontraproduktiv erlebt sie hingegen "gut gemeinte Ratschläge der Familie und von anderen Leuten...". Neben ihrer hohen Kompetenz wirkt Sabine auf mich sehr zurückhaltend, manchmal unsicher und vorsichtig, während ich in die Tendenz verfallende, ob ihres Engagements und ihrer Auseinandersetzung mit dem Stottern zu ihr "aufzublicken".

Johannes ist Mitte zwanzig und ist Student, er lebt im Haushalt seiner Mutter und stammt aus Nordeuropa, von wo er mit seiner Mutter eingewandert ist, als er im späten Volksschulalter stand. In dieser Zeit haben sich seine Eltern getrennt und im Zuge dieser Veränderungen und des Lernens der neuen Sprache hat sich auch sein Stottern entwickelt. Johannes erzählt, dass ihm das Stottern in der Schulzeit große Schwierigkeiten bereitet hätte und dass ihm das Sprechen vor Gruppen eher leichter fällt als vor einzelnen Personen. Das Stottern hat sich allerdings derart verbessert, dass ich während des Workshops kaum auf die Idee komme, er könnte stottern.... Johannes erwähnt, dass er zB im Dialog mit Menschen stottert, gegenüber denen er sich in gewisser Weise abhängig fühlt. Bezüglich seines Stotterns kennt er keine Unterschiede zwischen deutsch und seiner Muttersprache. Er hat keine längerfristigen Erfahrungen mit "Stottertherapien".

Johannes ist ein aufgeweckter, kontaktfreudiger und selbstbewusst wirkender junger Mann, der an der Therapie seines Stotterns großes Interesse zeigt. Ich erlebe ihn mutig und neugierig in seiner

aktiven Teilnahme, seinen Fragen und Statements. Gleichzeitig erlebe ich ihn gegenüber den Anderen engagiert und hilfsbereit und sehr zurückhaltend, wenn es um seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse geht.

Vier der fünf TeilnehmerInnen berichteten über positive Erfahrungen mit Stottertherapien, dreien von ihnen war die ROPANA-Methode nach Roland Pauli (siehe Seite 24) hilfreich und einem die Methode von Charles van Riper (siehe Seite 23).

9.6 PHANTASIEREISE UND MALEN

Wie bereits erwähnt, habe ich vor dem Malen eine Phantasiereise angeleitet, mit der ich ein entspanntes Ankommen ermöglichen und die Aufmerksamkeit auf die Selbstwahrnehmung und das Erleben im Hier und Jetzt lenken wollte. Nach einer "Wahrnehmungsreise" durch den Körper lud ich zu einer "inneren Umschau" in die Lebenswelt ein, in die Welt der Beziehungen, der alltäglichen Verrichtungen (Arbeit, Freizeit,), der materiellen Ressourcen und der Werte. Immer wieder wies ich bei der Anleitung hin sowohl das Vergangene als auch das Gegenwärtige in dem Blick einzubeziehen. Danach teilte ich Papier und Wachsstifte aus. Jede/r TeilnehmerIn sollte sich Stifte in fünf Farben auswählen und vorerst mit nur vier Farben das Erlebte malen. Nach etwa 15 Minuten ersuchte ich, nun mit der fünften Farbe das Stottern einzuzeichnen.

9.7 BEFINDLICHKEIT WÄHREND DES MALENS UND DER PHANTASIEREISE

Bevor wir an die Vorstellung der Bilder gingen, fragte ich nach, wie es den TeilnehmerInnen während der Phantasiereise und des Malens ergangen wäre:

Johannes ist es gut ergangen, er hat sich "alles bildlich vorstellen können" und es genossen. Er hat dann einfach die Lebenslandschaften gemalt, die ihm wichtig sind und sagt dazu, dass er "nichts Besonderes" gemalt hätte und sein Bild "auch nicht besser" wäre als die anderen.

Sabine hat sich bei der Reise und beim Malen schwer getan und sich kaum etwas vorstellen können. Sie hat dann auch "ein graues Meer" gemalt, wobei ihr „die Farbe Schwarz gefehlt hätte“. Das Malen ist ihr ungewohnt, da sie seit ihrer Kindheit nicht gemalt hat. (allein das Malen an sich bringt ihr schon eine neue Erfahrung oder zumindest eine Anregung)

Petra konnte sich nur "sehr schwer" auf die Phantasiereise einlassen, hat aber dann das Erlebte gemalt: ein sehr buntes Bild.

Elisabeth ist ganz in die Phantasiereise eingetaucht und ist ihrer "Lebenswelt" begegnet, die sie

dann zu Papier gebracht hat.

Friedrich hat schon vor dem Malen daran gezweifelt, ob er denn das auch könne, da er "wie ein Dreijähriger" male. Er hatte während der Phantasiereise viele Gedanken und hat dann das gemalt, was er gesehen hat.

9.8 VORSTELLUNG DER BILDER

Nach einer Pause lud ich die TeilnehmerInnen ein ihre Bilder vorzustellen:

Friedrich: Von einer blauen, wolkenförmigen Fläche links oben führt eine schmale und ausgefranste Verbindung nach rechts unten in die Bildmitte und mündet am Scheitel eines Kopfes einer vage in orange umrissenen Figur, deren Brust im unteren Bildende verschwindet. Aus dem Brustbereich entspringt eine schwarze Linie, die sich außerhalb des Körpers breit auffächert und nach rechts unten an den Bildrand führt. Die blaue "Wolke" ist umgeben von einer Anzahl schwach angedeuteter brauner spitzen, der rechte Bildrand ist von einer zartgrünen Fläche ausgefüllt.

Friedrich erzählt, dass die blaue Fläche eine Wolke "positiver Energie" darstellt, die in einer schönen Berglandschaft entspringt und die ihm, Friedrich, auch einen Strom positiver Energie zuführt. Wie schon erwähnt, ist ihm eine positive Sicht auf die Dinge wichtig, er findet negative Sichtweisen nicht zielführend und lehnt diese ab; er will sich nicht "runterziehen" lassen. Die aus seiner Brust entspringende schwarze Linie zeigt allerdings für ihn das Stottern, das die ganze positive Energie wieder absaugt und zunichte macht. Diese Energie gilt es in den "Griff zu bekommen"; Friedrich stellt fest, dass das sehr anstrengend ist und viel Energie kostet. Wir vereinbaren, das Spiel zwischen den beiden "Energien" näher zu bearbeiten, wenn dafür Zeit bleibt.

Elisabeth: im Zentrum ihres Bildes steht ein Haus mit einem Bett darin - es ist das Haus, an dem sie gerade gemeinsam mit ihrem Partner baut und das sehr bald fertig gestellt werden soll. Darunter, in der rechten Bildhälfte versammeln sich zahlreiche Symbole für Menschen, die ihr wichtig sind, Freunde, Verwandte, KollegInnen, und Symbole für wichtige Lebensbereiche: Arbeit, Urlaub,... In der linken Hälfte hat Elisabeth Symbole gemalt, über die sie nicht so gerne sprechen mag, unangenehme Seiten ihres Lebens: ein gebrochener Knochen, eine Ärztin, die ihr viel geholfen hat und ihr noch immer viel hilft, und ein Symbol, das mich sofort an einen Magen-Darm-Trakt erinnert, und als den ihn Elisabeth auch nach längerem Zögern benennt. Das tut ein für Elisabeth sehr unangenehmes Thema auf, nämlich ihre chronische Unverträglichkeit gegen mehrere Grundnahrungsmittel, die sie daran bindet, eine strenge Diät einzuhalten und ihren Wunsch nach Fernreisen praktisch unerfüllbar macht.

Elisabeth ist erstaunt darüber, dass sie genau über die Gedärme eine schwarze Sprechblase für ihr Stottern gemalt hat: es legt sich über die Organe wie ein dunkler - vielleicht schützender(?) - Schleier. Die Sprechblase entspringt einem Mund mit Zahnsperre.

Petra: das Zentrum von Petras Bild ist von einem großen, gelben Gebilde mit spitzen Fortsätzen ausgefüllt, so dass es mich an eine Nervenzelle erinnert. An den Spitzen sind rote Scheiben angebracht. Darum herum befindet sich ein fast leerer, ringförmiger Raum, in dem einzelne rosa Striche gemalt sind. Dieser Raum wird von einem dichten blauen Geflecht umgeben, in dem einzelne grüne Striche eingearbeitet sind. Ein buntes und lebendiges Bild ohne für mich erkennbare figurale Inhalte.

Petra sieht sich selbst in der gelben Fläche und in den roten Scheiben sieht sie jene Menschen, die ihr wichtig sind und die sie vor dem "Chaos des Lebens" - der blaue Kranz, der alles umgibt - schützen, und sie gleichzeitig "am Kontakt zum Leben behindern". Lediglich die rosa Streifen verbinden sie ab und an mit dem Leben, das vom Stottern durchzogen wird, den grünen Streifen, die das Blau strukturieren, und die ihrerseits ihre - Petras - Resonanz im Leben "da draußen" deutlich machen.

Sabine hat ein aus der Ferne kaum sichtbares Bild gemalt, so wie ineinander übergehende Schatten verschieden gefärbter, konzentrischer Ringe. Von matten Grautönen im Inneren wechseln die Farben zu einem hellen Gelb ganz außen, das wie ein Strahlenkranz erscheint. Von links unten nach rechts oben wird das Bild von einer kräftig grünen, gezackten und unregelmäßigen Linie durchzogen.

Sabine betont nochmals, dass sie sich mit dem Malen so schwer tue und sie seit ihrer Kindheit nicht mehr gemalt habe. Das Bild macht ihr deutlich, wie wenig sie sich selber kennt. Ihre ganze Energie wendet sie für ihre Kinder und die Aufrechterhaltung ihres Haushaltes auf, in dem sie ganz allein auf sich gestellt ist. Wir kommen darauf zu sprechen, dass sie gemeinsam mit ihrer Mutter und ihrer Großmutter in einer Linie „starker Frauen“ stehe, die jeweils alleine sehr viel zu Wege gebracht haben. Männer kommen in dieser Geschichte nicht vor, weil „auf sie kein Verlass sei und diese die Frauen allein ließen“. Vor diesem Hintergrund erscheint ihr eigenes Leben, das sie mit dem Bild verbindet, sehr blass und verschleiert. Als einzige Kraftquelle, die in dem Bild als die kräftige grüne Linie erkennbar ist, und als Lichtblick in ihrem Leben sieht Sabine ihr Stottern. An diesem Stottern sei sie gewachsen und habe sie ihre Aufgabe erkannt - und damit auch eine erfüllende Tätigkeit in ihrem sozialen Engagement gefunden.

Johannes: Auf dem Bild sind mehrere unterschiedliche Szenen dargestellt. Eine in der unteren Bildmitte stellt die gemütliche Wohnung dar, die er gemeinsam mit seiner Mutter bewohnt und die ihn nach dem Workshop zum Abendessen erwartet. In der Nähe dieser Wohnung ist auch ein Hörsaal dargestellt, ein Symbol für sein Studium, für das er viel Energie, Zeit und Interesse

aufbringt. Eine "Bahnlinie" in die rechte obere Bildecke führt ins „Burgenland“, wo eine liebe Freundin lebt, die er gerne und oft besucht. Nach links oben führt ein Weg in eine bizarre Landschaft mit einem Wegweiser in ihrer Mitte: diese Landschaft stellt die Berge dar, in denen Johannes gerne wandert und klettert.

Das Stottern hat Johannes an zwei kleinen Stellen violett eingezeichnet: Szenen, in denen er jeweils Menschen in machtvollen Positionen gegenüber steht.

Das Bild erscheint mir "perfekt" und fast als Abbild eines erfüllten Lebens. Johannes betont nochmals, dass sein Bild „nichts Besonderes“ sei und es klingt so, als wären die Bilder der anderen besser oder wichtiger als seines. Ich ersuche ihn, dem Bild einen Titel zu geben. Nach einigem Hin und Her kommt er auf den Titel "das Leben ist schön", aber nur sehr vorsichtig und darauf bedacht, dass es ja nichts Besonderes sei...

9.9 EINZELARBEIT

Am Beginn der dritten Einheit fragte ich die TeilnehmerInnen, ob jemand nun ein Schritt weiter gehen und ein Thema bearbeiten wolle.

Elisabeth meldet sich und erzählt uns von ihrem Wunsch danach, „weit weg zu fahren“, dem ein organisches Leiden entgegen steht. Sie teilt diesen Wunsch mit ihrem Freund und sie fürchtet, dass sie dieser verlassen werde, um seinen eigenen Reisewunsch zu verwirklichen.

Nachdem sich heraus stellt, dass ihr chronisches Leiden das augenblicklich zentrale Thema ist, schlage ich Elisabeth eine Arbeit mit dem "leeren Stuhl" vor, auf dem ihr ihr Verdauungstrakt gegenüber sitzt. Sie ist aufgeregt und hat Herzklopfen als sie dem Darm den Satz sagt "du taugst so nicht, wie du bist".

Auf der Seite des erkrankten Magen-Darm-Traktes stellt Elisabeth fest, dass ihr dieser Satz sehr vertraut ist, vor allem im Zusammenhang mit ihrem Stottern. Sie fühlt sich traurig und machtlos und will "in Ruhe gelassen" werden. Zwischen der Abwertung "du taugst nicht" und der Abwehr "lass mich in Ruhe" kommt es zu einer stockenden Patt-Stellung, hinter der ich eine Metapher für das Stottern ahne. Ich schlage vor, den Sessel vorerst wegzustellen und ersuche die anderen, uns ihre Resonanzenerlebnisse mitzuteilen. Sie - vor allem Sabine und Petra - empfinden mehrheitlich Mitleid und Enge angesichts der aussichtslos erscheinenden Situation.

Ich ersuche Elisabeth, sich den Sessel für die Verdauungsorgane nochmals gegenüber zu stellen und sich die Situation von unterschiedlichen Plätzen im Raum anzusehen. Sie will nicht im Stehen auf die Situation herunter sehen, weil sie sich dann so "überhoben" fühlt, also setzt sie sich an

andere Plätze. Aus einiger Entfernung schlägt sie dann vor, die beiden Sessel doch nebeneinander zu stellen. Als sie dann wieder ihren ursprünglichen Platz einnimmt, fühlt sie sich viel wohler als zuvor: sie hat einen freien Blick auf ihr Leben und auf ihre Zukunft, und ihre Verdauungsorgane trotzdem neben sich in der Nähe. Auf der Seite der Gedärme geht es ihr auch besser. Ich beende hier die Arbeit, da sich für Elisabeth zumindest metaphorisch eine Weitung des Blickfeldes und damit des Aktionsradius ergeben hat. Ich empfehle ihr, dieser Erfahrung auf andere Weise, vielleicht in einer Einzeltherapie nachzugehen.

9.10 SCHLUSSRUNDE

Nach dieser Einzelarbeit sind wir am Ende der vorgesehenen Zeit angelangt und ich ersuche alle um abschließende Statements, vor allem darum, nicht Ausgedrücktes und in dem Workshop nicht erfüllte Wünsche zumindest zu benennen.

Sabine ist entspannt und hat einen guten und vollen Nachmittag erlebt - und sie nimmt wertvolle Anregungen mit heim.

Für Johannes war es ebenso ein guter Nachmittag, besonders die Arbeit mit dem leeren Stuhl nimmt er als Impuls für sich selbst mit. Er war den ganzen Nachmittag über wohl der engagierteste Teilnehmer.

Petra hat auch einen "guten Nachmittag" mit zahlreichen Anregungen für das Weitermachen verbracht.

Elisabeth ist in guter Stimmung

Friedrich beteuert, dass er gerne ein anderes Bild gemalt hätte und glaubt, Elisabeth hätte meinem Auftrag zum Malen besser entsprochen als er selbst; er hadert mit seinem eigenen Wert. Sonst war es auch für ihn ein guter Nachmittag.

9.11 DIE THEMEN

Die an diesem Workshop angesprochenen Themen sind sehr vielfältig, da sie sich ja aus den einzelnen Lebensgeschichten und augenblicklichen Lebenssituationen und -perspektiven her ergeben. Bei der Suche nach einem "Succus" daraus zeigten sich mir die "Themen" aller TeilnehmerInnen im Zusammenhang mit dem Stottern als Spannungsfelder zwischen folgenden Gegensatzpaaren:

Tabelle 1

Aufgehen in Alltagspflichten	↔	Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen	(zB Sabine)
Sicherheit im sozialen Netz; soziale Anerkennung	↔	Lebendigkeit und Ausbruch aus den sozialen Schranken	(zB Petra)
Kontrolle und Perfektionismus; Leistungsstreben	↔	Schwäche, Unlust, Trotz, Wunsch nach Ruhe und Individualität	(zB Elisabeth, Friedrich)
Muttersprache	↔	Vatersprache	(zB Johannes)
Sorge um den Familienzusammenhalt	↔	individuelle Entwicklung und Aufbau von Eigenem	(zB Johannes, Sabine)
Optimismus; "positives Weltbild", Erfolgsorientierung	↔	Pessimismus, Gefahr des Scheiterns, Unzulänglichkeit, "Realität"	(zB Friedrich)
ich bestimme über meinen Körper	↔	mein Körper gehorcht mir nicht, ich bin ihm ausgeliefert, er bestimmt mein Schicksal	(zB Elisabeth)

9.12 DAS FAZIT

Einige dieser Gegensatzpaare haben für mich den Beigeschmack des unlösbar Unüberwindlichen, so als würden sie als einander ausschließende Monolithe gegenüber stehen. Natürlich ist nicht gesagt, dass diese dichotomen Paare unmittelbar oder gar ursächlich mit dem Stottern zusammenhängen müssen, allerdings wurden sie von den TeilnehmerInnen zumindest jeweils implizit mit dem Stottern in Verbindung gebracht.

Immer wieder scheint es um Kontrolle und die Aufrechterhaltung eines wünschenswerten Idealbildes zu gehen im Gegensatz zum Auftauchen des Stotterns als Spitze einer unerwünschten und tabuisierten Schwäche, die gleichzeitig auch Zeichen der (unterdrückten) individuellen Grenzen und Befindlichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse darstellen (topdog und underdog).

*Aus diesem Blickwinkel also: **Stottern als das Zeichen eines an die Oberfläche drängenden aber nicht geduldeten Kontaktbedürfnisses.***

9.13 DER GRUPPENPROZESS

war durch ernsthaftes Interesse, abtastende Vorsicht in der Anfangsrunde, Widerstand und zT. Misstrauen gegen das Malen sowie durch hohe Aufmerksamkeit und Anteilnahme an den "Geschichten" der jeweils anderen geprägt. Aus der Mitteilung persönlicher Erlebnisse in Sharings wurde Immer wieder ein "Fachsimpeln über das Stottern" und ich wandte einige Energie auf, den Fokus von den Erklärungen auf das Erleben zu lenken. Letztlich ergab sich eine konstruktive Arbeitsstimmung, die sich durch schrittweise Vertiefung der Beiträge und durch respektvollen Umgang, interessiert Nachfragen und einfühlsames Sharing innerhalb der Gruppe ausdrückte.

9.14 MEIN ERLEBEN

Für mich war dieser Workshop die erste längere Gruppenarbeit, in der ich allein gearbeitet habe. Wohl deshalb war ich auch nach dem Ende ausgelaugt und erschöpft. Außerdem war es für mich die erste Konfrontation mit Stotternden im Kontext meiner therapeutischen Arbeit. Damit in Zusammenhang sehe ich die Tatsache, dass mein eigenes Stottern an diesem Nachmittag deutlicher war als ich es sonst kenne, wenn ich mit Gruppen oder einzelnen KlientInnen arbeite: war es mein höherer Anspruch, weniger als sonst zu stottern und zu zeigen, dass ich das Stottern "im Griff" hätte - und damit die Konkurrenz, in die ich damit trete? oder einfach die unmittelbare Konfrontation mit dem Thema, das mich selbst betrifft? oder mein Anspruch, mich mit dem Thema besser auszukennen als andere und damit die Angst als inkompetent abgewertet und als Gruppenleiter nicht anerkannt zu werden?

Meine Reaktionen - also im Sinne des therapeutischen Settings meine Gegenübertragung - auf das Stottern der Anderen umfassen ein weites Spektrum: von Ungeduld, dem Impuls Worte oder Sätze vorweg zu nehmen und zu ergänzen, und Ärger mit dem Impuls durch ein "jetzt sag schon endlich worum es geht!" den Druck noch einmal zu verstärken bis hin zum traurigen Mitfühlen und dem Impuls zu helfen, zu halten und zu trösten. Ärger dort, wo ich das Überspielen der augenblicklichen Befindlichkeit und das trotzig Festhalten an diesem Überspielen vermutete. Und traurige Berührung dort, wo mir Hilflosigkeit entgegen kam.

Natürlich werden in meinen Reaktionen auf das Stottern meine eigenen Erinnerungen wach gerufen: mein Scheitern im stockenden Wort, wenn ich meine Größe, Macht, Kompetenz, "Unberührbarkeit" oder auch meinen Ärger kundtun wollte, genau so wie mein Wunsch nach Geborgenheit und ermutigendem Zuspruch, wenn ich mich schamvoll scheute meinen Mund aufzumachen und mich traurig und trotzig in die zweite Reihe zurück zog, oder mich mit meiner Schwäche von allen erkannt, entlarvt und verurteilt sah und mich als "indiskutabel" selbst verurteilte.

10 INTEGRARIUM

Auf den vorhergehenden Seiten habe ich das Phänomen „Stottern“ von unterschiedlichen Blickwinkeln her beleuchtet und verschiedene therapeutische Zugänge vorgestellt. Alles in allem zeigt sich darin das Stottern als paradoxes Symptom:

- es tritt nur auf, wenn jemand sprechen will, das Symptom hemmt gleichzeitig das Sprechen;
- jeder Versuch, gegen das Stottern anzukämpfen und zum Beispiel den Atemdruck zu erhöhen, führt zu noch mehr stottern und noch hartnäckigeren Blocks;
- das Stottern tritt häufig in Zusammenhang mit dem Wunsch auf, die emotionale Tönung des Gesprochenen zu verbergen und ist gleichzeitig deutlicher, nicht zu übersehender Ausdruck eines im Hintergrund ablaufenden emotionalen Geschehens.

Stottern unterliegt häufig sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Zuhörern einer hartnäckigen Tabuisierung. Beide Gesprächspartner sind möglicher Weise von dem Symptom irritiert und in ihrer Kommunikation beeinträchtigt, vermeiden aber das Problem zu benennen, tun so „als wäre nichts“, und kommen so nicht oder nur sehr eingeschränkt in Kontakt. Ich verstehe Stottern vor allem auch als einen Appell nach Nähe, Akzeptanz und Kontakt und gleichzeitig auch als Abwehr und Grenzziehung.

Stottern ist weiters ein überaus komplexes Phänomen, bei dem häufig zwei Kräfte synergistisch wirken: zum einen das „primäre Stottern“, bei dem einfach der Redefluss durch Wiederholungen, Dehnungen und manchmal Blockierungen unterbrochen ist, zum anderen, das reiche Repertoire an Strategien, diese Unterbrechungen zu vermeiden, zu kaschieren oder zu verhindern: dadurch entstehen ausgeprägte Blocks, aus denen es „kein Entrinnen“ mehr zu geben scheint; bestimmte Worte werden vermieden und zB durch andere ersetzt oder im Vorfeld von Worten, bei denen ein Block „droht“, werden Füllworte oder -laute eingesetzt (zB.: „Hmmm...“). Mit der Zeit kann sich ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten („Stottersystem“, vgl. Kaplan und Kaplan, 1978) entwickeln, das sich auf alle Kontakte, auf die Beziehungsgestaltung und auf die Wahl von PartnerInnen und Beruf der Betroffenen auswirkt. Viele Menschen, die vom Stottern betroffen sind, entwickeln eine Haltung, mit der sie das Stottern als schicksalhaft und unabänderbar hinnehmen und dem Symptom bzw. dessen Vermeidung das Streben nach Verwirklichung vieler Wünsche und Ziele ebenso unterordnen wie sie ihren eigenen Selbstwert von ihm abhängig machen und damit gering halten. Das führt manchmal zu einem Leben mit vielen Abstrichen und Kompromissen, in dem zwar die eigene Integrität und Autonomie gewahrt bleiben, aber die Kontaktfähigkeit stark eingeschränkt ist und die persönlichen Ressourcen und Potenziale nicht voll ausgeschöpft werden. Trotzdem sind viele Stotternde beruflich erfolgreich und leben in stabilen und glücklichen Beziehungen. Vielen Betroffenen fällt die tiefer gehende Auseinandersetzung mit dem Stottern vor

allem deshalb so schwer, weil dadurch die lange vermiedenen, krampfhaft hintangestellten Gefühle aktiviert und neuerlich erlebt und die Aufrechterhaltung des vertrauten „Stottersystems“ gefährdet würden. Die Auseinandersetzung und Konfrontation mit der eigenen alten Einsamkeit, mit Bedrohungen und tiefen Verletzungen kann äußerst schmerzvoll und mit großen Ängsten und Widerständen besetzt sein.

Das sind also einige der Charakteristika, die oft bereits den Beginn einer Therapie beeinflussen. Ich will nun vor dem Hintergrund des bisher Gesagten meine eigenen Vorstellungen zur gestalttherapeutischen Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Symptom Stottern darlegen.

10.1 VOM KLAUSTRUM ZUM CONTAINMENT

Als Ausgangspunkt erscheint mir das von Plänklers (2003; siehe Seite 26) vorgestellte (psychoanalytische) Konzept des Klaufstrums als anschauliches Modell sehr hilfreich, weil es ein Bild für die Spaltung von „unerwünschten“ Gegebenheiten, wie Gefühlen, Befindlichkeiten, aggressiven Impulsen etc. von der sozial akzeptierten Realität entwirft. Das Klaufstrum ist dabei ein „sicherer Aufbewahrungsort“ für die unerwünschten Persönlichkeitsanteile, der vielleicht auch so etwas wie Geborgenheit vermittelt, der aber von der Außenwelt mehr oder minder abgeschottet ist. Deshalb ist Isolation der Preis für die dadurch gewonnene Sicherheit. Ein zweiter Aspekt, der mir für das gestalttherapeutische Herangehen an das Symptom Stottern wichtig ist, wurde ebenfalls von Plänklers (2003; siehe Seite 26) eingebracht: die Zweischichttheorie der Sprache, nämlich einerseits die Schicht, die Erfahrungszustände vermittelt (Gefühle; „musikalische Ebene“) und andererseits jene, in der es um Informationsvermittlung geht. Sowohl Plänklers (2003) als auch Kollbrunner (2003; siehe Seite 28 ff.; „denotative und konnotative Sprache“) weisen darauf hin, dass die Vermeidung konnotativer bzw. musikalischer Sprache mit dem Stottern verknüpft seien. Aus gestalttherapeutischer Sicht handelt es sich bei diesem Klaufstrum wohl um ein Introjekt, das aus einer rigiden Umgebung (und ggf. von traumatischen Erfahrungen) im Kleinkindalter herrührt, in dem für die Gefühle des Kindes nur sehr beschränkt Platz war und es in seinen Wünschen nicht oder zu wenig unterstützt wurde bzw. der Ausdruck von Gefühlen unüblich oder unerwünscht war. Aus meiner eigenen Erfahrung weiß ich, wie schwer es mir früher fiel, Gefühle auszudrücken, meine emotionale Betroffenheit, mein inneres Engagement und meine Wünsche zu artikulieren, sodass ich viel lieber eine distanzierte und damit kontrollierende Haltung einnahm und damit auch den unmittelbaren Kontakt vermied. Lediglich im Stottern zeigte sich, dass da noch etwas unter der Oberfläche schwelte...

Aus dem Blickwinkel der integrativen Gestalttherapie ergibt sich für mich daraus eine Haltung – die wohl in gewisser Weise dem „Stottersystem“ von Kaplan und Kaplan (1978) entspricht – in der Deflektion – also von vornherein (aus Angst vor zu großer, vereinnahmender Nähe) die

Vermeidung von Kontakt (Blankertz und Doubrava, 2005; S. 52) – in Konflikt mit dem Wunsch nach Konfluenz steht – also mit dem Wunsch nach „Auflösung der Grenzen“ und der Vermeidung von Konflikten (vgl. Blankertz und Doubrava, 2005; S. 175). Man kann das natürlich auch so sehen, dass beide miteinander nicht in Konflikt sondern im Gleichklang stehen, weil sie ja beide dazu dienen, Kontakt, das heißt auch: mögliche gefährliche Konflikte, abzuwenden. Die in beiden – sowohl Deflektion als auch Konfluenz – vermiedenen aggressiven Impulse würden dann ebenfalls nicht ausgedrückt, sondern als Retrofektion (vgl. Blankertz und Doubrava, 2005; S. 245-249; Dreitzel, 2004, S. 58-61) gegen sich selbst gerichtet werden und dann doch durch die Unterbrechung des Redeflusses - durch das Stottern – zum Ausdruck kommen. In anderen Worten geht es wohl darum, persönliche und „nicht opportune“ Inhalte zu vermeiden und den daraus resultierenden Mangel an Selbstwert und das Gefühl von Ohnmacht durch hohe Ansprüche an Leistung, machtvolle Positionierungen und gesellschaftliche Konformität zu kompensieren.

Meine Erfahrungen aus dem Workshop (siehe Seite 42) lassen sich gut mit diesen Sichtweisen verbinden: alle TeilnehmerInnen stellen hohe Ansprüche an sich selbst und stehen damit in Konflikt mit ihren – zum Teil abgelehnten - Gefühlen und organismischen Bedürfnissen⁴.

Aus meinen bisherigen Betrachtungen komme ich zu dem Schluss, dass sich als wesentlicher Motor des Symptoms „Stottern“ der oben erwähnte Konflikt zwischen der Angst vor Vereinnahmung oder Ablehnung – und die damit verbundene Vermeidung, eigene Bedürfnisse und aggressive Impulse zu zeigen – und dem Wunsch nach Kontakt, Angenommensein und „Dazugehören“ ausdrückt. Es fehlt somit das Vertrauen, sich für die eigenen Bedürfnisse oder das eigene „so sein, wie ich bin“, Raum in der Kommunikation zu nehmen. Der „Rückzug ins Klastrum“, die retroflexive Verbannung unerwünschter Gefühle sowie des Stotterns (Tabuisierung) und ggf. die Angst, diese an die Oberfläche zu bringen, führen einerseits zur partiellen sozialen Isolation und andererseits zur Perpetuierung des Stotterns.

In diesem Sinne sehe ich als wesentliches Therapieziel, einen „geborgenen“ Raum zu schaffen, in dem das Klastrum schrittweise geöffnet werden kann, in dem der Inhalt des Klastrums Platz hat und besprechbar und erlebbar wird, ohne dass Verurteilung, Kontaktabbruch oder Abwertung drohen, d.h. dass aus dem Tabu etwas Gemeinsames und in den Lebenskontext Passendes – Integrierbares – entstehen kann. Wenn sich aus dem abgeschotteten „Klastrum“ ein teilweise offenes Gefäß, ein „Containment“ entwickelt (vgl. der psychoanalytische Begriff „Containing“; Wolfram, 2000), in dem die organismischen Bedürfnisse und Gefühle Halt und Geborgenheit finden und gleichzeitig in lebendigen Kontakt fließen können, ist dieses Ziel erreicht und das Symptom Stottern nicht mehr „notwendig“.

⁴ natürlich lässt sich diese Sichtweise auf fast alle Menschen der „westlichen Hemisphäre“ ausdehnen, nur hier wurden diese Gegensatzpaare „Anspruch – Schwäche“ in Zusammenhang mit dem Stottern gebracht

10.2 STÜTZE UND KONTAKT

Als geeignetes, gestalttherapeutisches Werkzeug, diesen „geborgenen Raum“ herzustellen, in dem das „Klaustrum“ sich öffnen kann, bietet sich das Konzept von „Kontakt und Support“ von Laura Perls an. Sie (Perls, 2005; S. 53) definiert Kontakt als „die Anerkennung des 'Andersseins', die Bewusstheit der Unterschiedlichkeit“ und trifft mit dieser Sichtweise – die ja insofern stark verkürzt ist, als zB. die im „Kontakt“ implizite Begegnung oder Berührung nicht benannt werden – einen Punkt, der mir bei der Auseinandersetzung mit dem Thema „Stottern“ als wesentlich erscheint: nämlich scheint mir bei Stotternden, sich als „anders“, „eigen“ und „unterschiedlich“ dem jeweiligen Gegenüber zu zeigen, als bedrohlich, gefährlich und deshalb oft vermieden zu werden. Das würde für die Therapiesituation bedeuten, dass sich der Klient bzw. die Klientin vielleicht überhaupt nicht wagt, sich mit ihren inneren Befindlichkeiten, ihrem „Anderssein“, zuzumuten.

Nach Laura Perls (2005, S. 53 ff.) und Votsmeier-Röhr (2005; S. 37-38) würde also im Sinne gestalttherapeutischer Terminologie die im Hintergrund assimilierte und integrierte Stützfunktion („Support“) nicht ausreichen für gegenwärtig lebendigen und befriedigenden Kontakt. Das Arbeiten am Hintergrund der Stützfunktionen würde den Handlungsspielraum, die Ich-Grenzen und damit auch das Spektrum an möglichen Kontakten erweitern. Mit ihrem „Anforderungs- und Kapazitäts-Modell“ stellen Starkweather und Givens-Ackerman (1997, S. 59-67; siehe Seite 13) gewissermaßen eine Verbindung zwischen dem „Kontakt-Support-Modell“ und der Sprachentwicklung bzw. dem sprachtherapeutischen Zugang her. Für die therapeutische Situation würde das bedeuten, dass früh erworbene Defizite an „Kapazitäten“ nachträglich aufgebaut, „nachgenährt“ werden müssten. Da es dabei auch um die „sprechtechnische“ Ebene geht, halte ich es für sinnvoll, parallel zum gestalttherapeutischen Prozess an den sprachlichen Stützfunktionen im Rahmen einer logopädischen Therapie zu arbeiten.

In der Arbeit mit KlientInnen, die vom Symptom „Stottern“ betroffen sind, bedeutet die Arbeit an den Stützfunktionen für mich, dass es vorerst (und in der Therapie immer wieder) darum geht, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das „So-Sein“ der KlientInnen sein darf, wie es ist, ohne von Kontaktabbruch, machtvoller Unterwerfung, Bloßstellung etc. bedroht zu sein. Für mich beginnt die „Vorbereitung“ dieser Atmosphäre mit scheinbar banalen Rahmenbedingungen wie eine angenehme Sitzgelegenheit, die Verschwiegenheitspflicht und die Einhaltung von Vereinbarungen (zB. zeitlicher Rahmen, Frequenz, ...). Dazu gehören für mich sowohl, das „Stottern“ „auszuhalten“ und ihm einen akzeptierenden Raum zu geben, als auch divergierende Meinungen ohne Verurteilung sein zu lassen – und ggf. im Umgang mit Konflikten ein vielleicht für die KlientInnen neues und ungewohntes, dialogisches und konstruktives Modell gegenüber Machtkampf, Verurteilung, Schuldzuweisung oder Abweisung zu bieten (vgl. die Bedeutung des

nicht beurteilenden/gewährenden Zuhörers bei Starkweather und Givens-Ackerman, 1997, S. 44, 142-143). Beim oben erwähnten „Aushalten“ des Stotterns geht es für mich nicht darum, „Symptomtoleranz“ zu entwickeln, also das Symptom letztlich zu ignorieren, sondern darum, es einfach wahrzunehmen wie alles andere auch und es an geeigneter Stelle anzusprechen. Im Sinne der obigen Definition von Laura Perls geht es also darum, einen Raum zu schaffen, in dem „die Anerkennung des Andersseins“ und damit lebendiger, funktionaler Kontakt entstehen kann. Aus der Bedrohung vereinnahmender Verschmelzung und dem einsamen Rückzug in das „Klastrum“ kann sich so dialogischer Austausch und Vertrauen in das „ich bin ich und du bist du“ (vgl. „Gestaltgebet“ von Fritz Perls; siehe Blankertz und Doubrava, 2000, S. 92-93) entwickeln.

Ein wesentliches Therapieziel ist für mich in diesem Zusammenhang, die KlientInnen darin zu fördern, aus der schützenden und vertraulichen, stützenden Atmosphäre des Therapieraumes einen „inneren Freund“ und freundschaftlichen, selbst stützenden Umgang mit sich selbst zu entwickeln.

Dieses „ich bin ich, du bist du“ kann wieder die Basis für eine nächste Erfahrung sein, zu der der Therapeut katalytisch durch seine (unter)stützende Haltung beitragen kann: „es ist gut, dass du da bist und so, wie du da bist“. Spätestens auf dieser Stufe kann das „Klastrum“ zumindest punktuell verlassen werden und es eröffnen sich Gelegenheiten für neue Erfahrungen und neue Entwicklungsschritte.

10.3 WAHRNEHMUNG UND GEWAHRSEIN

Wahrnehmung und Gewährsein gehören zu den wesentlichen Wirkfaktoren und „Werkzeugen“ der integrativen Gestalttherapie und geben uns direkte und unmittelbare Auskunft darüber, wie wir, wo wir und was wir sind. Sie sind mir im Zusammenhang mit dem Thema Stottern besonders erwähnenswert, weil Stottern sehr oft auch mit der partiellen Abspaltung bzw. Verleugnung der Wahrnehmung verbunden ist und sich daraus eine Haltung des „Funktionierens“ entwickelt (versus einer dialogischen Haltung des flüssigen Kontaktes), die von den organismischen Bedürfnissen ebenso entfremdet ist, wie vom tatsächlichen Gegenüber und dem unmittelbaren Umfeld.

Als ersten Schritt genügt es wohl, das Wahrgenommene einfach als solches sein zu lassen und zu benennen. Dabei geht es vorerst darum, das Instrumentarium der Sinne nutzen zu lernen bzw. es einfach gewähren zu lassen. Diese sinnlichen Wahrnehmungen führen zu einem neuen Gewährsein unseres Selbst, unserer Leiblichkeit und Befindlichkeit sowie unserer Umwelt.

Von besonderer Bedeutung ist mir dabei die Beachtung der Atmung: Mit unserem Atem stehen wir in unmittelbarem Kontakt und Austausch mit unserer Umwelt und können mit ihm die Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen unterdrücken oder Energie und Erregung für die

Kontaktnahme aktivieren (vgl. Kepner, 2005, S. 188-190). Damit sieht es so aus, als könnten wir mit unserem Atem das Maß der Erregung, der Bereitschaft zum Handeln bzw. deren Hemmung „steuern“. Beim Stottern kommt der Atmung in mehrfacher Weise Bedeutung zu: erstens ist das Sprechen selbstverständlich nur bei fließendem Atem möglich und zweitens wird das Stottern von Blockierungen und Unregelmäßigkeiten des Atems begleitet. Deshalb ist es wichtig, den Atem und seine situationsabhängige Intensität und Rhythmik als (wesentlichen) Teil des Erlebens wahrzunehmen und mit der jeweils gegenwärtigen Situation in Verbindung zu setzen. Darüber hinaus ist mir wichtig, jeglichen körperlichen Spannungen und Bewegungen (zB. auch solcher, die das Stottern begleiten) im therapeutischen Prozess Bedeutung beizumessen.

In einem weiteren Schritt kann dann der Unterschied zwischen dem Wahrgenommenen und der Instanz der Introjekte, die die gewohnten Handlungsmuster bestimmen, bewusst gemacht und reflektiert werden. Bereits dieser Prozess der Bewusstwerdung kann großes Konfliktpotenzial in sich bergen, das einer „tragfähigen“ Stütze bedarf, um ausgehalten zu werden.

In diesem Zusammenhang scheint mir auch die Arbeit an „Nähe und Distanz“ besonders wichtig, vor allem von dem Gesichtspunkt aus, dass Stottern auch einen Schutz vor zu großer, enger Nähe bedeuten kann. Es gilt dabei, die Wahrnehmung auf den Abstand zwischen KlientIn und TherapeutIn zu richten und ggf. mit diesem Abstand zu experimentieren, um so jene Distanz ausfindig zu machen, die für die Klientin, den Klienten im jeweiligen Augenblick passt. Bei der Arbeit mit Stotternden erscheint mir dabei die von Starkweather und Givens-Ackerman (1997; S. 151-162; siehe Seite 37 ff.) differenziert ausgearbeitete Herangehensweise als hilfreich, da sie wesentliche Hintergrundphänomene des Stotterns in das Blickfeld der TherapeutIn rückt.

Mit der schrittweisen Erweiterung der Wahrnehmung kann das Vertrauen in das unmittelbare Gewahrsein wachsen, neue Handlungsspielräume werden erkennbar und Veränderung wird möglich (vgl. „die paradoxe Theorie der Veränderung“ nach A. Beisser; siehe Blankertz und Doubrava, 2000, S. 198-200).

10.4 TOPDOG UND UNDERDOG

Das Leben von Menschen, die stottern, ist häufig von Dichotomien, Gegensatzpaaren bzw. (voneinander abgespaltenen und als unvereinbar erlebten) Polen geprägt: der Anspruch stark zu sein und das Erleben von Schwäche, der Wunsch zu sprechen und der gleichzeitige Wunsch nicht zu sprechen; die Vermeidung von Kontakt und der gleichzeitige Wunsch, dazu zu gehören, akzeptiert zu werden, vielleicht auch symbiotisch zu verschmelzen (siehe oben: die Dichotomie aus Konfluenz und Deflektion), das Verharren in Ohnmacht und der Wunsch nach Macht, die unterdrückten aggressiven Impulse und der Wunsch teilzuhaben an lebendigem Kontakt und

seinen eigenen Platz zu behaupten). Sowohl in meinem eigenen Leben als auch zB in dem von mir gehaltenen Workshop mit TeilnehmerInnen, die vom Stottern betroffen sind, hat sich diese Spaltung (vor allem in „wünschenswerten Anspruch“ und „abzulehnende Realität/Schwäche“; siehe Seite 51 f.) deutlich gezeigt.

Das Instrumentarium der Integrativen Gestalttherapie bietet zahlreiche Hilfsmittel, innere Dialoge zu inszenieren („leerer Stuhl“, Puppenspiel, Malen,...) und die abgespaltenen Anteile bzw. gegensätzliche Pole miteinander in Kontakt treten und Widerstände bewusst werden zu lassen. Die Arbeit mit den von Fritz Perls pointiert als „Topdog und Underdog“ benannten Gegensätzen erweitert durch den Perspektivenwechsel die Wahrnehmung von unliebsamen oder voneinander abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen und fördert deren Integration. Diese Auseinandersetzung kann Schritt um Schritt helfen, eine Selbst-stützende, selbstverantwortliche und ganzheitliche Haltung zu entwickeln.

10.5 DIALOG IM HIER UND JETZT

Der gestalttherapeutische „Wirkraum“ ist der Dialog im Hier und Jetzt. Dort findet die gegenseitige Wahrnehmung von KlientIn und TherapeutIn statt, das gegenseitige Spiegeln und die gegenseitige Resonanz, es manifestieren sich Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene – und es passiert Begegnung von Ich zu Du. Dieser Dialog findet idealer Weise unter den vorgenannten Prämissen des geschützten Raumes statt und orientiert sich an der „Oberfläche“ der sich zeigenden Phänomene und den mit ihnen verbundenen Erlebnissen.

In diesem Raum findet auch der sprachliche Austausch zwischen TherapeutIn und KlientIn – und dessen Unterbrechung durch das Stottern statt. Das Stottern zeigt sich nicht nur in der Unterbrechung des Redeflusses, sondern mindestens ebenso deutlich in körperlichen Phänomenen der Stotternden: Grimmassierungen, Verkrampfungen, „Hilfsbewegungen“, Abwendung des Blickes etc. Dies sind alles Phänomene, die das „Zwischen“ zwischen TherapeutIn und KlientIn ebenso ausmachen wie das Gesprochene und die damit transportierten Inhalte. Wie sich auch bei allen anderen, im gestalttherapeutischen Dialog in den Vordergrund tretenden „Phänomenen“ zeigt, so wird es auch hilfreich sein, das Stottern mit seinen Begleiterscheinungen und die damit verbundenen Gegenübertragungsreaktionen in den Dialog einzubringen (natürlich unter der Prämisse der „selektiven Authentizität“, die die Bedürfnisse der KlientIn und den therapeutischen Prozess in den Fokus stellt). Aber gerade beim Stottern dürfte es aufgrund der konsensuellen Tabuisierung des Phänomens auch dem Gegenüber besonders schwierig sein, das Symptom selbst zu benennen – so habe ich es zumindest auf vielfältige Weise erlebt (natürlich hatte ich selbst auch Anteil an dieser Tabuisierung).

Ich bin davon überzeugt, dass es sehr wichtig ist, das Stottern im Hier und Jetzt anzusprechen – zum Glück habe ich auch das erlebt, wenn auch sehr sporadisch. Damit werden nicht nur das Stottern, sondern auch die Irritation des Gegenübers, die Funktion des Stotterns im Kontakt und die damit verbundenen Gefühle bewusst und therapeutisch zugänglich. Auf alle Fälle, meine ich, ist das Stottern immer ein Hinweis auf ein Geschehen im Hintergrund, das in den Vordergrund drängt und das wert ist zu beachten. Natürlich ist beim Ansprechen von Irritationen besondere Achtsamkeit geboten, da dies von den Betroffenen als Schuldzuweisung oder Verurteilung oder Stigmatisierung erlebt werden kann und damit das Vermeidungsverhalten weiter genährt wird. In keinem Fall geht es darum, dass der/die TherapeutIn „gut gemeinte“ Hilfeleistungen bietet, zB. das Vervollständigen von Sätzen, die durch das Stottern abgebrochen sind. Diese Hilfeleistungen werden oft als Kontaktabbruch und Vereinnahmung erlebt und sind deshalb dem Dialog eher hinderlich als förderlich.

Mit dem Ansprechen des Stotterns und der Begleitphänomene werden die dahinter stehenden Gefühle, Bedürfnisse, Ängste und Impulse kommunizierbar und der Dialog „springt“ auf eine neue Ebene, in der der Hintergrund des gesprochenen transparent wird. Das bedeutet auch, dass das Symptom gewürdigt und ihm eine bedeutende Aufgabe und berechnigte Rolle im Kommunikationsprozess zugesprochen wird. Diese Erkenntnis, dass mein Stottern ein mir eigenes Vehikel zur Kommunikation ist und nicht eine schicksalhaft mir aufgebürdete und unabänderliche Behinderung, war für mich selbst ein Wendepunkt, an dem ich begann, das Stottern als Teil von mir anzunehmen und Verantwortung dafür zu übernehmen. Die Einbeziehung des Stotterns in den therapeutischen Dialog macht es also möglich, die Ablehnung des Stotterns ein Stück weit loszulassen und es als eigenen Anteil, als Werkzeug zur Umsetzung organismischer Bedürfnisse (zB. Schutz und Appell in einem schwierigen Feld) zu akzeptieren.

Mit der Erfahrung des Dialogs mit dem/der akzeptierenden, nicht wertenden TherapeutIn (vgl. Starkweather und Givens-Ackerman, 1977, S. 142-143) wird ein Raum eröffnet, in dem das wechselseitige Anderssein von KlientIn und TherapeutIn sein darf und akzeptiert wird und gleichzeitig Begegnung von Ich und Du möglich ist – also Dialog im Buber'schen Sinne, auf dem Weg von sorgsamer „Umfassung“ in Richtung mutualistischer Begegnung (die freilich in den Grenzen der therapeutischen Beziehung nicht vollständig erreicht wird; siehe Buber, 1997, S. 153-156). Zumindest in diesem Raum wird das Symptom „Stottern“ als Notprogramm zusehends obsolet und kann durch die neue Erfahrung der „Kontaktsprache“ (vgl. Perls, Hefferline und Goodman, 1995, S. 112-114) ersetzt werden. Wenn aber erkannt wird, dass die Bedrohungen und die Umstände, in denen der Klient sein Stottern erworben hat, nicht mehr im ursprünglichen Ausmaß zutreffen, Grenzziehungen und Bedürfnisse etc. auch anders als durch Stottern artikulierbar sind, kann dieses neu gewonnene Vertrauen und seine sprachliche Entsprechung auch in alle anderen Lebensbereiche getragen werden.

10.6 SCHLUSS

Das Stottern ist für mich ein wesentliches Lebensthema. Im Lauf meiner Entwicklung hat es einige negative und bedrohliche Seiten verloren, vor allem auch, weil es als Symptom langsam verschwindet und in den Hintergrund tritt und ich es durch andere, adäquate Kontaktfunktionen zu ersetzen vermag. Mit zunehmender Reflexion erkenne ich es bei seinem Auftreten als Warnsignal für einen unmittelbaren Zwiespalt, für eine Überforderung, für meinen Unwillen oder ein Bedürfnis, welches ich eben dabei bin zu übergehen und nicht auszudrücken. Letztlich wurde das Stottern für mich zu einem „Lebenszeichen“, durch das ich zu Achtsamkeit gemahnt, in das Hier und Jetzt geholt und ich meiner Grenzen gewahr werde. Nichts Besonderes und doch: es geht in der Therapie genau so wie bei vielen anderen Störungen auch um den (winzigen und doch riesigen) Schritt vom „mechanischen“, von Vorsätzen, Ansprüchen, letztlich von Introjekten gesteuerten Funktionieren zum lebendigen Kontakt. Und die Energie hinter dem Symptom kann sich von einer verwirrenden Bedrohung zu einem Zeichen für Lebendigkeit wandeln und auf andere – adäquate - Weise ausdrücken als durch das Symptom selbst; etwa so, wie ein kleiner Webefehler einen handgewebten Teppich von einem maschinell hergestellten unterscheidbar und wertvoll macht.

11 LITERATURVERZEICHNIS

- Blankertz, S. und E. Doubrava: „Lexikon der Gestalttherapie“, Peter Hammer Verlag, Wuppertal, 2005
- Buber, M.: „Ich und Du“, Verlag Lambert Schneider, Heidelberg, 13. Auflage, 1997
- Dreitzel, H.P.: „Gestalt und Prozess“, EHP – Edition Humanistische Psychologie, Bergisch Gladbach, 2004
- ICD-10 – Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen; Hsg. WHO, Verlag Hans Huber, 2. Aufl., 2001
- Kaplan, N.R. und M.L. Kaplan: „The Gestalt Approach to Stuttering“; Journal of Communication Disorders 11, S. 1-9, 1978
- Kepner, J.I.: „Körperprozesse -ein gestalttherapeutischer Ansatz“; EHP-Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach, 5. Aufl., 2005
- Kernecker, A.: „Enttabuisierung des Stotterns ?!“; Diplomarbeit an der Akademie des logopädisch-phoniatrischen Dienstes am AKH der Stadt Wien; 1090 Wien, 2006
- Kollbrunner, J.: „Psychodynamik des Stotterns“; Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2004
- Meltzer, D.: „The Claustrom. An Investigation on Claustrophobic Phenomena“; Worcester/Roland Harris Trust Library, No. 15; 1992; zit. in Plänklers, 2003
- Neumann, K. "Wortstau im Gehirn"; Gehirn&Geist 1-2/2005, S. 30-35, 2005
- Perls, F. S.: „Das Ich der Hunger und die Aggression“; 3. Auflage; Deutscher Taschenbuch Verlag, München; 1995
- Perls, F.S., R.F. Hefferline und P. Goodman: „Gestalttherapie – Grundlagen“; dtv/Klett-Cotta; 3.Auflage, 1995
- Perls, L.: „Stützung (Support)“ in „Leben an der Grenze“, Hsg. M. Srekovic; EHP-Verlag, Bergisch Gladbach, 3. Auflage 2005, S. 53-60
- Plänklers, T.: „Sprechen im Klaustrom. Zur Psychodynamik des Stotterns“ ; PSYCHE 59. Jg., Heft 3, März 2003, S. 197-223
- Pollack, A.: "The New York Times" in "Der Standard", 25.09.2006

- Rahm, O., H. Otte, S. Bosse, H. Ruhe-Hollenbach: „Einführung in die Integrative Therapie – Grundlagen und Praxis“; Junfermann Verlag, Paderborn, 4. Auflage, 1999
- Rumpler, P.: „Spiegelverkehr(t) – Beiträge zur Aufdehnung der (Innen- Welt....“ in *Gestalttherapie* 1/2006, S. 119-150, 2006
- Schoenaker, Th. (Hsg.): „Ja..., aber! - ein individualpsychologisches Konzept des Stotterns“; RDI-Verlag, Sinntal-Züntersbach; 2000
- Starkwather, C.W. und J. Givens-Ackerman: „Stuttering“; PRO-ED, Inc., Studies on Communicative Disorders, Austin, Texas; 1997
- Stenzel, H.: in *DIALOG - Mitteilungsblatt der Österreichischen Selbsthilfe - Initiative Stottern* 3/06, S. 27, 2006
- TIB - Therapie-Informationen-Broschüre der ÖSIS – Österreichische Selbsthilfe-Initiative Stottern, Innsbruck 2005
- Votsmeier-Röhr, A.: „Das Kontakt-Support-Konzept von Lore Perls und seine Bedeutung für die heutige Gestalttherapie“ in *Gestalttherapie*, 19. Jahrgang, Heft 2; S. 29-39, 2005
- Wieser, E.: „'Ich bin wegen dem genauso wertvoll wie andere!' - Zur Bedeutung von Scham bei stotternden Menschen“, Dissertation an der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, 2002
- Wolfram, E.: „Containing“ in „Wörterbuch der Psychotherapie“, Hsg. G. Stumm und A. Pritz; Springer Wien, New York, 2000