

Prof. Wolfgang Wendlandt im Gespräch mit Anja Mann-

Der Diplom-Psychologe Prof. Dr. Wolfgang Wendlandt gehört zu den Wegbereitern der modernen Stottertherapie in Deutschland. Er hat Generationen von TherapeutInnen immer wieder neue Impulse gegeben – zuletzt mit seinem Buch über In-vivo-Therapie. Im Gespräch mit der Lehrlogopädin Anja Mannhard (EFF Darmstadt) berichtet er über seine langjährigen Erfahrungen in der Therapie, Ausbildung und Supervision.



► Wie sind Sie dazu gekommen, sich ein Leben lang so intensiv mit dem Thema Stottern zu beschäftigen?

Es hat 1968 mit einem Praktikum in der Poliklinik für Stimm- und Sprachkranke in Berlin begonnen. Als Student musste ich ein sechswöchiges Praktikum machen und in dieser Klinik war noch ein Platz frei. Es gab zwei Psychologinnen, die dort Stottertherapie angeboten haben. Aus den sechs Wochen sind dann dreieinhalb Jahre geworden. Ich habe im Laufe der Zeit in der Funktion eines Psychologen gearbeitet und begonnen, die verhaltenstherapeutische Stottertherapie für Erwachsene aufzubauen. Damals galten erwachsene Stotternde als therapieresistent, aber ich habe das nicht so recht glauben wollen.

In Deutschland sprach man von „Stotterern“ und man hatte damals nicht nur die These von der Therapieresistenz, sondern auch die Annahme, dass Stottern ein neurotisches Symptom sei. Weiterhin vermutete man, dass Stotternde ein starkes Abhängigkeitsverhältnis von der Mutter haben sowie bestimmte Persönlichkeitseigenschaften aufweisen.

Das konnte man vor allem in den deutschen Veröffentlichungen lesen, deshalb habe ich mich der angloamerikanischen Literatur zugewandt. Hier wehte ein differenzierterer Geist, hier fand ich eine Fülle ganz anderer Informationen. So habe ich mich in die

auch in der Selbsthilfe ist diese Sichtweise sehr stark ausgeprägt. Man beurteilt weniger die Rahmenbedingungen, die Erfolg möglich machen. Man schaut nicht danach, was eigentlich Gesundheit bei Stotternden ausmacht. Man ist zu wenig daran interessiert, wann sich Menschen, die ein Leben lang gestottert haben, verändern, welche Bedingungen sie dafür benötigen.

Stotternde verändern sich dann, wenn sie genügend Zutrauen bekommen, eigenständig in ihrem Alltag neue Wege gehen zu können. Das braucht eine Intensität von Erfahrung, die in einmal wöchentlichen Therapiesitzungen eigentlich nicht bzw. nur sehr schwer herzustellen ist. Auch die ganze Diskussion, dass Stottern eine schwer zu therapierende Störung sei, hängt vom Setting ab, wie Stottertherapie in den meisten freien Praxen gehandhabt wird, mit einem wöchentlichen Termin ohne das Angebot einer Gruppentherapie. Stottern ist eine Störung, die im sozialen Feld und in der Kommunikation auftritt und in diesem Sinne unbedingt auch mit gruppentherapeutischen Maßnahmen behandelt werden sollte. Einzeltherapie ist also durch Gruppentherapie zu ergänzen.

Neuere Konzepte der Intensiv-Intervalltherapien machen deutlich, dass wir zusätzlich auch den Gesamtverlauf einer Stottertherapie verändern sollten, so dass die Eigenarbeit einen zentralen Stellenwert erhält: In

Stottertherapie eingearbeitet, viele Erfahrungen als Therapeut mit Therapiegruppen machen können und war erfolgreich in der Arbeit mit Erwachsenen. Aber ich musste ja auch irgendwie mein Studium abschließen und habe über dieses Thema dann meine Diplomarbeit geschrieben.

► Das heißt, Sie haben in dieser Zeit andere Erfahrungen gemacht, die die These „erwachsene Stotternde sind therapieresistent“ nicht belegt haben?

Aus der Literatur wusste ich, dass es die Non-avoidance-Ansätze gab, von Sheehan und van Riper existierten damals wichtige Veröffentlichungen. In Schriften fanden sich 80 Prozent Erfolge in der Verhaltenstherapie mit kombinierten Maßnahmen zur Behandlung des Stotterns, da bin ich davon ausgegangen, dass ich das natürlich auch erreichen kann.

Ich habe das, was van Riper gefordert hat, fünfmal wöchentlich Einzeltherapie und zweimal wöchentlich Gruppentherapie anzubieten, am Anfang relativ ernst genommen, und habe die KlientInnen zu mindestens zwei wöchentlichen Terminen (Einzel- und Gruppentherapie) in der Woche bestellt. Einzeltherapie habe ich zum Teil auch dreimal in der Woche angeboten. Das war sehr gut für mein Zutrauen, Veränderungen bewirken zu können. Ich habe schnelle Veränderungen gesehen, die mit „Vertrauen finden“, „ein gutes Arbeitsverhältnis aufbauen“, „Systematik in der Methodik“, „Häufigkeit von Sitzungen“ und „Eigenarbeit anregen“ zusammenhängen. So waren aus meiner Sicht, aber hauptsächlich auch aus der Sicht der Institution, Erfolge da, was Mut gemacht hat, die verhaltenstherapeutische Stottertherapie für Erwachsene ins Regelangebot mit aufzunehmen.

► Sie haben gerade mehrere Kriterien genannt, die Ihren Erfolg in der Stottertherapie bestimmt haben. Sind das die Kriterien, die darüber entscheiden, ob eine Stottertherapie erfolgreich verläuft?

Man diskutiert immer noch viel zu einseitig die Methodeneffektivität, man fragt, „welche Methode ist effizient?“. Das betrifft nicht nur die Fachleute in Deutschland,

der Stotternder ist. Es gibt Menschen, die stottern, und es gibt Menschen, die haben eine neurotische Störung oder eine Reihe von anderen Störungen, und die stottern auch. Den so genannten normalen leicht neurotischen Menschen wie du und ich, der eben auch noch stottert, der gehört in die Praxis von StottertherapeutInnen. Das sind LogopädInnen, SprachheilpädagogInnen, Atem- Sprech- und StimmlehrerInnen und PsychologInnen mit Zusatzausbildung. PsychologInnen, die Psychotherapie anbieten, beherrschen meist nicht die Vielfalt der stotterspezifischen Ansätze. In dem Sinne kann man nicht sagen: Wir schicken jetzt die Stotternden zu den PsychotherapeutInnen. Diese machen aus ihnen vielleicht etwas zufriedener und selbstbewusstere Menschen, aber das Stottern wird als Symptomatik weiter bestehen bleiben. Hier sind also Parallelbehandlungen (Logopädie und Psychologie gleichzeitig) angezeigt und Absprachen untereinander von Nöten.

► **Mit welchem erreichten Therapieziel innerhalb einer Stottertherapie sind Sie zufrieden?**

Das Leiden am Stottern muss aufhören. Heilung des Stotterns heißt für mich: Heilung vom Leiden am Stottern. Wer leidet am Stottern? Das können die Eltern eines stotternden Kindes sein, das kann das Kind selbst oder der stotternde Erwachsene sein. Der Betroffene kann lernen, seinen Lebensraum aktiv zu gestalten, sich durch Stotterereignisse nicht mehr von seinen Vorhaben und Wünschen abbringen zu lassen, Stottern nicht mehr als störend in der Interaktion zu begreifen, anderen in der Kommunikation Raum zu lassen oder ihnen gegebenenfalls auch Raum zu nehmen. Es gibt sehr unterschiedliche Therapieziele in der Stottertherapie. Sie wandeln sich im Laufe einer Behandlung und unterscheiden sich oft auch von Person zu Person. In der Regel bestimmen die KlientInnen selbst die Therapieziele, zumindest die Erwachsenen. Auch Jugendliche, die manchmal die Mitarbeit verweigern, bestimmen, was aktuell bestehen bleiben soll oder verändert werden darf. Sie kommen dann meistens in späteren Lebensabschnitten wieder zur Behandlung und entscheiden dann auch selbst, wie lange sie daran arbeiten. Stottern kann deutlich verflüssigt werden. Mein Anspruch ist, ein unauffälliges, flüssiges Stottern herzustellen, das für den Außenstehenden kaum mehr wahrnehmbar ist. Erwachsene Stotternde haben aller-

dings mit ihrem Reststottern manchmal viel weniger Probleme als ich. Sie beenden die Therapie und ich denke: Ach, du könntest noch ein wenig mehr an der Verflüssigung arbeiten. Manchmal sage ich das der KlientIn und manchmal muss es auch nicht gesagt werden.

► **Sie haben gesagt, dass auch die Eltern „Leidende am Stottern“ sein können. Eltern sind ja häufig von Schuldgefühlen belastet, wenn ihr Kind stottert. Wie gehen Sie damit um?**

Stottern ist kein psychologisches Problem, Stottern führt zu psychologischen Problemen. Stottern lässt sich nicht ursächlich bestimmten familiären Problemkonstellationen zuschreiben. Das ist bis in die achtziger Jahre hinein oft so vermittelt worden. Die familiäre Situation und die Interaktion im Elternhaus müssen im Einzelfall geklärt

Eine gute StottertherapeutIn ist jemand, der Mut hat, seine eigene Beziehung zur KlientIn zu betrachten, der bereit ist, Supervision in Anspruch zu nehmen, der über ein breites methodisches Handwerkszeug verfügt.

einen positiven Sprachteppich, der mitfließt. Corrective Feedback ist eine Methode, die jeder kennt: In Bezug auf das stotternde Vorschulkind geht es nicht darum, den Wortlaut richtig zu spiegeln, sondern der Satz wird verflüssigt wiedergegeben. Das heißt: Sowohl das Sprechmuster der TherapeutIn als auch die von ihr eingesetzten Verflüssigungstechniken bei Stotterereignissen dienen als Modell. Zusätzlich werden die Anfangslaute, die vom Kind mit Blockaden gesprochen werden, von der TherapeutIn parallel weich mitgesprochen bzw. mitgestottert. All das bleibt spielerisch, voller Leichtigkeit, geht hin und her, so dass die Kinder diese Sprechweise und den leichteren Umgang mit den Symptomen übernehmen, weil es weniger anstrengend ist und unbefangener im Sprechablauf macht. So ist das flüssige Stottern schnell zu vermitteln, damit kann man herrlich arbeiten.

► **Wie haben sich die Behandlungsformen des Stotterns aus Ihrer Sicht in den letzten Jahren gewandelt?**

In den letzten Jahren ist nicht viel passiert. Wirklich neu in unserem Lande ist die Er-

werden, aber man kann sie lediglich als auslösende Bedingungen betrachten, jedoch nicht pauschal als ursächliche. Stotterverstärkende Bedingungen finden sich allerdings vielfältige: in der Interaktion in der Familie und im Lebensumfeld des stotternden Kindes.

Man kann mit den Schuldgefühlen der Eltern produktiv umgehen, kann sie aufklären und neurologische und biologische Hypothesen wie die Vererbung, die Disposition zum Stottern und das gehäufte Auftreten des Stotterns innerhalb einer Familie erläutern. Schuldgefühle fressen Energien, machen handlungsunfähig. Bei vielen Müttern können wir diese „gebundenen“ Energien auf handlungsorientierte Ideen umlenken, mit ihnen erarbeiten, was hilfreich für das stotternde Kind im Rahmen seiner Entwicklung und der familiären Interaktion sein könnte.

► **Ihr Anliegen in der Elternarbeit ist also vor allem, die Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken?**

Ja. Ich zeige den Müttern gezielt, was Stottern ist, ich lasse sie selbst stottern, ich desensibilisiere sie gegen das Stottern. Ich animiere sie dazu, für die Kinder Sprechvorbild zu sein und auf den Lebenslauf des Kindes positiv einwirken zu können, indem sie versuchen, dem Kind Zuversicht in Bezug auf seine Sprecherkompetenz zu vermitteln.

► **Früher hieß es für StottertherapeutInnen „Hände weg vom stotternden Kind.“ Heute versucht man, das Stottern eines Kindes möglichst frühzeitig zu behandeln. Wie bewerten Sie diese Entwicklung?**

Hervorragend! So muss es sein! Viel zu spät bei uns. Als ich als Student mit der Stottertherapie begonnen habe, gab es diese These schon, und zwar in der Form, dass man nie das Wort Stottern aussprechen dürfe. Es gab nur indirekte Behandlungsformen, heute sind wir soweit, mit den Kindern über ihr Stottern zu sprechen.

Auch in der Frühbehandlung sollten die Kinder Hilfen erhalten, um aus der angestregten und für sie peinigenden Sprechweise herauszukommen. Das gelingt schon mit dreijährigen Kindern, das tut nicht weh, führt nicht zu Katastrophen. Die Eltern sitzen dabei, die Atmosphäre ist unverkrampft und das Kind hört unmittelbar, während es stottert, ein sprachliches Modell mit weichem Stottern, es kann den Stimmklang des Modells und die Ruhe des vorgegebenen Sprechtempos annehmen. Die Kinder fühlen sich wohl, wenn sie eingebettet sind in

den therapiefreien Intervallen kann immer wieder überprüft werden, ob die in der Therapie vermittelten Anregungen effektiv sind, ob sie die KlientInnen befähigen, in den therapiefreien Zeiten allein zurecht zu kommen.

► **Das halte ich für einen wichtigen Aspekt. Sie sagen, es wird zuviel über Methodeneffizienz gesprochen. Wie schätzen Sie den Wert der Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn für Erfolg in der Stottertherapie ein?**

In der klinischen Forschung wird dieser Punkt als „unspezifischer Wirkfaktor“ benannt. Man nimmt an, dass die Beziehung mindestens gleich bedeutsam ist wie die spezifischen Faktoren, die auf die angewandten Methoden zurückzuführen sind. Auch das kommt in aller Diskussion zu kurz: Stottertherapie ist Therapie eines Menschen, der stottert.

Also heißt das eigentlich, die TherapeutIn muss erst einmal in der Beziehung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Mensch bereit wird, sich beispielsweise auf Eigenarbeit einzulassen, seine Person zu betrachten, die Geschichte der Störung anzuschauen und Ideen über seine Zukunft zu wagen. Das alles ist nicht in der Methodik der Stottertherapie enthalten, das ist etwas Typisches, das in der Beziehungsarbeit zwischen TherapeutIn und KlientIn stattfindet. Die Arbeit an der Beziehung ist der Boden, der gut beackert sein muss, damit gezielte methodische Veränderungsinterventionen Erfolg haben können.

Viele Stotternde sagen: Diese Methode hat mir nichts gebracht. Das ist eine merkwürdige Äußerung. Ich frage mich dann immer: Was hat sich die KlientIn genommen? Konnte sie sich nichts nehmen? „Ich konnte mir nichts nehmen“ könnte zu der Frage führen: Warum konnte ich mir nichts nehmen? Die vorschnelle Antwort ist: Die Methode war nicht gut. Aber vielleicht müsste es heißen: Ich habe mich nicht angesprochen gefühlt, ich war nicht bereit, ausreichende Kraft für die Eigenarbeit zu investieren, ich bin mit der TherapeutIn nicht warm geworden, wir haben an vielen wichtigen Themen nicht gearbeitet.

► **Wann ist jemand Ihrer Meinung nach eine gute StottertherapeutIn?**

Eine gute StottertherapeutIn ist jemand, der keine Angst vor dem Stottern hat, der den anderen stottern lässt, ohne gleich den Anspruch zu verspüren, verändernd eingreifen zu müssen, der mit dieser Haltung Ruhe

vermittelt. Der dem bösen Ankämpfen und dem verbissenen Nicht-Akzeptieren des eigenen Stotterns entgegenwirken kann, indem er das Stottern selbst annimmt und die damit verbundenen Gefühle und Gedanken. Denn KlientInnen können es nicht annehmen, sie müssen erst einmal dagegen rebellieren.

Stotternde verstehen oft die Bedingungen nicht, die Stottern auslösen. Eine gute TherapeutIn ermutigt, hinzuschauen und nachzuspüren. Sie erkennt, dass das Stottern, das sie zu Gesicht bekommt, Ausdruck der spezifischen Kommunikation zwischen ihr und der KlientIn sein kann, denn Stottern

**Stottern ist
kein psychologisches
Problem, Stottern führt zu
psychologischen Problemen.
Stottern lässt sich nicht ursächlich
bestimmten familiären
Problemkonstellationen
zuschreiben.**

sprüche, über ihre Enttäuschungen, wenn der Stotternde sich nicht verändert. Das sind Themen, die in die Supervision gehören.

► **Da kommt die Frage auf, wo Sie die Grenze ziehen würden zwischen einer logopädischen Interventionsmaßnahme und einer klassischen psychotherapeutischen Behandlung durch eine Psychologin. Wann ist was angezeigt?**

Ich ermutige LogopädInnen immer wieder, diese therapeutischen Aspekte in ihre pädagogische Arbeit hinein zu nehmen, und ich denke, sie sind dazu durchaus in der Lage, wenn sie erkennen, dass das ihre Aufgabe ist. Beziehungsgestaltung ist Teil der eigenen logopädischen Arbeit. In der Elternarbeit oder in der Arbeit mit Angehörigen ist ja deutlich, dass es eben nicht nur um Techniken geht, sondern zum Beispiel um eine Veränderung der Einstellung der Bezugspersonen, um eine neue Beziehung, die die Eltern zu ihrem Kind aufbauen müssen. Das sind ja sehr therapeutische Ansprüche, die LogopädInnen als zusätzliche Aufgabe vermittelt bekommen sollten, die gleichermaßen wichtig sind wie der Erwerb von „Handwerkszeug“ zur Veränderung von Stottersymptomen.

► **Gibt es für Sie keine Ausnahme, wo Sie sagen würden, diese KlientIn sollte ausschließlich psychotherapeutisch behandelt werden?**

Doch, durchaus, nur da würde ich sagen, dass die Ausnahme kein normaler gesun-

ist sehr variabel und abhängig von der jeweiligen Kommunikationssituation und der Art der zwischenmenschlichen Beziehung. Wenn das Stottern in der Therapie nicht auftritt, dann weiß eine erfahrene TherapeutIn, dass dies nicht als positives Endergebnis einer Therapie fehlgedeutet werden darf. In den Supervisionen höre ich oft: Das Stottern ist nicht mehr da. TherapeutInnen sind dann ganz glücklich, gehen aber mit der KlientIn nicht nach draußen, um sich andere Bedingungen, die die Symptomatik auslösen, anzuschauen.

Eine gute StottertherapeutIn ist jemand, der Mut hat, seine eigene Beziehung zur KlientIn zu betrachten, der bereit ist, Supervision in Anspruch zu nehmen, der über ein breites methodisches Handwerkszeug verfügt, der aber auch bereit ist, rechtzeitig abzugeben. StottertherapeutInnen sollten begreifen, dass Stottern gut behandelbar ist, aber dass man selbst nicht immer diejenige sein muss, die den Erfolg bewirken kann.

► **Wurde da der Non-Avoidance-Ansatz auch von manchen TherapeutInnen falsch verstanden? Ich erlebe mitunter eine enorme Härte im Umgang mit Stotternden in der Therapie, die meines Erachtens nichts mehr damit zu tun hat, das man einem fortgesetzten Vermeiden entgegen wirken möchte.**

Das kommt daher, dass wir in Deutschland sehr viele TherapeutInnen kennen, die eigentlich die Rolle einer LehrerIn oder TrainerIn ausüben. Da existiert das Konzept, dass man eine Person, die ihr Symptom mit bestimmten Methoden nicht ausreichend verändert, noch stärker drängen müsse, die vermittelten Trainingsschritte konsequenter zu üben. Das ist eine pädagogische und keine therapeutische Haltung.

Die StottertherapeutIn sollte mehr an den inneren Motivationen arbeiten, sehen, was die Betroffenen hindert, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten einzusetzen. Warum sind ihre Zweifel so groß, es alleine nicht zu können? Was fehlt an Zukunftsideen, wohin sie sich entwickeln wollen? Sie müssen erst einmal eine Vision davon haben, was alles in ihrem Leben möglich ist, um dafür die Trainingsarbeit auf sich zu nehmen.

Die Härte von StottertherapeutInnen, die mich manchmal erschreckt, rührt oft aus einer Enttäuschung, nicht erfolgreich zu sein. Über Training, Wiederholung und Übung soll es dann doch noch zum gewünschten Ziel kommen. Logopädische TherapeutInnen sprechen selten über ihre inneren An-

ste eigentlich zu einer Hochschulausbildung werden, wobei man diese Spezialqualifikation dann im Rahmen eines Masterstudien-ganges oder zumindest eines zertifizierten Weiterbildungsstudiums erwerben könnte. Bei einem solchen Angebot einer Hochschule sollte man erwarten können, dass eine breite theoretische und praktische Schwerpunktsetzung mit Stärkung der personenbezogenen Kompetenzen erfolgt und die Themen „Praxisforschung“ und „Evaluation der eigenen Therapie“ ausreichend berücksichtigt werden.

► **Gibt es Bereiche, die Ihrer Meinung nach in jeder Stottertherapie enthalten sein sollten, und gibt es Bereiche, die flexibel je nach KlientIn einzusetzen sind?**

Eigentlich ist das immer individuell von der KlientIn abhängig. Das ist das andere Denken, das nicht methoden-, sondern mehr problemorientiert ist. Warum stottert jemand immer noch weiter, obwohl er Techniken zur Verflüssigung zur Verfügung hat? Wenn man dieses Problem analysiert, kommt man darauf, dass er beispielsweise Angst hat, mit der Sprechtechnik aufzufallen, dass er vielleicht unter einer ganzen Reihe sozialer Ängste leidet. Dass er jahrelang Lebensbereiche vermied und keine Sicherheit in diesen Bereichen aufbauen konnte.

Wir müssen, bezogen auf diese Problem-bereiche sehen, wie wir das lösen können. Was gibt es genau hierfür für Methoden? Aber nicht einfach die üblichen Methoden einsetzen, weil es sie eben gibt.

Die Veränderungsbereiche, mit denen StottertherapeutInnen am häufigsten zu tun haben, sind: „körperbezogene Modifikation, Sensibilisierung und Entspannung“, „Arbeit an der Angst und Vermeidung“, „Modifikationstechniken bezogen auf Stotterereignisse, Verflüssigungstechniken“, „Sprechmusteränderung, Sprechhilfen“, „Stärkung sozialer und kommunikativer Kompetenzen“, „Aufbau von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, persönlichkeitsstärkende Maßnahmen“ sowie die Veränderungsbereiche „Kognitionen“, Einstellungen zu sich und zur Umwelt, und „Arbeit mit Bezugspersonen“. Diese acht Veränderungsbereiche müssen betrachtet werden, und da sollten in der Regel auch Veränderungen stattfinden.

► **In Ihrem Buch „Entspannung im Alltag“ finden sich auch Elemente aus der**

Hypnotherapie wieder. Teilweise wird ja auch diskutiert, ob Hypnotherapie zur Behandlung des Stotterns mehr eingesetzt werden soll.

Hypnotherapie lenkt unseren Blick auf Bewusstseinsprozesse. Es ist bedeutsam, wie wir Dinge wahrnehmen. Davon hängt es ab, wie wir uns verhalten. Die inneren Bilder und die Verbindungen von Begriffen und Symbolen zu bestimmten Gefühlszuständen sind sehr wichtig. Sprache schafft Bilder. Wenn es gelingt, die Bilder, die sich mir aufdrängen und die oft negativ gefärbt sind, durch andere Bilder zu ersetzen, die mich in eine andere Richtung bringen können, dann schwindet das Problem, dann ist auch die Angst nicht mehr da, dann wandelt sich alles.

Hypnotherapie beschäftigt sich mit Methoden, wie wir unser Bewusstsein von uns und von der Umgebung verändern können. Wir haben oft die Überzeugung, etwas nicht zu können und schon taucht eine Szene in der Interaktion auf, wo wir uns anderen Menschen gegenüber sehen und versagen, wo Misserfolge da sind. Das ist innerlich präsent und beherrscht uns, Bilder von diesen vielen schwierigen, nicht gelösten Situationen. Stotternde sind voller solcher

Berufsanfänger haben das Gefühl, dass die Gruppe ein schwierigeres Wesen sei als die Einzelperson. Oft aber ist die Gruppe viel kreativer, Prozesse laufen schneller ab und die Rolle der TherapeutIn ist relativiert.

► **Es verwundert, dass das Poltern bisher noch so wenig betrachtet wurde, was sich aber in der letzten Zeit positiv verändert. Poltertherapie bedeutet für mich neben der Ebene der Metakommunikation vor allem eine übungsorientierte Therapie. Wie sehen Ihre Erfahrungen aus?**

Ja, diese Therapieform hat einen sehr starken übungsorientierten Aspekt. Wenn die Polterkomponente stärker ist, ist die Kontrollierbarkeit der motorischen Abläufe etwas ganz Zentrales, hierbei spielt das Training der Wahrnehmung eine große Rolle. Die Sensomotorik sollte sensibilisiert werden – nicht nur der Kanal Hören, auch der Kanal Spüren –, also auch die propriozeptive Wahrnehmung. Die Motivation des Betroffenen muss gestärkt werden, damit

Bilder, von Tausenden von Erfahrungen, die sie jahrelang gesammelt haben und die immer wieder auftauchen, die aber gar nicht Ausdruck der realen aktuellen Situation sind.

► **In Ihrem neuen Buch „Veränderungstraining im Alltag“ gehen Sie auf In-vivo-Arbeit als Methode im therapeutischen Setting ein. Was ist bezüglich dieser Methodik Ihr Anliegen an TherapeutInnen?**

Manche Leute meinen, dass sie erst nach intensiver therapeutischer Arbeit im Behandlungsraum die dort erworbenen Fähigkeiten in den Alltag transportieren sollten, so als ob die In-vivo-Arbeit an eine „normale“ Behandlung angehängt wird. Das ist ein Grundfehler, der sich bei der Anwendung dieser Methodik breit gemacht hat.

Was in den Behandlungsstunden gelernt wird, muss gleich angewandt werden. Man kann alle Arbeitsprozesse, die im Therapieraum stattfinden, zum Beispiel diagnostische Schritte zur Ermittlung von Ängsten, gleich auch in vivo durchführen. Die Selbstwahrnehmung ist bei KlientInnen oft gar nicht so gut ausgebildet, also ist es viel besser, Übungen dazu auch draußen vorzunehmen. Wir können zu jedem Therapiezeitpunkt das Sozial- und Kommunikationsverhalten unserer KlientInnen live trainieren, ebenso Entspannungsverfahren, damit müssen wir nicht bis zum Ende der Therapie warten.

Man setzt immer den jeweils aktuellen Stand von Fähigkeiten auch im Alltag ein und übt nicht nur im Behandlungsraum, sondern eben auch in unterschiedlichen und individuell bedeutsamen Kommunikationssituationen des Alltags. Nur so gelingt es, die Eigenarbeit anzukurbeln und die Selbststeuerungsfähigkeiten der KlientInnen auszubilden.

In-vivo-Arbeit ist eine spannende Methode, sie stellt eine Brücke zum Lebensalltag dar. Wer dieses Vorgehen scheut, scheut Veränderungen in den Bereichen, in denen sich Angst, Scham und Misserfolge wirklich festgesetzt haben. Wir können nicht hoffen, dass sich das alles irgendwie von selbst regelt. Pfingsten hat die Formulierung „train-and-hope“-Einstellung geprägt, die vielen TherapeutInnen zu eigen sei. Sie trainieren im Behandlungsraum und hoffen dann, dass das Training auch im Alltag von Erfolg gekennzeichnet sei. Bei dieser Fehl-erwartung können wir nicht stehen bleiben, wir müssen das, was trainiert wurde, in unterschiedlichen Kontexten erproben.

kenntnis, dass die direkte Frühbehandlung auch bei Vorschulkindern mit beginnendem Stottern angefangen werden muss. Elternarbeit und Bezugspersonenarbeit sind selbstverständlicher geworden, aber der Anspruch, dass die Arbeit mit Angehörigen unerlässlich ist, besteht eigentlich auch schon seit zwanzig Jahren.

Im Einzelfall kommt das immer wieder zu kurz, LogopädInnen haben oft große Angst, Elterngruppen zu leiten, da gibt es aber eine ganze Reihe an Büchern, in denen man Hinweise dazu findet. Und ich versuche durch Fortbildungen zur Gesprächsführung und Elternarbeit Unterstützung zu geben. Ich komme eher zu der Frage, was eigentlich noch fehlt und was man auf dem Feld der Stottertherapie noch verändern müsste.

► **Dann gehen wir doch dieser Frage nach, was sich aus Ihrer Sicht noch verändern sollte?**

Es gibt immer noch kein Konzept, in dem Stottern als ein leicht veränderbares kommunikatives Verhalten begriffen wird. Im Fernsehen sieht man beispielsweise, dass Wunderheiler damit beeindruckend können. Eigentlich demonstrieren sie sehr plastisch – wenn auch völlig undifferenziert und unlauter – : Stottern ist leicht veränderbar. In dem Sinne könnte man auch sagen, Stottern ist leicht „wiederkehrbar“. Unter bestimmten Bedingungen tritt es nicht auf, aber wenn diese Bedingungen nicht vorherrschen, tritt es wieder zu Tage. Hier kommen wir zum Thema „Rückfallprophylaxe“, was bedeutet, im Rahmen der Therapie Wissen und Methoden zu vermitteln, wie jemand nach Behandlungsende alleine mit Rückfällen erfolgreich umgehen kann. Hierzu bietet mein Büchlein „Stottern ins Rollen bringen“ Lesenswertes.

Es fehlen aber nicht nur Konzepte für die Rückfallprophylaxe. Auch die Verantwortung zur Einrichtung von Nachsorgeeinrichtungen hat in unserem Lande noch keine Institution übernommen. Alle Einrichtungen behandeln so lange, bis das Stottern in Gegenwart der Institution oder der TherapeutInnen nicht mehr bedeutsam auftritt, aber sie negieren noch immer, dass es leicht wiederkehren kann. Also müssten wir ein Angebot entwickeln, das Stotternde immer wieder nutzen können, wo es selbstverständlich wäre, ohne kompliziertes Aufnahmeverfahren Hilfe zu finden, drei Tage lang mal wieder etwas auszuprobieren, etwas aufzufrischen, aktuelle Lebenssituationen zu besprechen, Gefährdungen zu spüren

und Kassettenarbeit, aber manchmal ist es auch gut, nicht in Kontakt zu bleiben, um zu sehen, ob der Einzelne ganz alleine zurecht kommt.

Ein weiterer Punkt ist die angeleitete Selbsthilfe. Es gibt immer wieder Stotternde, die den Weg in eine Selbsthilfegruppe scheuen. Hier kann eine Übergangsgruppe, die auf begrenzte Zeit von einem Professionellen unterstützt wird, eingerichtet werden. Eine bessere Vernetzung von Praxen, die Stottertherapie anbieten, mit der Selbsthilfe ließe sich herstellen.

Insgesamt läuft vieles noch viel zu isoliert ab auf dem Terrain des Stotterns, und es existiert zu viel ausgrenzende Konkurrenz. Nicht nur die beiden Berufsgruppen LogopädInnen und SprachheilpädagogInnen sind noch nicht angemessen in Kooperation. Auch die StottertherapeutInnen mit ihren unterschiedlichen Methoden und den manchmal anzutreffenden Gewissheiten, dass ihre Methode die Beste sei, handeln noch nicht von einer gemeinsamen Plattform aus.

Auch die Vereinsamung der LehrlogopädInnen für Stottern ist ein Thema, das mich manchmal beschäftigt. Sie leisten in ihren Institutionen schwere und gute Arbeit, aber sind doch in dem, was sie tun,

**Sprache schafft Bilder.
Wenn es gelingt, die Bilder,
die sich mir aufdrängen und
die oft negativ gefärbt sind,
durch andere Bilder zu ersetzen,
die mich in eine andere
Richtung bringen können,
dann schwindet das Problem,
dann ist auch die
Angst nicht mehr da.**

untereinander nicht richtig im Austausch. Ihre Dreifachrolle ist schwierig unter einen Hut zu bekommen, sie müssen SupervisorInnen, LehrerInnen und TherapeutInnen sein und haben dabei viel zu wenig Unterstützung. Da müsste vom Arbeitgeber oder vom Berufsverband eine Balintgruppe für LehrlogopädInnen, die Stottertherapie unterrichten, eingerichtet werden. Es sollte selbstverständlich werden, dass LehrlogopädInnen hier ihren Anspruch nach fachlichem Austausch und Supervision einfordern.

► **Welchen konzeptionellen Anspruch hätten Sie an eine Zusatzausbildung zur StottertherapeutIn?**

Die Ausbildung zur StottertherapeutIn müs-

und Zukunftsschritte vorzuzeichnen.

Gesprächsführung sollte ein wichtiges Ausbildungsthema für Berufsgruppen werden, die nicht Psychologen sind und Stottertherapie durchführen. In der derzeitigen Ausbildung wird die Beziehungsarbeit zu kurz behandelt, man ist froh, wenn man ein paar der wichtigsten stotterspezifischen Methoden vermitteln kann. Die Studierenden brauchen aber ein Training nicht nur in den Methoden, sondern auch in der Gestaltung therapeutischer Beziehungen, in der Analyse dynamischer Prozesse und dem Umgang mit Problemen. Dieses Angebot findet man in den Fortbildungsprogrammen hier und da, aber es ist eben nur freiwillig und nicht fest etabliert.

► **Im Curriculum für LogopädInnen ist der Bereich „Gesprächsführung und Beratung“, nicht explizit vorgesehen und sollte aus meiner Sicht ergänzt werden. Es obliegt bisher der einzelnen Lehranstalt, ob sie es für erforderlich erachtet, den Studierenden diese Kompetenz zu vermitteln.**

Ja, genau! Ein weiterer Mangel bezieht sich auf den Bereich der Gruppentherapie. Es wird häufig Einzeltherapie angeboten, die jungen TherapeutInnen erhalten den Eindruck, dass es schwierig sei, eine Gruppe zu leiten. Berufsanfänger haben das Gefühl, dass die Gruppe ein schwierigeres Wesen sei als die Einzelperson. Oft aber ist die Gruppe viel kreativer, Prozesse laufen schneller ab und die Rolle der TherapeutIn ist relativiert. Es gibt in der Gruppe viele Prozesse, die in der Einzelarbeit gar nicht auftreten können. Ein Mitglied sieht, dass andere die gleichen Probleme haben, es erfährt Anteilnahme und Solidarität von anderen und kann von den Schritten des anderen lernen. Gruppentherapie gehört als selbstverständliches Angebot in die Stottertherapie. Mittlerweile gibt es dazu ein Buch im deutschen Sprachraum von Katz-Bernstein und anderen.

Über Intensiv-Intervalltherapien gibt es noch kein Buch. Ich habe vor über zehn Jahren begonnen, Intensiv-Intervalltherapien anzubieten. Anfangs habe ich diese Behandlungsform als besonders erfolgversprechend eingeschätzt. Heute denke ich, man muss genauer forschen, für welche Stotternden die Intensiv-Intervallmaßnahmen besser geeignet sind als die kontinuierlichen Gruppenmaßnahmen. Da gibt es noch eine ganze Menge zu klären, auch was zwischen den Intervallen während der therapiefreien Zeit geschehen sollte. Ich begleite in der Regel durch Arbeitsbögen, Briefe, E-Mails

er mit diesem übungsbezogenen Vorgehen auch zurecht kommt und riskiert, die dafür nötige Kraft und Disziplin aufzubringen. Ungefähr jeder Fünfte, der in meinen Sprechstunden vorgestellt wird, hat eine deutliche Polterkomponente. Viele werden in der Regel erst mal mit reinem Stottern angekündigt. Auch bei Polternden ist oft der Wunsch nach einer schnellen Lösung da, als wenn es einen Trick gäbe, das Poltern wegzubekommen. Sie haben häufig eine noch unrealistischere Haltung zum eigenen Symptom als Stotternde.

► **Wenn Sie Ihren eigenen Werdegang als Stottertherapeut betrachten, wie sehen Sie Ihre Entwicklung, welche Menschen haben Sie auf diesem Weg beeindruckt und warum?**

Eine Person, die mich sehr angeregt hat, war Frau Fernau-Horn. Sie hatte ihren Behandlungsraum in ihrem Haus in Ruppolding, Bayern, und hat damals einmal im Jahr einen dreiwöchigen Sommerkurs für eine handverlesene Gruppe langjährig Berufstätiger durchgeführt. Ich war in dieser Gruppe der einzige Student, hatte sie angerufen und gebeten mitmachen zu dürfen. Das war zu der Zeit, als ich in der Klinik mit Stottertherapie begonnen hatte. Ich habe es als große Auszeichnung erlebt, bei ihr auf der Couch sitzen und zuschauen zu dürfen, wie sie ihre Behandlungen mit den Kindern durchführte. Damals ist mir deutlich geworden: Wenn ich selbst ausbilde, muss ich es ganz praktisch machen. Sie hatte einen unkomplizierten Umgang mit den Kindern und ihren Eltern und einen offenen Austausch über das Stottern in Gegenwart der Patienten. Aus dieser Zeit habe ich wichtige Erfahrungen für mich mitgenommen. Später, als ich als Assistent an der Technischen Universität Berlin die Verhaltenstherapieabteilung im Rahmen der Psychologenausbildung aufgebaut habe, habe ich den Verhaltenstherapeuten Kanfer aus Amerika eingeladen und betreut. Kanfer ist ein sehr bekannter kognitiver Verhaltenstherapeut mit sehr richtungsweisenden Veröffentlichungen. Die Begegnung mit ihm, die Art seiner personbezogenen aber auch sehr systematischen Arbeit hat mich sicherlich mitgeprägt. Was mich auch sehr beeinflusst hat, waren meine Erfahrungen in der Selbsthilfe. Ich hatte gerade mein Studium abgeschlossen und die erste Stotterer-Selbsthilfegruppe in Berlin gegründet. Es war die Zeit, in der TherapeutInnen von den Stotternden eigentlich

nicht gemocht wurden, es existierten geradezu feindselige Haltungen. Das Selbstverständnis der Selbsthilfe bestand unter anderem darin, sich als eine eigenständige Gruppierung in Abgrenzung zu den TherapeutInnen zu begreifen, die unfähig sind, Stotternde angemessen zu behandeln. Ich musste lernen, konfliktfähig zu sein, um mit all diesen Gekränktheiten umgehen zu können, die Stotternde damals durch schlechte Therapien, die es in Deutschland gab, erfahren hatten. Die Selbsthilfe kannte die Non-Avoidance-Ansätze aus anderen Ländern, bevor sie in Therapie-

**In diesem Aufbruch,
der Selbstfindung und Abgrenzung
der Selbsthilfegruppe zu
TherapeutInnen, immer wieder
eine offene Haltung zu
jedem Einzelnen zu finden, und
das alles als Prozess anzunehmen,
das hat mich sehr geprägt.**

tenkreisen in Deutschland Einzug hielten. In diesem Aufbruch, der Selbstfindung und Abgrenzung der Selbsthilfegruppe zu TherapeutInnen, immer wieder eine offene Haltung zu jedem Einzelnen zu finden, und das alles als Prozess anzunehmen, das hat mich sehr geprägt.

Auch die Lebenswege, die sich da gezeigt haben, dass zum Beispiel schweres Stottern, das jahrelang nicht therapierbar schien, durch diese andere Form von gemeinsamer Arbeit sich relativ schnell verändern kann, hat meine Einstellung zur Stottertherapie nachhaltig geformt. Ich finde es immer wieder faszinierend, dass schwer Stotternde, die in der Selbsthilfe beginnen, Funktionen zu übernehmen, zum Beispiel als Gruppensprecher oder die zum Vertreter eines Landesverbandes gewählt werden, nach drei Jahren ihre Symptomatik ziemlich verflüssigen können – und das ohne Therapie! Mich hat meine eigene Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten (Rogers) sehr geformt: fünf Jahre habe ich alle Therapie-sitzungen aufgenommen und Supervision zu den Tonbändern erhalten. Die eigene Erfahrung als Teilnehmer in Supervisions- und Balintgruppen hat mich sehr geprägt. Ich bin seit fünfzehn Jahren in einer Balintgruppe, es ist für mich selbstverständlich geworden, dass ich an den beruflichen und persönlichen Infragestellungen, mit denen ich während des Berufsalltags konfrontiert

werde, selbst zuversichtlich arbeiten kann, dass ich Probleme, die es mit KlientInnen gibt, mit anderen TherapeutInnen besprechen kann, dass es möglich ist, durch Offenheit Klärungen zu finden.

Es ist gut, sich bezüglich seiner eigenen blinden Flecken der Kritik zu stellen. Nicht nur das Stottern ist veränderbar, auch feste Lebensgewohnheiten sind veränderbar, Probleme lassen sich überwinden. Da habe ich eine sehr positive Haltung zur Veränderbarkeit durch Therapie. Das kann TherapeutInnen und Betroffenen gleichermaßen Mut machen.

-
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (Hrsg.) (2003). Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt
- Mannhard, A. (2002). Gesprächsführung in der Logopädie am Beispiel der Stottertherapie. Forum Logopädie 4 (16), 22-26
- Mannhard, A. (2002). Stotterallye. Ein Therapie-spiel zur Behandlung des Stotterns bei Kindern und Jugendlichen. Gottmadingen: Schubi
- Mannhard, A. (2003). Erweiterung sozialer Kompetenzen durch Kommunikationstraining. L.O.G.O.S. interdisziplinär 1 (11), 14-22
- Mannhard, A. (2004). Polterallye. Ein Therapie-spiel zur Behandlung des Polterns bei Kindern und Jugendlichen. Gottmadingen: Schubi
- Sick, U. (2004). Poltern. Theoretische Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart: Thieme
- Wendlandt, W. (1992). Entspannung im Alltag. Ein Trainingsbuch. Weinheim: Beltz
- Wendlandt, W. (1999). Stottern ins Rollen bringen. Der Kiesel des Demosthenes. Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e.V.
- Wendlandt, W. (2002). Therapeutische Hausaufgaben. Stuttgart: Thieme.
- Wendlandt, W. (2003). Veränderungstraining im Alltag. Stuttgart: Thieme
- Yalom, I.D. (2002). Der Panama-Hut oder: Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Goldmann