

Gesprächsführung in der Logopädie am Beispiel Stottertherapie

Anja Mannhard

Gelungene Kommunikation ist Grundlage jeglichen positiven Kontakts zu anderen Menschen – besonders bei der Arbeit mit Menschen mit Kommunikationsstörungen sowie der Beratung von Eltern und Angehörigen. Worauf es dabei ankommt und welche Regeln TherapeutInnen bei der Gesprächsführung beherzigen sollten, erläutert die Autorin anhand von Beispielen aus der Stottertherapie.

Einleitung

Wenn ich als Logopädin mit chronisch Stotternden arbeite, bemerke ich oftmals, dass bei vielen mehrjährig Stotternden die Symptomatik weit reichendere Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen hat, als der Begriff „Redeflussstörung“ vermuten lässt. Es geht dabei nicht nur darum, wie viele flüssig oder unflüssig gesprochene Worte aus dem Mund des Stotternden kommen, sondern auch darum, vor allem auch die Auswirkungen des unflüssigen Sprechens auf den Stotternden selbst und auf sein Umfeld zu betrachten.

Oftmals gleichen sich die innerlich ablaufenden Vorgänge wie Gefühle, Gedanken und körperlichen Reaktionen bei den Kommunikationspartnern. So denken beide während des Gesprächs über das Stottern nach wie z.B. „Hoffentlich kriegt er das Wort jetzt raus“ bzw. „Hoffentlich kriege ich das Wort jetzt raus“. Beide empfinden möglicherweise ähnliche Emotionen wie z.B. Verlegenheit. Ja selbst die Körperempfindungen können sich gleichen, so dass auch der nicht stotternde Gesprächspartner beispielsweise das Gefühl hat, der Hals sei ihm wie zugeschnürt oder er halte den Atem an.

Insofern fühlen sich in der Kommunikation nicht stotternde Menschen häufig genauso

durch das Stottern gestört wie stotternd sprechende Menschen. Deshalb kann man beim chronischen Stottern in vielen Fällen von einer Kommunikationsstörung sprechen, da sich auf den Ebenen „Gedanken“, „Gefühle“, „Körper“, „Sprech- und Sozialverhalten“ sowie „Wahrnehmung der Umwelt“ meist negativ eingefärbte Veränderungen entwickeln können und das Stottern eines Menschen dadurch beide oder mehrere Kommunikationspartner betrifft.

Ich halte es für notwendig, diese Aspekte in der Therapie chronisch Stotternder zu berücksichtigen, um neben der Arbeit an der Modifikation mit dem Patienten durch Gespräche, Rollenspiele, In-Vivo- Training und Gruppentherapie auch Verbesserungen seiner Kommunikation, seines gedanklichen und emotionalen Erlebens sowie seines Sprech- und Sozialverhaltens zu erzielen. Dafür ist es erforderlich, sich als Logopäde um eine adäquate Gesprächsführung innerhalb der Therapie zu bemühen.

Doch nicht nur innerhalb der Stottertherapie ist die Gesprächsführung von elementarer Bedeutung: Gelungene Kommunikation ist im Prinzip die Grundlage jeglichen positiven Kontaktes mit anderen Menschen – insbesondere aber in der Arbeit mit Menschen mit Kommu-



Anja Mannhard

absolvierte nach Ausbildung und Berufstätigkeit als Erzieherin ihre Logopädie-Ausbildung von 1994-1997 in Darmstadt. Neben Tätigkeit in freier Praxis arbeitet sie seit 1999 als Seminarleiterin im Bereich Sprech- und Stimmtraining, Rhetorik und Kommunikation. Seit 1999 ist sie zudem

Lehrlogopädin, zuerst in Stuttgart, seit 2001 in Heidelberg. Fort- und Weiterbildungen: Personenzentrierte Gesprächsführung,

Focusing, Lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Neurolinguistisches Programmieren und Themenzentrierte Interaktion. Autorin von Fachliteratur und Therapiespielen („Stotterrallye“, erschienen Mai 2002 bei Schubi).

nikationsstörungen sowie in der Beratung der Eltern und Angehörigen. Aus diesem Grunde widme ich mich in diesem Artikel der Gesprächsführung innerhalb der Therapie im Allgemeinen und veranschauliche diese durch Beispiele aus der Logopädie bzw. Stottertherapie im Besonderen.

Gesprächsführung

In diesem Bereich kursieren verschiedene Begrifflichkeiten: „Klientenzentrierte Therapie/Gesprächsführung“, „Non-Direktive Therapie“, „Gesprächstherapie (GT)“. Man kann seit circa 1974 den Begriff „Personenzentrierte Gesprächstherapie“ bestimmen, wobei hier die verschiedenen Ausbildungsgrade „Gesprächsführung“, „Beratung“, „Gesprächstherapie“ unterschieden werden. Begründer war Carl Ransom Rogers. Diese Therapieform steht in Verbindung mit der Humanistischen Psychologie. Zurückzuführen ist sie auf den Psychologen

Abraham Maslow. Er sprach von seiner Schule als einer „dritten Kraft“, die neben der Psychoanalyse und dem Behaviourismus existiert.

Einen wichtigen Einfluss auf C. Rogers übte ein Werk des Analytikers Otto Rank aus, das aussagte, dass jeder Mensch über selbst steuernde Mechanismen verfügt. Der Patient (hier Klient) will sich selbst entwickeln und trägt die Quelle des eigenen Wachstums in sich. Deshalb steht er mit seinen Bedürfnissen im Zentrum der Therapie. Therapie soll diejenigen Faktoren, die das Wachstum und die Entwicklung des Klienten hemmen, beseitigen.

Der Therapeut stellt keine Diagnosen und beschreibt kein Krankheitsbild. Er nimmt am Gespräch teil und ermutigt den Klienten, seine Gefühle auszudrücken. Wesentliche Kernbegriffe der Gesprächsführung sind „Wertschätzung“, „Authentizität“, „Kongruenz“ und „Empathie“. Ursprünglich ist die Gesprächsführung als Beratungsmethode entwickelt worden, um Menschen in Problem- oder Krisensituationen wieder auf den Weg zu helfen.

Im Rahmen einer Kommunikationstherapie dient uns die Gesprächsführung immer dann, wenn wir auf das Gefühlsleben des Patienten differenzierter eingehen wollen im Sinne eines besseren Verständnisses für ihn sowie des Patienten für sich selbst.

Zentrale Gefühle, die in Verbindung mit dem Stottern stehen und von den Betroffenen häufig als unangenehm oder bedrohlich erlebt werden, sind Scham, Angst, Ohnmachtsgefühle, Frustration, Wut, Aggression. In der Therapie geht es darum, diesen Gefühlen Ausdruck zu verleihen und einen besseren Umgang mit ihnen zu erlernen. Durch einen positiven Therapieverlauf verändern sich die als negativ empfundenen Gefühle.

Die Scham als solche ist noch wenig erforscht. Man kann sie spüren und im besten Fall akzeptieren. Die Scham hat wenig Ausdrucksformen und ist ein zartes, für den Patienten oft schwer zu identifizierendes Gefühl. Die Patienten, mit denen ich arbeite(te), bezeichnen sie oft als Peinlichkeit und „peinlich berührt sein“. Scham kann Angst machen und braucht Schutz. Ängste, die aktiviert werden, sind oft „alte“, biografisch verwurzelte Ängste, aber auch soziale Ängste, die alle Menschen mehr oder weniger in sich tragen:

- Angst davor, sich wertlos zu fühlen

- Angst vor Liebesentzug
- Angst, nicht dazu zu gehören
- Angst, etwas falsch zu machen – daraus wird oft die Angst, falsch zu sein
- Angst, sich nicht verlassen zu können
- Angst, nicht vertrauen zu können
- Angst vor Schuld, sich schuldig zu machen
- Angst, nicht zu genügen
- Angst, nicht verstanden zu werden
- Angst, verlassen zu werden
- Vernichtungsangst

Aktives Zuhören

Ein Grundpfeiler der Gesprächsführung ist aktives Zuhören. Diese Art des Zuhörens bedeutet, dass man sich in die Lage versetzt, das Anliegen des Klienten möglichst ohne Einfärbung des eigenen Bezugsrahmens zu hören, was oft eine Herausforderung darstellt. Wir sind es gewohnt, das, was andere uns sagen, durch unsere eigenen Erfahrungen und Überzeugungen zu filtern.

Sender (Klient) hat ein Problem	--- Code ---	Empfänger (Therapeut) entschlüsselt Code
<i>Therapeut gibt an Klienten zurück, was er glaubt, von ihm verstanden zu haben</i>		

Eine wichtige Hilfe hierbei ist, zuerst darauf zu hören, wer oder was dem Klienten wichtig ist, das heißt, dass er versucht zu beschreiben, wo er Unterstützung braucht. Dies kann wichtige Konsequenzen haben:

- ▶ Es hilft dem Therapeuten, die Anliegen und Bedürfnisse des Klienten besser zu verstehen
- ▶ Es hilft dabei, nicht alles gleich einer Bewertung zu unterziehen
- ▶ Ein zu frühzeitiges Problemlösen vom Standpunkt des Therapeuten aus wird vermieden

Schlüsselworte

Eine weitere Hilfe kann sein, beim Aktiven Zuhören Schlüsselworte des Klienten wiederzugeben. Klienten beschreiben oft in einer sehr bildlichen Sprache, die man sich therapeutisch zunutze machen kann.

Beispiel:

- Klient: „Wenn ich stottere, befinde ich mich in einem Tunnel.“
Therapeut: „Ein Tunnel. Was meinen Sie damit?“

Fragetechnik

Innerhalb der Kommunikation verwenden wir sowohl geschlossene als auch offene Fragen, wobei letztere zum größeren Teil vertreten sein sollten. Geschlossene Fragen bergen die Gefahr in sich, den Fokus des Klienten einzuengen, wobei offene Fragen die Wahrnehmung erweitern können. Geschlossene Fragen eignen sich eher zum Ermitteln von Fakten, offene eher dem Eingehen auf Gedanken und Gefühle sowie auf Einstellungen des Klienten.

Beispiele für geschlossene Fragen:

- „Wann haben Sie begonnen zu stottern?“
- „Magst Du deine Freunde?“

Beispiele für offene Fragen:

- „Würden Sie mir näher beschreiben, wie Ihr Stottern sich von Beginn bis zum heutigen Tage entwickelt hat?“
- „Wenn wir in der Therapie erfolgreich an Ihrem Stottern arbeiten, was wäre dann anders?“

Paraphrasieren

Nach einer Definition von Ivey (De Jong & Berg, 1998) ist dies das „Zurückmelden dessen, was im wesentlichen gerade gesagt wurde, ... wobei die Kommentare abgekürzt und klargestellt werden“. Paraphrasierungen sind kürzer als Zusammenfassungen. Weiterhin geben sie die Möglichkeit, vor allem Gefühlsinhalte in der Wiederholung verstärkt hervorzuheben beziehungsweise zu verbalisieren.

Beispiel

- „Sie waren traurig, dass man Sie auf einer Party als Stotternder erkennt und deshalb haben Sie die nächste Einladung in der Woche darauf nicht mehr angenommen.“

Zusammenfassen

Der Therapeut gibt hierbei von Zeit zu Zeit eine Rückmeldung über die Gedanken, Gefühle und Handlungen des Klienten. Sinnvoll eingesetzt sind Zusammenfassungen nach einer detaillierteren und umfassenden Beschreibung des Klienten. Die Beschreibung kann spontan von seiten des Klienten geschehen sein, oder aber der Therapeut hat die Exploration des Klienten durch Gesprächstechnik und Interesse vorangebracht. Der Therapeut versucht, in der Zusammenfassung den zentralen Punkt zu finden.

Beispiel:

- „Also, mal sehen, ob ich das richtig verstanden habe. Sie sind eigentlich hier, weil ihr Chef Sie geschickt hat. Er sagte, mit dem Stottern können Sie am Telefon keine Versicherungen verkaufen, was Sie aber gerne tun würden. Sie sind nicht sicher, ob Sie genug Zeit und Energie für eine Therapie aufbringen können.“

Personzentrierte Konfrontation

Diese Gesprächstechnik ist eine Möglichkeit, tiefer in das Gefühlsleben des Klienten einzudringen mit Hilfe der Verbalisierung der Gefühle, die durch die Erzählung des Klienten beim Therapeuten ausgelöst werden. Sie kann in drei Stufen erfolgen:

Methode:

- „Ich höre von Ihnen, ...“
- „Ich fasse zusammen, ...“
- „Ich sage Ihnen, wie es mir damit geht, ...“

Beispiel:

- „Ich höre von Ihnen, dass es Ihnen gelungen ist, Ihrem Chef zu sagen, dass Sie wie alle anderen Mitarbeiter behandelt werden möchten.“
- „Wenn ich an unser letztes Gespräch zurück denke, hat es Sie sehr gestört, dass er Sie bei einem Fehler nicht direkt angesprochen, sondern mit Ihrer Kollegin hinter Ihrem Rücken darüber gesprochen hat.“
- „Es freut mich sehr zu spüren, wie stolz Sie auf sich sind!“

Prozessabschnitte eines Beratungsgesprächs

1. Rahmen (Zeit, ...)
2. Themendarstellung und -Entwicklung durch (Aktives Zuhören, Paraphrasieren, Fragen, Zusammenfassen, Person zentrierte Konfrontation)
 - ▶ **Explorationphase**
3. Eingrenzen des Themas
4. Lösungsnetze entwickeln
 - Lösungs-, Entscheidungs-,
 - ▶ **Handlungsphase**
5. Ergebnis zusammenfassen, sichern und verankern
6. Persönliche Rückmeldung/Wertschätzung, Abschluss, Abschied

Konfliktgespräche

Durchaus nicht in der Regel, aber hier und da vorkommen kann die Situation, dass wir uns mit einem Patienten in einem Konflikt wiederfinden, der sich zwischen Patient und Therapeut oder umgekehrt abspielt. Hierbei können Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse eine wichtige Rolle spielen, die man oftmals erst durch nachträgliche Reflexion – manchmal mit Hilfe einer Supervision – erkennen und beheben kann.

Von einer praxisorientierten Sichtweise ausgehend gibt es einfache Gesprächsregeln für Konfliktgespräche:

- Klärung dessen, wer das Problem hat
- Habe *ich* das Problem: Ich-Botschaften formulieren.

Beispiel:
Ich-Botschaft: „Mir schmeckt das Essen heute nicht.“
(Du-Botschaft: „Du hast nicht gut gekocht.“)
- Hat der andere das Problem: Aktives Zuhören
- Gegebenenfalls Lösungsvorschläge sammeln, bewerten und umsetzen

Falls wir als Therapeuten einen Klärungsbedarf mit einem Patienten haben, können wir auf die Möglichkeit der 3-Stufen-Konfrontation zurückzugreifen (in Anlehnung an Sonja und Jens Jene, Fortbildung Gesprächsführung in Mannheim 1994).

- Beschreibung des Verhaltens des Patienten
- Beschreibung der konkreten Folge für mich
- Beschreibung meiner Empfindung

Beispiel

- „Herr Meier, ich habe etwas mit Ihnen zu besprechen. Sie kommen in der Regel 15 Minuten zu spät zu unseren Sitzungen. Dadurch verbleiben uns in jeder Sitzung nur noch 30 Minuten für die Arbeit an Ihrem Stottern. Die Therapie ist so aufgebaut, dass eine Sitzung aus verschiedenen Bereichen für die Arbeit am Stottern besteht. Die Bereiche stehen in Beziehung zueinander und bauen aufeinander auf. Durch den Zeitverlust fallen jedes Mal wichtige Übungen weg. Ich befürchte, dass ich dadurch nicht intensiv genug in allen Bereichen mit Ihnen an Ihrem Stottern arbeiten kann. Das macht mich unzufrieden.“

Ein weiterer Vorschlag zum Umgang mit Konflikten im Sinne der Gesprächsführung bietet die 6-Schritte-Methode an (in Anlehnung an Sonja und Jens Jene, Fortbildung in Mannheim 1994):

- Voraussetzungen schaffen, damit ein Gespräch stattfinden kann (Rahmen)
- Bedürfnisse klären
- Lösungen sammeln
- Lösungen bewerten
- Beste Lösung finden und realisieren
- Bewährungskontrolle

Beispiel eines Konflikts

Der Patient sagt, die logopädische Behandlung würde ihm nichts bringen und er möchte die Therapie beenden.

- ▶ Der Logopäde bietet dem Patienten an, die Stunde zu nutzen, um die Hintergründe seines Anliegens zu besprechen oder vereinbart gegebenenfalls mit ihm einen eigens dafür vorgesehenen Termin.
- ▶ Der Logopäde bespricht mit dem Patienten, welche Bedürfnisse des Klienten seiner Meinung nach in der Therapie nicht erfüllt werden. Auch hierbei ist wichtig, dass dem Patienten der Weg zur Zielerreichung transparent gemacht wird, zum Beispiel welche einzelnen Therapieschritte notwendig sind, um das gesamte Ziel zu erreichen, und was nach Meinung des Patienten schon erreicht wurde.
- ▶ Logopäde und Patient sammeln gemeinsam verschiedene mögliche Lösungen im Stil eines Brainstormings, das heißt jeder bringt alle spontanen Ideen zur Lösung des Konfliktes ein, ohne dass sie bewertet werden. Auch unrealistische, kreative,

verrückte Einfälle dürfen aufgenommen werden. Hilfreich ist schriftliches Festhalten der Ideen.

- ▶ Die Lösungsvorschläge werden gemeinsam bewertet und in sinnvolle, lösungsorientierte sowie in unrealistische, nicht umsetzbare Ideen unterschieden. Der Logopäde stellt seinerseits dar, was im Rahmen der Therapie erarbeitet werden kann und was eventuelle unrealistische Erwartungen des Patienten an ihn oder generell an eine Behandlung sind.
- ▶ Gemeinsam entscheiden sich beide für die beste Lösung und realisieren diese. Hilfreich ist die konkrete Festlegung von Rahmen, Zeit, Dauer der Verhaltensänderung/Lösung.
- ▶ Ein Termin wird festgelegt, wann die Lösung noch einmal besprochen und reflektiert wird. Wichtig ist zu hinterfragen, ob sie sich bewährt und beide Parteien zufrieden gestimmt hat. Falls ja, kann man diese Lösung beibehalten oder sie zu ihrem Ende führen, falls nein, muss eine neue und bessere Lösung gefunden werden. Hierbei wiederholt sich der beschriebene Prozess, wobei man auf der Stufe „Lösungen bewerten“ einsteigen kann. Vielleicht findet sich eine andere Lösung, die als gut bewertet wurde, die besser realisierbar ist.

Nonverbales Verhalten und Schweigen

In der Gesprächsführung ist nicht zu unterschätzen, dass das nonverbale Verhalten des Therapeuten sowie das des Klienten eine große Rolle spielt. Förderndes bezie-

hungsweise hemmendes nonverbales Verhalten wird in der Regel in der Ausbildung der Logopäden vermittelt. Hilfreich ist es, sich das eigene nonverbale (und verbale) Verhalten in Kommunikationssituationen mit stotternden Patienten mittels Videoaufnahme vor Augen zu führen, um es zu reflektieren.

*„Schweigen ... nichts Negatives,
es ist kein Bloßes nicht,
es ist ein Positives,
es ist eine volle Welt für sich.“*
Max Picard

Weiterhin wichtig für die Arbeit mit Stotternden ist, dass man an der eigenen Körpersprache im Sinne einer Zugewandtheit zum Kommunikationspartner arbeitet. Dies ist ja auch ein Ziel, das der Stotternde erreichen sollte.

Das Schweigen als solches ist eine eigene wissenschaftliche Betrachtung wert und ich persönlich halte es für ein interessantes Thema. Interessant deshalb, weil man es sich in der Therapie zu Nutzen machen kann, wenn man die Angst davor abgibt. Warum Schweigen bei manchen Menschen Unbehagen oder sogar Angst auslösen kann, ist wohl sehr individuell und in den Biographien der Einzelnen verwurzelt, es kommt darauf an, welche Gefühle und Gedanken beim Schweigen der jeweiligen Person auftreten. In der therapeutischen Arbeit könnte ein weiterer Grund sein, dass mit dem Auftreten von Schweigen (Gesprächspausen) beim Therapeuten die Angst einhergeht, nicht über die Fertigkeiten zu verfügen, beim Klienten die gewünschten Resultate zu erzielen.

Schweigen kann weiter die Abgabe von alleiniger Kontrolle über eine Situation bedeuten, die sowieso eine Illusion ist. Gesellschaftlich gesehen kann man eine Tendenz zur „Versprachlichung“ verzeichnen. Die Sprache und Kommunikation wird oft als eindeutigeren Stellungnahme interpretiert als das Schweigen. Schweigen wird häufig als Nicht-Beachtung verstanden, teilweise sogar als Verweigerung der Kontaktaufnahme.

Wenn man nonverbale Kommunikation beobachtet, kann man wahrnehmen, dass sie oftmals bis zu einem gewissen Punkt ausreicht; wenn dann aber keine verbale Verständigung hinzu genommen wird, kann eine reine nonverbale Kommunikation eine Quelle von Missverständnissen werden. Verbale Kommunikation dient in diesem Sinne auch einer Rückversicherung. Schweigen kann eine Auskunft, aber auch eine Antwort sein; es kann Übereinstimmung oder auch Abgrenzung bedeuten. In diesem Sinne wird deutlich, dass das Schweigen mehr ist als eine einfache Pause im Kommunikationsfluss. Schweigen ist keineswegs Abwesenheit von Kommunikation. Wie Paul Watzlawick meint, kann man nicht nicht kommunizieren, es kommuniziert also auch der, der schweigt. Sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation hinterlässt immer eine Wirkung.

Wir befinden uns in unserer subjektiven Welt und dadurch innerhalb der Kommunikation mit anderen auch in einer Einschränkung. Kommunikation mit anderen bedeutet, eine gemeinsame Sprache zu finden und sich innerhalb dieser verständigen zu können.

Da Schweigen viele Bedeutungen haben kann, kann es hier besonders leicht zu Missverständnissen kommen. Falls dies in der Therapie geschehen sollte, ist es wichtig, sich darüber verbal auszutauschen, wie die jeweilige Person für sich persönlich die Schweigepause interpretiert hat.

In der logopädischen Arbeit nun bietet das angemessene Schweigen im Sinne von Gesprächspausen des Therapeuten vielfältige Möglichkeiten für den Patienten:

- Der Patient ordnet seine Gedanken
- Er kann Gefühle jeglicher Art, die er im Gespräch erlebt, nachklingen lassen
- Er strukturiert weitere Gesprächsinhalte vor
- Er hat die Möglichkeit zu freieren Assoziationen
- Er wird ermutigt, eigene Lösungen zu finden
- Er kann sich verbal explorieren und übt sich darin, für größere Gesprächsanteile Verantwortung zu übernehmen
- Er lernt seinerseits, Pausentoleranz herzustellen
- Er kann die mit dem Schweigen auftretenden Gefühle und Gedanken identifizieren

Nicht nur manche Therapeuten, sondern auch manche Patienten können mit dem Schweigen schwer umgehen. Für Stottern kann eine Sprechpause eine Bedrohung darstellen, da sie, um weiterzusprechen, neu ansetzen müssen. Somit besteht die Gefahr einer Blockierung beim Sprechen.

Dieser Beitrag basiert auf einem Auszug aus Anja Mannhards Buch „Sprechen – schon wieder Stress! Gefühle und Gedanken stotternder Jugendlicher und Erwachsener. Eine praxisorientierte Übungssammlung therapeutischer Interventionen für Logopäden und Sprachheilpädagoginnen“ (im Druck).

Bachmair, S.; Faber, J.; Hennig, C. et al. (2001). *Beraten will gelernt sein*. Weinheim: Beltz

De Jong, P.; Berg, I.K. (1998). *Lösungen (er-)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurzzeittherapie*. Dortmund: Modernes Lernen

Ham, R. (1986). *Techniken der Stottertherapie*. Demosthenes

Rogers, C. (o.A.). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt/M.: Fischer TB

Satir, V. (1999). *Kommunikation-Selbstwert-Kongruenz*. Paderborn: Junfermann

Schwäbisch, L.; Siems, M.R. (1974). *Anleitung zum Sozialen Lernen für Paare, Gruppen, Erzieher. Kommunikations- und Verhaltenstraining*. Reinbek: Rowohlt TB

Schulz von Thun, F.; Reppel, J.; Stratmann, R. (2000). *Miteinander Reden*. Reinbek: Rowohlt TB

Van Riper, Ch. (1982). *Sprech-Stunde in der Praxis eines Sprachtherapeuten*. München: Reinhardt

Van Riper, Ch. (1973). *Die Behandlung des Stotterns*. Köln: Demosthenes

Watzlawick, O.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D. (2000). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber

Wendlandt, W. (1984). *Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag*. München: Pfeiffer

Autorin

Anja Mannhard
Lehrlogopädin
BFW Schule für Logopädie
Ludwig-Guttman-Str. 2/1, 69123 Heidelberg
anja.mannhard@bfw-heidelberg.de