

Der lösungsorientierte Ansatz in der Stottertherapie

Möglichkeiten und Grenzen



(Demosthenes-Institut der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V. 2001, S. 3)

MAS-Arbeit

«Systemisch-lösungsorientierte Kurzzeittherapie und -beratung»

an der Fachhochschule Nordwestschweiz

eingereicht bei Prof. Peter E. Friedrich

Luzern, 27. Okt. 2007

José Amrein

Abstract

Mit dieser Arbeit wird untersucht, inwieweit sich der lösungsorientierte Ansatz in der Stottertherapie bewährt. Möglichkeiten für die Umsetzung im therapeutischen Alltag kommen ebenso zur Sprache wie die Grenzen der Anwendung des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie. Lösungsorientierte Techniken (Gespräche und Interventionen) werden auf Ihren Nutzen untersucht, dies ohne dass die lösungsorientierte Haltung ausser Acht gelassen wird.

Die Beleuchtung des Phänomens «Stottern» aus verschiedenen Blickwinkeln wird ergänzt durch Forschungsergebnisse über die Wirksamkeit von Therapien.

Der Bezug zur Praxis wird immer wieder hergestellt. Die Arbeit schliesst mit vielen Anregungen für den beruflichen Alltag.

Anschrift des Verfassers:

José Amrein

Winkelriedstr. 30

6003 Luzern

E-Mail: info@praxis-amrein.ch

Inhaltsverzeichnis

- 1. Einleitung ... 4**
 - 1.1. Fragestellung ... 4
 - 1.2. Begriffsklärung ... 4
 - 1.3. Begründung der Auswahl dieser Arbeit... 5
 - 1.4. Vorgehen und Methodik ... 5

- 2. Die therapeutische Wirkung ... 5**
 - 2.1. Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie ...5

- 3. Stottertherapie ... 7**
 - 3.1. Das Stottern und seine Hintergründe ... 7
 - 3.2. Verschiedene Stottertherapie-Formen ... 8
 - 3.3. Ziele der Stottertherapie ... 9
 - 3.4. Ergebnisse von Stottertherapien ... 9

- 4. Lösungsorientiertes Denken und Handeln in der Stottertherapie ... 9**
 - 4.1. Wie lösungsorientiert sind Stottertherapien? ... 9
 - 4.2. Der lösungsorientierte Ansatz in der Stottertherapie ... 10
 - 4.3. Auswertung der Untersuchung ... 11
 - 4.4. Die Vorzüge des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie ... 12
 - 4.5. Kritische Punkte des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie ... 13

- 5. Schlussteil ... 14**
 - 5.1. Zusammenfassung ... 14
 - 5.2. Schlussfolgerungen ... 15
 - 5.3. Konsequenzen für die berufliche Praxis ... 15

- 6. Literaturverzeichnis ... 16**

1. Einleitung

1.1. Fragestellung

Mit dieser Arbeit soll geklärt werden, inwieweit sich der Einsatz des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie bewährt und welche Anwendungsmöglichkeiten es dabei gibt. Folgende Fragen stehen im Zentrum: Wann und wie ist der Einsatz des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie wirksam und welche Möglichkeiten stehen dabei zur Verfügung? Wäre es allenfalls sogar möglich und sinnvoll, Stottertherapien nur mit dem lösungsorientierten Ansatz anzugehen?

Ausserdem sollen die Grenzen des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie ausgeleuchtet werden. Gibt es Fälle und Situationen, in denen der lösungsorientierte Ansatz in der Stottertherapie wenig wirksam ist?

1.2. Begriffsklärung

Der lösungsorientierte Ansatz:

Der Begriff des lösungsorientierten Ansatzes soll bei dieser Arbeit so weit eingegrenzt werden, dass er sich an der Arbeits- und Sichtweise von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg orientiert: Mittels Fragen wird den Klient/innen dabei geholfen selber Lösungen für ihre Probleme zu finden. Im Zentrum stehen die Stärken und die Ziele der Klient/innen und die Ausnahmen von ihren Problemen. (vgl. De Jong/Berg 2003, S.44f).

Stottern:

Kollbrunner (2004, S. 5) listet gleich 47 verschiedene Kurzdefinitionen zum Begriff Stottern auf. Diese zeigen, wie unterschiedlich Stottern definiert wird und wie schnell Interpretationen und Erklärungsversuche in die Definition einfließen.

Als Erstes möchte ich eine möglichst neutrale Definition verwenden: «Die symptomatischen Unflüssigkeiten (Blockierungen, Dehnungen und Wiederholungen) sind typisch für Stottern. Bei symptomatischen Unflüssigkeiten reagieren Zuhörer irritiert und bewerten ihr Auftreten als auffällig, auch wenn sie von kurzer Dauer sind.» (Sandrieser/Schneider 2001, S. 10) Um dem Phänomen Stottern in vielschichtiger Weise gerecht zu werden, soll hier aber eine weitere Definition hinzugefügt werden: «Stottern ist eine Kommunikationsstörung. Sie zeigt sich fast ausschliesslich im Wechselgespräch mit andern Menschen.» (Wendlandt 1984, S. 12) Demnach lässt sich Stottern als auffällig eingestufte Sprechweise definieren, bei welcher es zu Blockierungen, Dehnungen und Wiederholungen von Lauten, Silben und Wörtern kommt und welche sich fast ausschliesslich im Kontakt mit andern Menschen zeigt.

1.3. Begründung der Auswahl dieser Arbeit

Seit sechs Jahren führe ich eine logopädische Praxis mit Schwerpunkt Stottertherapie. Im Mai 2006 habe ich an der Fachhochschule Nordwestschweiz das Nachdiplomstudium in «systemisch-lösungsorientierter Kurzzeittherapie- und beratung» abgeschlossen. Es ist daher nahe liegend, diese zwei Themen miteinander zu verbinden. In der praktischen Arbeit habe ich dies schon seit längerer Zeit getan. Ich möchte mich gerne auch wissenschaftlich damit befassen und meine praktischen Erfahrungen mit theoretischen Modellen und Ausführungen überprüfen.

Zudem gibt es - trotz einer Fülle von Material zu den Themen Stottern und lösungsorientierter Ansatz - kaum Literatur, welche diese beiden Themen miteinander verknüpft. Somit betrete ich Neuland, was sehr reizvoll und herausfordernd für diese Arbeit ist. Eine weitere Motivation diese Arbeit zu schreiben, besteht ausserdem darin, interessierten Menschen neue Impulse zum viel diskutierten Thema «Stottern» zu vermitteln.

1.4. Vorgehen und Methodik

Für diese Arbeit möchte ich sowohl Literatur zum lösungsorientierten Ansatz wie auch zur Stottertherapie verwenden. Mein Augenmerk gilt dabei insbesondere möglichen Verknüpfungen und Überschneidungen.

Als eine Möglichkeit therapeutische Wirksamkeit zu überprüfen, werde ich empirische Untersuchungen zu den Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie so wie Rückmeldungen erfolgreicher Therapeut/innen verwenden.

Die Verknüpfung mit meiner eigenen therapeutischen Tätigkeit möchte ich mit einer kleinen Untersuchung gewährleisten: Meine Klient/innen sollen verschiedene Therapie-Elemente der Stottertherapie bezüglich ihrer Wirksamkeit beurteilen. Auch werde ich die Rückmeldung der Klient/innen bei Therapieabschluss genauer in Bezug auf meine Fragestellung untersuchen. Ausserdem suche ich passende Beispiele aus meinem Therapiealltag um die Theorie zu untermauern, respektive zu relativieren.

2. Die therapeutische Wirkung

2.1. Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie

Um den Erfolg einer Therapie fundierter beurteilen zu können, sollen Untersuchungen zur therapeutischen Wirksamkeit herbeigezogen werden. Hubble/Duncan/Miller (2001, S. 26 f.) nennen vier Faktoren, die das Ergebnis einer Therapie massgeblich beeinflussen:

- Die aktive kreative Einbeziehung des Klient/innen (Anteil am Therapieergebnis: 40%)
- Beziehungsfaktoren (30%)

- Das Wecken von Hoffnung und positiver Erwartung (15%)
- Modell- oder Technikfaktoren (15%)

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt der Therapieforscher Klaus Grawe (1998). Ein wichtiger Faktor bildet für ihn die Ressourcenaktivierung. Betont wird dabei die individuelle und lebenssituationsspezifische Aktivierung der Ressourcen. Eine gute Möglichkeit, Ressourcen zu aktivieren, bietet für Grawe die Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in. Weitere wichtige Faktoren für die Wirksamkeit einer Therapie sind: Das Wecken von Hoffnung und positiver Erwartung, die Aktivierung von Prozessen, die Klärung der Absicht und der Befürchtungen sowie die Realisierung von Wünschen und Zielen. Problematische Verhaltensweisen können nach Grawe sehr effektiv geändert werden, wenn sie in der aktuellen Therapie-Situation angesprochen werden. Die Klärung von Absicht, Wünschen, Befürchtungen, Werten, Überzeugungen und Gefühlen bilden wichtige Voraussetzungen, damit Ziele erfolgreich erreicht werden (vgl. Grawe 1998, S. 87-102).

Hain (2001) hat zehn renommierte Psychotherapeut/innen nach den Wirkfaktoren ihrer Arbeitsweise befragt. Einheitlich nannten alle Interviewten als entscheidenden Punkt das Einfühlungsvermögen. Als weitere wichtige Faktoren für die therapeutische Wirksamkeit werden folgende Punkte erwähnt: Eine gute therapeutische Beziehung, Humor, Flexibilität und Authentizität. Von den meisten interviewten Personen wird postuliert, als Therapeut/in die Führung zu übernehmen und Weichen für die Klient/innen zu stellen (vgl. Hain 2001, S. 132-194).

Für Hargens (2005, S. 20) bilden das Wertschätzen und Würdigen der Klient/innen einen entscheidenden Faktor für die therapeutische Wirksamkeit. Betont wird, wie nützlich es ist, sich an der Kundigkeit der Klient/innen zu orientieren: «Kundigkeit, um dies hervorzuheben, bedeutet nicht, dass die Person einfach alles kann - es bedeutet, dass die Person das Potential, die Fähigkeit und das Vermögen besitzt, eigene Ziele zu definieren, zu präzisieren und zu erreichen». (Hargens 2005, S. 14)

Zusammenfassend können als wirksamste Faktoren für eine erfolgreiche Therapie festgehalten werden: Die aktive kreative Einbeziehung der Klient/innen (Ressourcenaktivierung, Klient/innen-Kundigkeit, Klärung der Absicht, der Ziele und Befürchtungen), positive Beziehungskomponenten (Einfühlungsvermögen, Wertschätzung, Humor), das Wecken von Hoffnung und Flexibilität, Authentizität und Führung von Seiten der Therapeut/innen.

Resultierend aus dieser Zusammenfassung lässt sich sagen, dass der lösungsorientierte Ansatz, welcher sich in grossem Mass mit Ressourcen und Zielen beschäftigt, gut geeignet sein könnte für die Anwendung in der Stottertherapie, denn dieser Ansatz unterstützt die zuvor aufgelisteten Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie. Kritiker mögen einwenden, dass sich die Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie auf Forschungen aus der

Psychotherapie konzentrieren und nicht relevant sind für die Stottertherapie. Dieser Kritik kann entgegnet werden, dass es sich beim Stottern nicht primär um ein sprachliches sondern – wie unter Punkt 1.2. begründet - um ein kommunikatives Problem handelt, bei dem Forschungen aus der Psychotherapie durchaus wichtige Inputs vermitteln können.

Da der therapeutischen Technik in den erwähnten Untersuchungen nie allzu grosse Bedeutung beigemessen wird, kann aber auch gefolgert werden, dass vermutlich verschiedene Therapieformen zum Erfolg in der Stottertherapie führen können und nicht allein der lösungsorientierte Ansatz.

Empfehlenswert könnte ein Einbezug der Wirkfaktoren in der Stottertherapie insbesondere bei mangelndem Erfolg sein, wie er in der Stottertherapie öfters beschrieben wird (vgl. Fiedler 1988, S. 54).

3. Stottertherapie

3.1. Das Stottern und seine Hintergründe

Da Stottern nur im Kontakt mit andern Menschen auftritt, sind die zwischenmenschlichen Aspekte nicht zu unterschätzen. Wer mit Stotternden arbeitet, trifft ausserdem schnell auf den paradoxen Charakter dieses Sprechproblems. Ein Betroffener beschreibt dies so: «... „Stottern“ ist das, was man tut, wenn man versucht, nicht wieder zu „stottern.“» (Johnson 2004, S. 15) Viele Stotternde befinden sich folglich in einem Teufelskreis, aus dem sie sich oft für Jahre oder Jahrzehnte nicht befreien können.

Erwähnt werden soll auch, dass bei kleineren Kindern lockere Silben- und Wortwiederholungen zur normalen Sprachentwicklung gehören und möglicherweise erst die übermässige Reaktion darauf zum eigentlichen Stottern führen. Ausserdem wird vermutet, dass allgemeine Sprachdefizite das Stottern auslösen oder verstärken können (vgl. Sandrieser/Schneider 2001, S. 32-39). Aus all diesen Gründen ist verständlich, dass bis zum heutigen Zeitpunkt niemand genau weiss, ob nun Logopäd/innen oder Psychotherapeut/innen Stottertherapien durchführen sollen. Eine mögliche Lösung wäre nach meiner Meinung eine Zusammenarbeit von Logopäd/innen und Psychotherapeut/innen oder Weiterbildungen im jeweils anderen Berufsfeld.

Stottern wurde in den letzten Jahren intensiv erforscht, wobei sich die Ergebnisse oft widersprechen. Neben den Forschungsergebnissen widersprechen sich auch viele Erklärungsmodelle. Mehr noch: Viele Forscher/innen und Stotterexpert/innen kritisieren und bekämpfen sich aufs Schärfste. Sprachliche, genetische und hirnfunktionelle Ursachenerklärungen konkurrieren mit psychosozialen (vgl. Kollbrunner 2005, S. 18-28).

3.2. Verschiedene Stottertherapie-Formen

Entsprechend den verschiedenen Erklärungsmodellen erstaunt es wenig, wenn sich auch die Stottertherapie-Formen sehr unterschiedlich präsentieren und nicht selten ein Kleinkrieg zwischen den verschiedenen Vertreter/innen stattfindet. Zur Verdeutlichung sollen die verschiedenen Sichtweisen in einer Abbildung festhalten werden.

In der zweiten Spalte habe ich mich für den Begriff «Symptom» entschieden, weil er neutraler ist als «Problem». Bewusst verwende ich in der vierten Spalte nicht Begriffe wie «Psyche», «psychosozial» oder «psychisches Problem», da diese für viele Menschen negativ besetzt sind und viele Stotternde abschrecken. Der Begriff «Mensch» erscheint mir viel hilfreicher und er passt ausserdem sehr gut zum lösungsorientierten Ansatz und Gedankengut, bei welchem der Mensch im Vordergrund steht und nicht dessen Probleme. In der zweiten Kolonne werden Therapie-Elemente aufgelistet, wie ich sie zurzeit in der Therapie verwende.

| Fokus auf | SYMPTOM SPRECHEN ATEM VERERBUNG HIRNFUNKTION SRECHMOTORIK | Kombination von SYMPTOM & MENSCH | MENSCH DENKEN GEFÜHLE VERHALTEN KOMMUNIKATION BEZIEHUNG SYSTEM RESSOURCEN ZIELE |
|-------------------|---|---|--|
| Therapie-Elemente | Mündliche Ausdrucksfähigkeit trainieren Sprechtechniken anwenden (langsame Sprechweise, weicher Stimmeinsatz, klangvolle Stimme) Sprechen beobachten und verändern Atemübungen, Spielformen zu Atemtechniken | Infos und Inputs zum Thema Stottern In-vivo-Arbeit (Aufgaben auf der Strasse, mit dem Telefon etc.) Geschichten erzählen/erfinden Lockerer Pseudo-Stottern Interventionen nach «de Shazer/Berg» Videoaufnahmen/ Videoclips | Gespräche nach «de Shazer/Berg» Gespräche nach «Farrelly» (vgl. Farrelly 1986) Handpuppen Theater- und Rollenspiele Gespräche mit Bezugspersonen nach «de Shazer/Berg» Phantasiereisen, Imaginationsübungen |

Abbildung 1, © José Amrein, www.praxis-amrein.ch

Anzufügen gilt, dass inzwischen weit über 50 anerkannte Stotter-Therapieformen existieren, wobei das ganze Spektrum der oben erwähnten Spalten ausgeschöpft wird (vgl. Wendlandt 1984, S. 195). Einzelne Stottertherapie-Formen beschränken sich auf ein einziges Therapie-Element, was von der Therapieforschung eher negativ bewertet wird (vgl. Grawe 1998, S. 703). Kritisch zu betrachten ist auch eine allzu starke Fixierung auf die Spalte «Symptom». Dazu äussert sich ein Direktbetroffener: «Deshalb sind in meinen Augen auch die meisten Stottertherapien so erfolglos. Dies gilt insbesondere für Therapien,

die primär auf Sprechtechniken aufbauen. Sie behandeln Stottern als das eigentliche Problem. Der Aspekt, dass das Stottern Ausdruck von Problemen ist, fällt meist unter den Tisch.» (Göbber 1989, S. 180)

Stotternde sind mit der Therapieauswahl begreiflicherweise oft überfordert. In meiner Praxis habe ich sehr gute Erfahrungen gesammelt, wenn ich die Abbildung 1 gleich beim Erstgespräch erkläre und die Klient/innen nach ihrer Meinung und ihren Wünschen frage.

3.3. Ziele der Stottertherapie

Entsprechend der Abbildung 1 haben die verschiedenen Stotter-Therapieformen auch unterschiedliche Ziele. Einige Therapeut/innen propagieren als einziges Ziel eine symptomfreie oder möglichst flüssige Sprechweise. Andere streben zudem eine sinnvolle Einstellung zum Problemkreis Stottern an (vgl. Weikert 1996, S. 26f). Weitere Ziele von Stottertherapien siedeln sich im persönlichen und zwischenmenschlichen Bereich an, beispielsweise werden die Verbesserung des Selbstvertrauens oder ein sinnvoller Umgang mit Aggressionen angestrebt. Nach meiner Meinung ist es sinnvoll, all diese Ziele zur Sprache zu bringen und die Klient/innen nach ihren Wünschen zu fragen.

3.4. Ergebnisse von Stottertherapien

Heilsversprechungen und Erfolgsmeldungen kommen im Bereich von Stottertherapien nicht selten vor, sind aber mit äußerster Vorsicht zu betrachten (op cit.; S. 27f). Bei einer Auswertung diverser Befragungen unter Stotternden wird sogar davon gesprochen, dass es bei mindestens einem Drittel der Stottertherapien entweder einen Therapieabbruch, keinen Fortschritt oder gar eine Verschlimmerung gibt (vgl. Fiedler 1988, S. 54). Positiver tönt die Aussage, dass auch bei Jugendlichen und Erwachsenen in ungefähr 50 % der Fälle ein fast normales Sprechen erreicht wird (vgl. Bindel 1987, S. 122). Mir scheint wichtig, Stotternde darauf aufmerksam zu machen, dass es für eine Heilung zwar keine Garantie gibt, dass Heilung aber immer möglich ist, denn das Sprechen alleine vor dem Spiegel funktioniert ja bestens.

4. Lösungsorientiertes Denken und Handeln in der Stottertherapie

4.1. Wie lösungsorientiert sind Stottertherapien?

Bei der Lektüre von Stotterliteratur trifft man kaum einmal auf den Begriff des lösungsorientierten Ansatzes. Bei genauerer Überprüfung kommen jedoch viele lösungsorientierte Elemente in Stottertherapien zum Tragen, dies ohne dass der Begriff des lösungsorientierten Ansatzes explizit verwendet wird. Beispielsweise wird oft darauf

hingewiesen, wie wertvoll Ermutigung, Lob und Verstärkung sind (vgl. Wendlandt 2003, S. 52-55). Interessante Erklärungen liefern ehemalige Stotternde, wenn sie erzählen, was für sie von Seiten der Therapeut/innen besonders hilfreich war: «Das wertvollste Geschenk war allerdings die Tatsache, dass sie sich um mich kümmerten. Sie kümmerten sich um mich! Sie gaben mir das Gefühl, dass ich als Mensch etwas wert war, obwohl ich stotterte.» (Dell 1999, S. 17) In diesem Zitat wird die lösungsorientierte, menschenfreundliche Grundhaltung angesprochen, welche die Stärken und das Positive betont und ohne welche der gesamte Katalog von lösungsorientierten Fragen bald zur öden Technik verkümmert und vermutlich wenig Wirksames entfalten lässt. Die Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie bestätigen dies auf eindrückliche Art.

In Stotterbüchern wird zwar oft von Stärken gesprochen (vgl. de Geus 2000, S. 16f), häufig wird dem Problem Stottern jedoch sehr viel Raum gegeben. Hier liefern lösungsorientierte Grundannahmen (vgl. Walter/Peller 2004, S. 27-69) wertvolle Impulse, so dass die Therapie optimistischer und positiver angegangen werden könnte.

Kritisch zu hinterfragen sind Stottertherapien, die allen Betroffenen das gleiche Therapie- und Lösungsmodell überstülpen wollen. Insbesondere ehemals Stotternde neigen dazu, ihre eigene Lösung als hoch komplexes Trainings-Programm der gesamten Stotterwelt als Wundermittel par excellence und alleingültige Wahrheit zu verkaufen, mussten aber oft frustriert einsehen, dass auch noch andere Wege nach Rom geführt hätten (vgl. Richter 1989, S. 111-126). Hier könnte das lösungsorientierte Gedankengut, welches besagt, dass sich jeder Mensch seine Wirklichkeit (und damit auch seine Probleme respektive auch seine Lösungen) selber konstruiert, eine wertvolle Anregung zum Weg aus der Sackgasse darstellen (vgl. de Shazer 2004, S. 63-72).

Ein weiterer kritischer Punkt in Stottertherapien sind die vielen Ratschläge. Ein Direktbetroffener: «Da so viele Ratschläge so freigiebig erteilt werden und da keiner von ihnen irgend etwas Positives zu bewirken scheint, hat man eigentlich nicht das Gefühl, dass man sehr viel an seinem Stottern tun kann.» (Agnello 2004, S. 40) Auch hier könnte der lösungsorientierte Ansatz hilfreiche Alternativen bieten, beispielsweise indem man dem andern mit der lösungsorientierten Einstellung des Nicht-Wissens begegnet und akzeptiert, dass man die Lösung für den andern nicht kennt (vgl. Steiner/Berg 2005, S. 33f).

4.2. Der lösungsorientierte Ansatz in der Stottertherapie

Zwar lässt sich trotz der grossen Auswahl von lösungsorientierten Therapiebüchern kein einziges lösungsorientiertes Gespräch zum Problemfeld Stottern finden, dennoch führt ein Blick auf die Wirkfaktoren einer erfolgreichen Therapie zum Schluss, dass sich lösungsorientierte Gespräche bestens für die Stottertherapie eignen. Untermuert wird dies mit folgendem Bekenntnis: «Wir haben auch festgestellt, dass wir genauso gut mit

unterschiedlichen KlientInnen und einer grossen Vielfalt von Problemen arbeiten können.» (De Jong/Berg 2003, S. 45) Dieses Bekenntnis findet die konkrete Bestätigung in verschiedenen Berichten sehr komplexer Fallgeschichten, welche einige Ähnlichkeiten mit jenen von Stotternden aufweisen, beispielsweise im Fall des neunjährigen Jules, der an Depressionen litt und innerhalb von einem halben Jahr grosse Fortschritte erzielte (vgl. Steiner/Berg 2005, S. 256-260).

Oft beschriebene Phänomene in der Stottertherapie sind Rückfälle, Widerstand und fehlende Motivation der Stotternden (vgl. Wendlandt 1994, S. 51-66). Hier bietet der lösungsorientierte Ansatz interessante Möglichkeiten. Fragt man beispielsweise die Klient/innen nach ihren Zielen und Wünschen, verschwindet Widerstand oft von ganz allein und die Motivation steigt. Auch bei Rückfällen können eine lösungsorientierte Haltung («Alles was Sie erreicht haben, können Sie wieder erreichen!») oder lösungsorientiertes Fragen, wie beispielsweise frühere Erfolge erreicht wurden, oft Wunder bewirken.

4.3. Auswertung der Untersuchung

Um mir ein besseres Bild von der Wirksamkeit der eingesetzten Therapie-Elemente machen zu können, bat ich die Stotternden, welche bei mir in Behandlung sind, die Therapie-Elemente nach ihrer Wirksamkeit von 1-10 zu beurteilen, wobei 10 eine sehr hohe und 1 eine sehr tiefe Wirksamkeit bedeutet. 26 Personen machten bei der Untersuchung mit (10 davon haben die Therapie bereits abgeschlossen, 16 sind zurzeit noch in Behandlung). Die Durchschnittswerte sind rot eingetragen.

| Fokus auf | SYMPTOM SPRECHEN ATEM VERERBUNG HIRNFUNKTION SRECHMOTORIK | Kombination von SYMPTOM & MENSCH | MENSCH DENKEN GEFÜHLE VERHALTEN KOMMUNIKATION BEZIEHUNG SYSTEM RESSOURCEN ZIELE |
|-------------------|---|--|--|
| Therapie-Elemente | Mündliche Ausdrucksfähigkeit trainieren 5 Sprechtechniken anwenden (langsame Sprechweise, weicher Stimmeinsatz, klangvolle Stimme) 5 Sprechen beobachten und verändern 5 Atemübungen, Spielformen zu Atemtechniken 4 | Infos und Inputs zum Thema Stottern 5 In-vivo-Arbeit (Aufgaben auf der Strasse, mit dem Telefon etc.) 5 Gesch. erzählen/erfinden 5 Lockerer Pseudo-Stottern 5 Interventionen nach «de Shazer/Berg» 7 Videoaufnahmen/ Videoclips 4 | Gespräche nach «de Shazer/Berg» 8 Gespräche nach «Farrelly» (vgl. Farrelly 1986) 8 Handpuppen 4 Theater- und Rollenspiele 5 Gespräche mit Bezugspersonen nach «de Shazer/Berg» 6 Phantasiereisen, Imaginationsübungen 5 |

Abbildung 2, © José Amrein, www.praxis-amrein.ch

Lösungsorientierte Gespräche nach «de Shazer/Berg» erreichen mit Wert 8 einen überdurchschnittlich hohen Wert. Auch die Gespräche mit Bezugspersonen nach «de Shazer/Berg» werden höher bewertet, als die Mehrheit der anderen Punkte. Damit lässt sich sagen, dass lösungsorientierte Gespräche in der Stottertherapie sehr wirksam sind.

Interventionen nach «de Shazer/Berg» (Klient/innen erhalten individuell angepasste, freiwillige Aufgaben und Ideen für den Alltag) werden mit Wert 7 erstaunlich hoch bewertet. Meine eigenen Beobachtungen bestätigen dies. Früher erteilte ich in der Stottertherapie verbindliche Hausaufgaben, musste aber oft feststellen, dass der Nutzen sehr klein war und nicht selten Widerstand hervorrief. Mit den Interventionen nach «de Shazer/Berg» steht nun glücklicherweise eine viel hilfreichere Variante zur Verfügung.

Anzufügen bleibt, dass die Werte manchmal grosse individuelle Unterschiede aufweisen. So wurden lösungsorientierte Gespräche von einer Person mit Wert 2 beurteilt. Dies ist für mich als Therapeut sehr wertvoll und unterstützt die Erkenntnis, dass kein Ansatz für alle Menschen wirkungsvoll ist.

4.4. Die Vorzüge des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie

Die Vorteile des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie wurden in dieser Arbeit bereits mehrfach erwähnt. Anzufügen bleiben Erfahrungen aus meiner eigenen therapeutischen Tätigkeit. Besonders gut bewährt hat sich der lösungsorientierte Ansatz bei drohenden Therapieabbrüchen. Früher hätte ich in solchen Situationen vermutlich mein Konzept verteidigt oder mit Vorwürfen und Kritik an die Adresse der Klient/innen reagiert. Mit lösungsorientierten Fragen nach Wünschen, Verbesserungsideen und Zielen steht mir nun ein sehr wirkungsvolles Werkzeug zur Verfügung.

Nicht zu unterschätzen im Berufsalltag ist die lösungsorientierte Grundhaltung. Sie hilft sehr, die nicht immer einfachen Probleme der Stotternden optimistisch und konstruktiv anzugehen und gelassen und heiter zu bleiben.

In besonders guter Erinnerung ist mir ein lösungsorientiertes Gespräch mit einem 23-jährigen stotternden Klienten. Ausgehend von Ausnahmen erzählte er, dass er im Zusammensein mit seiner Freundin überhaupt nie stottere. Mittels meiner Fragen kam der Klient dann zur Lösung, dass er zu anderen Personen ein ähnlich gutes und vertrauenswürdiges Verhältnis aufbauen könnte. Dies führte zu einem mehrstündigen Gespräch mit seinem Vater. Nach der Umsetzung seiner Lösungsideen ist das ehemals starke Stottern kaum mehr zu beobachten.

Da bei vielen Stotternden eine Tendenz zum Ausweichen und Vermeiden von schwierigen Situationen zu beobachten ist, bieten sich in der Stottertherapie die Skalierungsfragen in besonderer Weise an. Ein einzelnes Gespräch mit einem 14-jährigen Stotternden und

seiner Mutter bei dem wir die Selbstverantwortung von 1-10 skalierten und uns ausmalten, wie das Leben wohl bei höheren Werten aussehen würde, führte zu erstaunlichen Verbesserungen.

In den Rückmeldungen, welche jeweils alle Beteiligten bei Therapieende ausfüllen, wird der lösungsorientierte Ansatz meist sehr positiv bewertet. So schreibt ein 36-jähriger Stotternder: «Besonders wertvoll war das praktische Ausprobieren der möglichen Lösungen und Verbesserungsmöglichkeiten.» Eine Mutter macht auf die Einmaligkeit des Menschen aufmerksam: «Es ist einfach sehr wichtig, dass eine solche Therapie sehr individuell verlaufen darf und nicht stur nach Büchlein.» Viel häufiger als der lösungsorientierte Ansatz wird die Haltung und Beziehung angesprochen. Ein 23-Jähriger Stotternder: «Die Atmosphäre war stets sehr gut, beinahe kameradschaftlich und doch seriös.» Und der Vater eines 21-jährigen Stotternden schreibt: «Mein Sohn verliess das Haus immer mit Freude, wenn er bei Ihnen einen Termin hatte. Er ging ja auch nicht in eine Sprechstunde sondern traf sich mit einem Kollegen zu einem guten Gespräch. Das ist wohl das Geheimnis Ihres Erfolges.»

4.5. Kritische Punkte des lösungsorientierten Ansatzes in der Stottertherapie

Der lösungsorientierte Ansatz in der Stottertherapie wird kritisiert, weil er den Wert des schnellen Erfolgs oder des kurzfristigen Glücks überbetone (vgl. Kollbrunner (2004, S. 264). Weitere Argumente oder Gegenbeweise werden nicht angefügt, was nach meiner Meinung schlecht begründet ist und nicht als berechtigte Kritik angesehen werden kann.

Indes wird berechtigterweise vor der Gefahr der Tabuisierung gewarnt, wenn das Problem manchmal zu wenig thematisiert wird (vgl. Sandrieser/Schneider 2001, S. 100). Eine weitere Gefahr des lösungsorientierten Ansatzes kann darin bestehen, die verschiedenen Ursachenkonzepte von Eltern, Therapeut/in und Klient/in überhaupt nie zu besprechen. Werden Ursachenkonzepte nie offen gelegt und bearbeitet, bestehen oft ganz unterschiedliche Meinungen über die Therapiemassnahmen. Dies kann den Therapieerfolg und die therapeutische Beziehung langfristig gefährden (vgl. Johannsen/Schulze 1988, S. 96). Aus den Erfahrungen meiner eigenen therapeutischen Tätigkeit unterstütze ich dieses Argument. Ursachen- und Erklärungsmodelle der Stotternden und ihrer Bezugspersonen setzen oft viel Konstruktives in Gang und lassen auch Tabuthemas wie «Schuldgefühle» und «Kommunikation in der Familie» nicht links liegen.

Eine weitere Kritik am lösungsorientierten Ansatz besagt, dass die eigene lösungsorientierte Behandlungstheorie manchmal allzu sehr gewichtet wird, beispielsweise Lösungen und Stärken allzu sehr in den Vordergrund rücken und die tiefsten Wünsche der Klient/innen unberücksichtigt bleiben, zum Beispiel das schlichte Benennen von Leid und Schmerz (vgl. Duncan/Hubble/Miller 1998, S. 204).

Bei meiner eigenen therapeutischen Tätigkeit erlebte ich natürlich auch verschiedene lösungsorientierte Gespräche die wenig oder keine Wirkung zeigten. Indes möchte ich betonen, dass es durch den Einsatz des lösungsorientierten Ansatzes noch nie zu einer Verschlimmerung kam. Rückmeldungen bei Therapieabschluss bewerten den lösungsorientierten Ansatz nur ganz selten negativ. So schreibt ein 21-jähriger stotternder Klient: «Es war am Anfang sehr theoretisch.» Ein 16-jähriger Stotternder meinte: «Lösungsorientierte Therapie ist langweilig.» Tatsächlich gibt es immer wieder Klienten, die wenig motiviert sind die nicht immer einfachen lösungsorientierten Fragen zu beantworten. Glücklicherweise kenne ich mit dem provokativ-humervollen Ansatz nach Farrelly (1986) eine Haltung und Methode, welche den Spass und die Spiellust nicht zu kurz kommen lässt. Bei meiner Untersuchung (siehe Punkt 4.3.) hat der Ansatz nach Farrelly mit dem Wert 8 denn auch eine sehr hohe Punktzahl erreicht. Untermauert wird dies bei der Rückmeldung eines 22-jährigen Klienten: «Ein wichtiger Aspekt war für mich, dass während der Therapie oft gelacht wurde. Die Atmosphäre wurde dadurch lockerer und der Lerneffekt für mich grösser.»

5. Schlussteil

5.1. Zusammenfassung

- Da der lösungsorientierte Ansatz in besonderem Mass die Ressourcen und Hoffnung von Stotternden aktiviert, kann er als ein sehr wirksames Instrument in der Stottertherapie bezeichnet werden.
- Wichtiger als Gesprächs- und Fragentechniken sind die lösungsorientierte, menschenfreundliche Grundhaltung (Optimismus, Wertschätzung, Haltung des Nicht-Wissens).
- Wichtiger als die Art des Ansatzes sind Beziehungsfaktoren (Authentizität, Einfühlungsvermögen, Humor, Flexibilität, Kameradschaftlichkeit).
- Stottertherapie-Formen, welche sich auf ein einziges Therapie-Element konzentrieren und das Symptom allzu sehr betonen, sind wegen ihrer Einseitigkeit kritisch zu betrachten.
- Die lösungsorientierte Behandlungstheorie kann zur Gefahr werden, wenn sie allzu sehr in den Vordergrund tritt und Wünsche des Klienten nicht berücksichtigt oder Tabuthemen nicht angepackt werden.
- Das Besprechen von Ursachen- und Erklärungsmodellen der Stotternden und ihrer Bezugspersonen setzen oft viel Konstruktives in Gang und können ergänzend zum lösungsorientierten Ansatz verwendet werden.
- Humor und Spass vergrössern in der Stottertherapie den Lerneffekt.

5.2. Schlussfolgerungen

- Lösungsorientierte Gespräche mit den Stotternden wie auch mit deren Bezugspersonen bewähren sich in der Stottertherapie sehr.
- Es ist ratsam neben der lösungsorientierten Sicht- und Arbeitsweise weitere Ansätze und Therapie-Elemente in der Stottertherapie zu verwenden.
- Statt des Symptoms, ist es sinnvoll, den Menschen ins Zentrum einer Stottertherapie zu rücken.
- Vor lauter Behandlungstheorie sollen die Wünsche der Klient/innen und der gesunde Menschenverstand nicht vergessen werden.
- Um Therapieabbrüche und Widerstand zu verhindern, empfiehlt sich die Klärung von Zielen, Wünschen und Befürchtungen.
- Da beim Stottern sprachliche, kommunikative und psychosoziale Komponenten aufeinander treffen, ist eine Zusammenarbeit von Logopäd/innen, Psychotherapeut/innen und anderen Therapeut/innen von grosser Wichtigkeit.
- Es empfiehlt sich in der Stottertherapie sowohl sprachliche Ziele zu fokussieren als auch Ziele, welche den Menschen als Ganzes betreffen und auch dessen Umgang mit seinem Stottern.
- Spiellust, Humor und Spass kommen mit dem provokativ-humorvollen Ansatz nach Farrelly besonders gut zur Geltung und bewähren sich sehr. Der paradoxe Charakter des Stotterns kann damit oft wunderbar aufgelöst werden.

5.3. Konsequenzen für die berufliche Praxis

- Es empfiehlt sich sehr, bereits beim Erstgespräch die Wünsche, Ziele und Befürchtungen zu klären.
- Um beim immensen Therapieangebot und all den unterschiedlichen Erklärungsmodellen mehr Klarheit zu gewinnen, empfiehlt es sich, einen Überblick zur Stottertherapie zu präsentieren, beispielsweise mit Abbildung 1.
- Lob, Verstärkung und Komplimente können in der Stottertherapie oft Wunder bewirken.
- Ratschläge sind in der Stottertherapie selten hilfreich. Auch obligatorische Hausaufgaben sind kritisch zu beurteilen. Besser ist es, den Stotternden freiwillige, individuell angepasste Ideen und Aufgaben mitzugeben.
- Es ist in jeder Therapie sinnvoll, die Einmaligkeit jedes Menschen, seine individuellen Ressourcen und Ideen in Erinnerung zu rufen.
- Bei Widerstand, fehlender Motivation, Rückfällen und Therapieerfolglosigkeit bietet der lösungsorientierte Ansatz viele Inputs zur positiven Veränderung. Besonders wirkungsvoll sind Fragen nach Wünschen, Zielen und Ausnahmen.

6. Literaturverzeichnis

Agnello, Joseph G.: Die Veränderung: Möglichkeiten werden Wirklichkeit. In: Hood, Stephen B. (Hrsg.): An einen Stotterer. 7. Aufl., Köln 2004.

Bindel, Rolf: Stottern als dialogische Fehlentwicklung. Göttingen 1987.

Dell, Carl: Therapie für das stotternde Schulkind. 2. Aufl., Köln 1999.

Demosthenes-Institut der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.: Benni. B-b-besser geht`s nicht. Köln 2001.

de Geus, Eelco: Manchmal stotter ich eben. Ein Buch für stotternde Kinder von 7 bis 12 Jahren. Köln 2000.

De Jong, Peter/Berg, Insoo K.: Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. 5. Aufl., Dortmund 2003.

de Shazer, Steve: Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen lösen. 4. Aufl., Heidelberg 2004.

Duncan, Barry L./Hubble, Mark A./Miller, Scott D.: Aussichtslose Fälle. Die wirksame Behandlung von Psychotherapie-Veteranen. Stuttgart 1998.

Farrelly, Frank/Brandsma, Jeffrey M.: Provokative Therapie. Heidelberg 1986.

Fiedler, Peter: Sprechstunde oder Psychotherapie? Wege und Umwege in der erfolgreichen Behandlung erwachsener Stotternder. In: Hinteregger, Friedrich/Meixner, Friederike (Hrsg.): Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten. Wien 1988.

Göbber, Herbert: Sei dein eigener Therapeut. In: Hennen, Erhard (Hrsg.): Entmachtung des Stotterns. Solingen 1989.

Grawe, Klaus: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen 1994.

Hain, Peter: Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Heidelberg 2001.

Hargens, Jürgens: «... und mit hat geholfen...». Psychotherapeutische Arbeit – was wirkt? Perspektiven und Geschichten der Beteiligten. Dortmund 2005.

Hubble, Mark A./Duncan, Barry L./Miller, Scott D.: So wirkt Psychotherapie. Empirische und praktische Forderungen. Dortmund 2001.

Johannsen, Helge S./Schulze Hartmut: Stottern bei Kindern aus Sicht von Eltern. Konzepte und Theorien von Eltern über die Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns bei Kindern. In: Hinteregger, Friedrich/Meixner, Friederike (Hrsg.): Stottern aus der Sicht der Betroffenen und der Therapeuten. Wien 1988.

Johnson, Wendell: Wünschenswerte Ziele und Wege für einen erwachsenen Stotterer. In: Hood, Stephen B. (Hrsg.): An einen Stotterer. 7. Aufl., Köln 2004.

Kollbrunner, Jürg: Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. Stuttgart 2005.

Kollbrunner, Jürg: Psychodynamik des Stotterns. Psychosoziale Ursachen, Stottertheorien, tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Zukunftsperspektiven der Sprachtherapieausbildung. Stuttgart 2004.

Richter, Erwin: Die Stationen meiner Selbstheilung. In: Hennen, Erhard (Hrsg.): Entmachtung des Stotterns. Solingen 1989.

Sandrieser, Patricia/Schneider, Peter: Stottern im Kindesalter. Stuttgart 2001.

Steiner, Therese/Berg Inso K.: Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Heidelberg 2005.

Walter, John L./Peller Jane E.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch. 4. Aufl., Dortmund 2004.

Weikert, Kerstin: Was wird in einer Therapie gemacht? In: Demosthenes Institut: Wenn das Sprechen klemmt. Ein Ratgeber für Jugendliche. Köln 1994.

Wendlandt, Wolfgang: Veränderungstraining im Alltag. Eine Anleitung zur In-vivo-Arbeit in der Therapie, Beratung und Selbsthilfe. Stuttgart 2003.

Wendlandt, Wolfgang: Stottern ins Rollen bringen. Die Kiesel des Demosthenes. Köln 1994.

Wendlandt, Wolfgang: Zum Beispiel Stottern. Stolperdrähte, Sackgassen und Lichtblicke im Therapiealltag. München 1984.