

Reich, Günter

Stotternde Kinder und ihre Familien

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 1, S. 16-22

urn:nbn:de:bsz-psydok-31959

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

<i>Gerlicher, K.</i> : Situation und Entwicklungstendenzen in der institutionellen Erziehungsberatung – Fakten und Anmerkungen (Actual Situation and Trends in Institutional Child Guidance)	198
<i>Heekerens, H.-P.</i> : Familientherapie, Wartezeit und Krisenintervention in der Erziehungsberatungsstelle (Family Therapy, Waiting-list, and Crisis Intervention in Child Guidance)	126
<i>Hemling, H.</i> : Öffentlichkeitsarbeit an Erziehungs- und Familienberatungsstellen – eine bundesweite Umfrage (Public Relations Work at Child Guidance and Family Counseling Centres – a Nationwide Survey)	215
<i>Höger, C.</i> : Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems (The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance)	204
<i>Presting, G.</i> : Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Zur gegenwärtigen Versorgungslage (Child Guidance and Family Counseling Centres in the Federal Republic of Germany: the Current Situation)	210
<i>Sundström, G.A., Rössler, W., Schmidt, M.H., an der Heiden, W., Jung, E.</i> : Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse (Attendance of Child Guidance Centres and of Outpatient Child and Youth Psychiatric Services: First Empirical Results)	220

Familienrecht

<i>Suess, G., Schwabe-Höllein, M., Scheuerer, H.</i> : Das Kindeswohl bei Sorgerechtsentscheidungen – Kriterien aus entwicklungspsychologischer Sicht (Determination of the Best Interest of the Child in Custody Decisions – Developmental Aspects)	22
--	----

Familientherapie

<i>Reich, G.</i> : Stotternde Kinder und ihre Familien (Stuttering Children and Their Families)	16
---	----

Forschungsergebnisse

<i>v. Aster, M., Pfeiffer, E., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Konversions syndrome bei Kindern und Jugendlichen (Conversion Disorders in Children and Juveniles)	240
<i>Berger, M.</i> : Das verstörte Kind mit seiner Puppe – zur Schwangerschaft in der frühen Adoleszenz (The Disturbed Child and Her Doll: Pregnancy in Early Adolescence)	107

<i>Bunk, D., Eggers, C.</i> : Kognitive Funktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit akuten Psychosen und solchen mit Schizophrenierisiko (Cognitive Dysfunctions in Children and Juveniles with Acute Psychotic Disorders or with High Risk for Schizophrenia)	8
<i>Döcker, A., Knöbl, H.</i> : Kinder alleinerziehender Mütter und Väter – eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung (Children in One-parent Families – a Psychiatric Investigation about Conditions and Consequences of Single-mother and Single-father Education)	62
<i>Eberle, U., Castell, R.</i> : Verlauf der Zwangskrankheit im Kindes- und Jugendalter (Courses of Obsessive-compulsive Illness in Children and Juveniles)	284
<i>Hinrichs, G., Göbel, D., Steinhausen, H.-Ch.</i> : Kopfschmerzen und Migräne bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Headache and Migaine in Child and Adolescent Psychiatric Patients)	277
<i>Jehle, P., Schröder, E.</i> : Harnzurückhaltung als Behandlung des nächtlichen Einnässens (Retention Control as a Treatment Method for Enuresis)	49
<i>Langenmayr, A.</i> : Der Geschwisterzahlenkonflikt und sein Einfluß auf Neurosen, Erkrankungen und Alltagsverhalten (The Influence of Conflicting Silbing Numbers on Neuroses, Illness and Everyday Behaviour)	36
<i>Sarimski, K.</i> : Zusammenhänge der frühen kognitiven und kommunikativen Entwicklung bei gesunden und behinderten Kindern (Relationship between Early Cognitive and Communicative Development in Normal and Retarded Children)	2
<i>Schneider, W.</i> : Psycho-soziale Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit einer organisch bedingten analen Inkontinenz (On Psycho-social Development of Children with Organic Conditioned Anal Incontinence)	56
<i>Steinhausen, H.-C.</i> : Das Jugendalter – eine normative psychologische Krise? (Adolescence – a Normative Psychological Crisis?)	39

Praxisberichte

<i>Bemens, F., Krohn, G.</i> : Ehrenamtliche Helfer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Voluntary Helpers in a Childpsychiatric Outpatients' Department)	71
<i>Klosinski, G.</i> : Beitrag zur Beziehung von Video-Filmkonsum und Kriminalität in der Adoleszenz (Relationship between Viewing of Video Films and Criminality in Adolescents)	66
<i>Knapp, T.W.</i> : Welt meines Kindes: Sterben und Tod im Erleben einer Dreijährigen (Dying and Death in the Perception of a Three-Year-Old Girl)	308
<i>Müller-Küppers, M., Lehmkuhl, U., Mahlke, W.</i> : Die kinderpsychiatrische Klinik als Wohn- und Lebensraum (The Psychiatric Ward as Living Space for Children and Adolescents)	139

Otto, B.: Bruno Bettelheims milieutherapeutischer Ansatz (Bruno Bettelheim's Approach to Environmental Therapy)	144	chischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg	226
Schemus, R.: Anfallskrankheiten und Selbstwahrnehmung am Beispiel komplexer Absenzen (Epilepsy and Self-Perception Illustrated by the Example of Complex Absences)	176	Editorial	
Student, J. C.: Verstehen statt Beurteilen (Understanding instead of Judging)	181	25 Jahre Bundeskonferenz für Erziehungsberatung	196
Psychosomatik		In Zukunft jährlich 10 Hefte der „Praxis“	276
Habermas, T.: Kognitive Entwicklungsvoraussetzungen der Pubertätsmagersucht als Erklärung ihrer unteren Altersgrenze (Cognitive-developmental Preconditions of Anorexia nervosa: Explanations for its lowest Age of Onset)	88	Ehrungen	
Mangold, B.: Psychosomatische Erkrankungen in der Pubertät und Adoleszenz (Psychomatic Diseases in Adolescence)	262	„... und meine Arbeit geht weiter“ – Rudolf Eckstein zum 75. Geburtstag	311
Zimmermann, F.: Der Vater und sein an Asthma bronchiale erkranktes Kind (The Father and his Asthmatic Child. Attempt of a Relationship Analysis)	92	Buchbesprechungen	
Psychotherapie		Aissen-Crewett, M.: Kunsttherapie	187
Buchholz, M. B.: Das Erstinterview in der Beratung – ein kommunikativer Gesichtspunkt (The First Interview in Counseling – a Communicative Point of View)	98	Aschenbrenner-Egger, K., Schild, W., Stein, A. (Hrsg.): Praxis und Methode des Sozialtherapeutischen Rollenspiels in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik	234
Herzka, H. S.: System und Individuum in einer Tagesklinik (The Dialogical Concept of Conflicts and Therapy in Adolescents)	134	Backe, C. et al. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch von Kindern in Familien	232
Voss-Coxhead, D.: Therapeutische Arbeit mit Symbolen. Über die Behandlung eines narzißtisch gestörten Jungen mit dem Katathymen Bilderleben (Therapeutic Work with Symbols. Psychotherapy of a Narcissistically Disturbed Boy using Guided Affective Imagery)	257	Balint, M.: Regression.	317
Übersichten		Bauer, A.: Minimale cerebrale Dysfunktion und/oder Hyperaktivität im Kindesalter	156
Fegert, J. M.: Sexueller Mißbrauch von Kindern (Child Sexual Abuse)	164	Beiderwieden, J., Windaus, E., Wolff, R.: Jenseits der Gewalt. Hilfen für mißhandelte Kinder	118
Heckerens, H.-P.: Umstrittene Kindheit – Zur Diskussion um die langfristige Bedeutung früher Erlebnisse (Contested Childhood – On the Discussion of Longterm Consequences of Early Experiences)	295	Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse. Bd. 18 und 19	153
Huppmann, G., Werner, A.: Peter Villaume (1746–1825): ein Pädagoge der Aufklärung als Vorläufer der Verhaltenstherapie bei Kindern (Peter Villaume (1746–1825): A Precursor of Modern Behavior Therapy with Children)	301	Biebl, W.: Anorexia nervosa	189
Langenmayr, A.: Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder (The Effects of Incomplete Families on Their Children)	249	Biermann, G. (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch um Kinder und Jugendliche	29
Yamamoto, A.: Schulprobleme in Japan (Problems in Japan's Schools)	171	Brack, U. B. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	31
Tagungsberichte		Bochnik, H. J., Gärtner-Huth, C., Richtberg, W.: Psychiatrie lernen	78
Bericht über die XX. Wissenschaftliche Tagung der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, gemeinsam mit der XI. Jahrestagung österreichischer Kinder- und Jugendneuropsychiater vom 18.-20.5.1987 in Feldkirch/Vorarlberg		Brezinka, W.: Erziehung in einer wertunsicheren Gesellschaft	29
		Charlton, M., Neumann, K.: Medienkonsum und Lebensbewältigung in der Familie	270
		Clemenz, M.: Soziale Codierung des Körpers. Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Systemtheorie	231
		DeMyer, K.: Familien mit autistischen Kindern	189
		Dietrich, G.: Spezielle Beratungspsychologie	233
		Dreifuss-Kattan, E.: Praxis der klinischen Kunsttherapie	28
		Drewermann, E.: Die kluge Else/Rapunzel. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	190
		Engfer, A.: Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen	30
		Fichtner, M. M.: Magersucht und Bulimie	188
		Flehmig, I., Stern, L. (Hrsg.): Kindesentwicklung und Lernverhalten	269
		Franke, U.: Artikulationstherapie bei Vorschulkindern	314
		Frankenburg, K. et al.: Entwicklungsdiagnostik bei Kindern	152
		Fromm, E.: Über die Liebe zum Leben	30
		Griseemann, H.: Pädagogische Psychologie des Lesens und Schreibens	267

<i>Grissemann, H.</i> : Hyperaktive Kinder	28	<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Erziehung und Therapie in systemischer Sicht	235
<i>Grosse, S.</i> : Bettnässen	233	<i>Sandern, M.</i> : Rollenspiel als Forschungsmethode	150
<i>Hartmann, K.</i> : Heilpädagogische Psychiatrie in Stichworten	154	<i>Schneider, B.</i> : Lese- und Rechtschreibschwäche. Primäre und sekundäre Ursachen	228
<i>Heim, N.</i> : Psychiatrisch-psychologische Begutachtung im Jugendstrafverfahren	151	<i>Schneider, B.H., Rubin, K.H., Ledingham, J.E.</i> (Eds.): Childrens Peer Relation: Issues in Assesment and Intervention	230
<i>Hofer, M.</i> : Sozialpsychologie erzieherischen Handelns	230	<i>Schultz, H.J.</i> (Hrsg.): Kinder haben? Eine Entscheidung für die Zukunft	233
<i>Huber, G.</i> : Sigmund Freud und Claude Levi-Strauss. Zur anthropologischen Bedeutung der Theorie des Unbewußten	79	<i>Schulze, H., Johannsen, H.S.</i> : Stottern bei Kindern im Vorschulalter	80
<i>Jaede, W., Porters, A.</i> (Hrsg.): Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie	271	<i>Silbereisen, R., Eyferth, K., Rudinger, G.</i> (Hrsg.): Development as Action in Context. Problem Behavior and Normal Youth Development	79
<i>Jaeggi, E.</i> : Wir Menschenbummler. Autobiographie einer Psychotherapeutin	315	<i>Sodian, B.</i> : Wissen durch Denken? Über den naiven Empirismus von Vorschulkindern	155
<i>Kaiser, A., Oubaid, M.</i> (Hrsg.): Deutsche Pädagoginnen der Gegenwart	187	<i>Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P.</i> (Hrsg.): Kindertherapie. Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis	314
<i>Karren, U.</i> : Die Psychologie der Magersucht. Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa	119	<i>Spieß, W., Motsch, H.J.</i> : Heilpädagogische Handlungsfelder I	319
<i>Kegan, R.</i> : Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben	118	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung	187
<i>Klockhaus, R., Habermann-Morbey, B.</i> : Psychologie des Schulvandalismus	30	<i>Szagan, G.</i> : Sprachentwicklung beim Kind	152
<i>Klussmann, R.</i> : Psychosomatische Medizin. Eine Übersicht	269	<i>Thalhammer, M.</i> (Hrsg.): Gefährdungen des behinderten Menschen im Zugriff von Wissenschaft und Praxis - Anfragen an Sondererziehung und Therapie	30
<i>Krampen, G.</i> : Handlungsleitende Kognitionen von Lehrern	188	<i>Thompson, J.</i> : Nukleare Bedrohung. Psychologische Dimensionen atomarer Katastrophen	153
<i>Lasch, C.</i> : Das Zeitalter des Narzißmus	316	<i>Tomann, W., Egg, R.</i> (Hrsg.): Psychotherapie. Ein Handbuch	229
<i>Leixnering, W., Toifl, K.</i> : Leitfaden der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters	81	<i>Venzlaff, U.</i> (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung	317
<i>Lempp, R.</i> : Familie im Umbruch	268	<i>Wedekind, E.</i> : Beziehungsarbeit. Zur Sozialpsychologie pädagogischer und therapeutischer Institutionen	191
<i>Lorenz, J.H.</i> : Lernschwierigkeiten und Einzelfallhilfe	319	<i>Wember, F.</i> : Piagets Bedeutung für die Lernbehindertenpädagogik	83
<i>Mindell, A.</i> : The Dreambody: Körpersymptome als Sprache der Seele	82	<i>Winship, E.C.</i> : Aus Kindern werden Leute	154
<i>Müller, C.</i> (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie	313	<i>Zagermann, P.</i> : Ich-Ideal, Sublimierung, Narzißmus. Die Theorie des Schöpferischen in der Psychoanalyse	77
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	78	<i>Zauner, J., Biermann, G.</i> (Hrsg.): Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen	267
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Jugendalters	189		
<i>Nissen, G.</i> : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	231	Autoren der Hefte: 27, 76, 117, 149, 186, 227, 266, 312	
<i>Petermann, F., Noeker, M., Bode, U.</i> : Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter	320	Tagungskalender: 32, 84, 120, 157, 192, 236, 272, 322	
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	151	Mitteilungen: 33, 84, 121, 158, 193, 237, 273, 322	
<i>Piaget, J.</i> : Das moralische Urteil beim Kind	81		
<i>Piaget, J., Inhelder, B.</i> : Die Psychologie des Kindes	152		
<i>Pohlmeier, H., Deutsch, E., Schreiber, H.-L.</i> (Hrsg.): Forensische Psychiatrie heute	312		
<i>Radnigg, W.</i> : Kognitive Entwicklung und zerebrale Dysfunktion	235		
<i>Rose, S.J.</i> : Erkennen von Kindesmißhandlungen	78		

Aus der Abteilung für Psycho- und Soziotherapie der Universität Göttingen
(Abteilungsvorsteher: Prof. Dr. E. Sperling)

Stotternde Kinder und ihre Familien

Von Günter Reich

Zusammenfassung

In Therapien von Familien mit stotternden Kindern wurde ein typisches mehrgenerationales Beziehungsmuster gefunden, das die intrapsychischen Konflikte des Symptomträgers als Introjektion eines realen familiären Konfliktes erscheinen läßt. Dieser Konflikt umfaßt mehrere Momente: eine tyrannische Person in der Großelterngeneration, die ihre Willkürimpulse auslebt, Strafängst, Aggressionsabwehr und Bedrohungsgefühle in der Kernfamilie des Stotterers, die vor allem durch eine masochistische Unterwürfigkeit der Eltern unter den tyrannischen Großeltern bedingt wird, eine kollektive Sprachstörung in der Familie, in der das Sprechen als aggressiver Akt magisch besetzt ist, Familiengeheimnisse und eine besondere Betonung der Sprache. Das stotternde Kind steht in einem spezifischen Delegationskonflikt: es ist zugleich Träger der Willkürimpulse und der Abwehr in der Familie. Die auslösende Situation für das Symptom ist ein Realtrauma, durch das sich der bisher latente familiäre Aggressionskonflikt bedrohlich zuspitzt. Die beschriebenen Ergebnisse werden in Beziehung zu den bisherigen psychoanalytischen Befunden gesetzt. Behandlungsmöglichkeiten werden diskutiert.

Vorbemerkung

Im folgenden möchte ich erste Beobachtungen aus Behandlungen von Familien mit stotternden Kindern mitteilen. Es handelt sich hierbei um sechs Familien, die nach dem Göttinger Modell der Mehrgenerationen-Familientherapie (vgl. *Sperling et al.* 1982) in unserer Abteilung behandelt wurden. In allen diesen Fällen fand ich eine typische, sehr prägnante mehrgenerationale Beziehungsfiguration. Mit deren Darstellung möchte ich zu weiteren Beobachtungen und zur Diskussion anregen und hoffe, einen Beitrag zum dynamischen Verständnis und zur Behandlung von stotternden Kindern zu leisten.

1 Bisherige Untersuchungsergebnisse

1.1 Psychoanalytische Befunde zum Stottern

In der psychoanalytischen Literatur wird das Stottern als Resultat eines Konfliktes zweier gegeneinander wir-

kender Tendenzen, eines *Ambivalenzkonfliktes*, verstanden (z.B. *Dührssen*, 1969, *Fenichel*, 1931), der zu dem „Rudiment einer im Ansatz versuchten Handlung bzw. eine(r) Koordinationsstörung als Resultat ungeordneter und widerstreitender motorischer Impulse“ führt (*Dührssen*, 1969, 287). Der Impuls zur Mitteilung wird von einem Gegen-Impuls zum Verschweigen unterbrochen. „Der Patient will etwas sagen, und er will es nicht.“ (*Fenichel*, 1931, 155). Der Erlebnisanteil dieses Ambivalenzkonfliktes ist aus dem Bewußtsein verdrängt. Dieser Anteil stammt vor allem aus der *anal-sadistischen* Wunschwelt und den sich in der analen Phase entwickelnden Konflikten. Hier hat der Stotterer seine hauptsächlichlichen Fixierungsstellen.

Sprechen und die Sprachentwicklung ist auf mehreren miteinander verflochtenen Ebenen mit der anal-sadistischen Phase und den sich hier vollziehenden Entwicklungsschritten verbunden. Betont wird vor allem die Entwicklung aggressiver Impulse und Phantasien (*Dührssen*, 1969; *R. u. J. Ebtinger*, 1976; *Fenichel*, 1931; *Thamm*, 1973). Reden hat einen „sadistischen Nebensinn“ (*Fenichel*, 1931), ist ein feindseliger, aggressiver, mit Tötungswünschen verbundener Akt. Hier wird das persistierende magische Denken, der Glaube an die „Allmacht der Worte“ (*Ferenczi*) deutlich. Die *Sprechangst* setzt ein, wenn Wörter mit ihrer Bedeutung verknüpft werden, das Wort etwas Verbotenes bedeuten kann. Die „primitive Macht“ der „Anschauungsbilder“ bleibt gleichsam erhalten (*Thamm*, 1973). Die Sprachangst bei bestimmten Wörtern kann dabei durch die Wirkung der Assoziation auf andere ausgedehnt werden (vgl. *Thamm*, 1973).

Indem es unbewußt mit dem Defazieren gleichgesetzt wird, hat das Sprechen eine weitere Affinität zu analen Libido. Sprechen heißt, „obszöne, besonders anale Wörter sprechen“ (*Fenichel*, 1931, 155). So kann die Lust am Beschmutzen ihren Ausdruck finden (vgl. *Thamm*, 1973).

In der Zeit, in der die Sprachentwicklung in Gang kommt, wird in der Erziehung auch Reinlichkeit, Anstand, Ehrlichkeit, Gehorsam und Beherrschung der Aggression verlangt. Hierdurch wird zugleich das sich in der analen Phase entwickelnde *Neugierverhalten* unterdrückt oder bleibt unbefriedigt. Die Kinder dürfen ihre Neugierde nicht ausleben, bekommen keine oder nur unbefriedigende Antworten auf ihre Fragen (*Dührssen*, 1969). Stotterer haben ein *strenges Über-Ich* und entwickeln heftige *Schuld-* und *Schamgefühle* gegenüber ihren

Impulsen, die sie entsprechend unterdrücken. Das sadistische Über-Ich findet im Symptom seinen Ausdruck. Dieses ist, wie oben beschrieben, Ausdruck des Impulses wie der hemmenden Tendenz. Hier findet gleichzeitig eine Selbstbestrafung - der Stotterer hat hierdurch Nachteile - und eine „Trotzbefriedigung“, eine Äußerung der Aggressivität statt (vgl. *Fenichel*, 1931).

Entsprechend diesen Konfliktmomenten ist die Grundstruktur des Stotterers die *Zwangsstruktur*. Den als „triebbetont“ beschriebenen Kindern werden die Eltern in ihrem Erziehungsverhalten nicht gerecht (vgl. *Thamm*, 1973). Die Patienten wirken oft vordergründig angepaßt und brav, ja servil, werden aber „hintenrum“ aggressiv (s. hierzu auch die Falldarstellungen von *Dührssen*, 1969). Neben der Fixierung auf die anal-sadistische Stufe arbeitet vor allem *Fenichel* (1931) *ödipale* und *orale* Anteile bei der Entstehung des Stotterns heraus. Die Sprache wird unbewußt oft mit den *Genitalfunktionen* gleichgesetzt, Sprechen mit phallischer Konkurrenz und Potentsein. Die durch die Kastrationsdrohung hiermit verbundenen Konflikte werden im Stottern regressiv verarbeitet. *Thamm* (1973) berichtet, daß bei Stotterern Schuldgefühle wegen der Onanie häufig seien. Weiterhin besteht bei Stotterern eine besondere *orale Fixierung* mit einer entsprechenden Störung der Objektbeziehungen. Worte haben „... die Bedeutung des introjizierten Objektes, die dargestellten Konflikte sind Einverleibungskonflikte ...“ (*Fenichel*, 1931, 160).

Auslösende Situationen für das Stottern sind *aggressive und anale Versuchungssituationen*, wobei *R. u. J. Ebtinger* (1976) die Bedeutung des *Realtraumas*, mit dem sich aggressive Phantasien verbinden, hervorheben. Die Möglichkeit, „Schmutziges“ oder Verbotenes zu denken, zu tun, auszusprechen, gewalttätige Ereignisse z. B. Unfälle, Konkurrenzsituationen aber auch die Möglichkeit zum öffentlichen Reden, bei der starke unbewußte exhibitionistische Tendenzen wirksam werden, können das Stottern auslösen oder verstärken. *R. u. J. Ebtinger* (1976) arbeiten als besondere Bedingung für das Stottern heraus, daß das Individuum sich „als Subjekt seines eigenen Diskurses“ bekennen muß, also gleichsam für seine Worte verantwortlich gemacht werden kann.

1.2 Zum familiären Hintergrund stotternder Kinder

In den Familien von Stotterern ist entsprechend dem Symptom, der Umgang mit dem, was gesagt und was verschwiegen werden soll, konfliktbesetzt. Das Verschweigen bestimmter Dinge vor den Kindern und die Neugier hemmende verwirrende, widersprüchliche und falsche Auskünfte werden beschrieben (*Dührssen*, 1969; *Thamm*, 1973). Zudem herrscht bei stotternden Jungen oft eine gewisse Verwirrung über ihre Geschlechtsrolle (*Dührssen*, 1969).

In Familien mit stotternden Kindern ist die Aggressivität ebenfalls konfliktbesetzt. Es herrscht oft eine „oberflächliche und vorgetäuschte Pseudofriedfertigkeit“ (*Dührssen*, 1969, 288), wobei die Kinder oft die in heimlichen Hetzreden zum Ausdruck kommenden aggressiven

Impulse eines Familienangehörigen (analer Umgang mit der Aggressivität) agieren, woraufhin sie dann von demselben Familienmitglied für ihren „frechen Mund“ bestraft werden. Das Kind hat so widerstreitende Impulse in bezug auf das, was gesagt und was nicht gesagt werden darf.

2 Zur Dynamik in Stotterer-Familien – eigene Beobachtungen

Wenn ich im folgenden eigene Beobachtungen über die mehrgenerationale Dynamik in Stotterer-Familien mitteile, so möchte ich dies als Erweiterung und Vertiefung der bisher beschriebenen Ansätze ansehen. Das bisher als intrapsychisch beschriebene Drama des stotternden Kindes erscheint dabei als Introjektion eines realen, familiären Konfliktes in den Index-Patienten hinein, wobei jedem intrapsychischen Konfliktanteil ein Anteil in der *familiären Realität* entspricht.

Der familiäre Konflikt, der sich im Symptom des Kindes verdichtet und ausdrückt, umfaßt dabei folgende Momente:

- eine Person in der Großeltern-, manchmal zusätzlich auch in der Elterngeneration, die ihre Willkürimpulse auslebt, den Impuls-Träger;
- Angst, Aggressionsabwehr und Bedrohungsgefühle in der Kernfamilie;
- masochistische Unterwürfigkeit und latente Bewunderung für den Impuls-Träger bei den Eltern;
- die besondere Bedeutung der Sprache und eine kollektive familiäre Sprachstörung, in der das Sprechen als aggressiver Akt magisch besetzt ist, was sich insbesondere in Familiengeheimnissen ausdrückt;
- den Index-Patienten als Träger des Konfliktes zwischen Impuls und Angst, also des Konfliktes zwischen Großeltern und Eltern;
- die auslösende Situation als bedrohliche reale Zuspitzung des familiären Aggressionskonfliktes.

2.1 Der Impuls-Träger

In den von mir untersuchten Stotterer-Familien fand sich mindestens eine Person, die ihren *Willkürimpulsen* ganz oder partiell freien Lauf ließ. Dies konnte *sozial gut angepaßt*, im Rahmen des „Normalen“, manchmal auch in subtiler Form geschehen.

Ein Vater berichtete beispielsweise, daß er und seine fünf Geschwister zu Ordnung, Sauberkeit, Pünktlichkeit und vor allem zur Ruhe angehalten wurden. Er und seine Geschwister wagten nicht, sich den strengen Eltern zu widersetzen. Diese duldeten vor allem *keine Widerworte*. Die Kinder mußten „pflegeleicht“ sein. Sie wurden von den Eltern mit Schlägen und entsprechenden Androhungen so in Angst gehalten, so daß sie sich still zurückhielten, auch als Erwachsene noch die Auseinandersetzung scheuten. Seine 13jährige Tochter und sein 11jähriger Sohn stotterten.

Der Vater eines stotternden 12jährigen Jungen erzählte, daß er sich in der russischen Kriegsgefangenschaft wohler gefühlt habe als bei seiner fünfzehn Jahre älteren Schwägerin. Diese zog

ihn nach dem frühen Tod seiner Eltern auf. Er wurde gegenüber den leiblichen Kindern der Schwägerin benachteiligt, mußte unangenehme, schwere Arbeiten in der Landwirtschaft verrichten, morgens früher aufstehen als alle anderen und abends länger arbeiten, bekam schlechtere Kleidung und oft auch schlechteres Essen. Er vermochte es nie, sich gegen die Launen und die Schläge der Schwägerin zur Wehr zu setzen, die die Tatsache, daß er in der Familie leben durfte, auch öffentlich als soziale Tat ausgab. Er hatte Angst vor ihr. „Man konnte nichts dagegen sagen.“

Die Willkürimpulse konnten auch in *sozial-auffälliger*, grober, negativ attribulierter Weise, auf oraler, anal-sadistischer, aggressiver und auch sexueller Ebene ausagiert werden. Derjenige, der diese Impulse verkörperte, schimpfte, schrie, schlug, prahlte, trank, war offen jähzornig, ungerecht, neidisch oder raffigierig.

Der Großvater eines stotternden Kindes beispielsweise vertrank sein Geld in Kneipen, machte hier auch häufig Schulden. Er gröhnte oft betrunken auf der Straße herum und randalierte zu Hause, wobei er das Geschirr an der Wand kaputtwarf.

Sowohl die Großeltern, die ihre Impulse sozial angepaßt ausagierten, als auch die sozial Auffälligen unterdrückten und *tyrannisierten* der Familie, in der ständig – entweder deutlich spürbar oder sehr subtil – *Angst* herrschte. Insbesondere die Eltern des stotternden Kindes hatten unter ihnen zu leiden.

2.2 *Angst, Aggressionsabwehr und Bedrohungsgefühle*

Die *Eltern* des stotternden Kindes sind in der Regel beide sozial gut angepaßt und unauffällig. Gegenüber ihren Herkunftsfamilien waren sie oft soziale Aufsteiger, „bürgerlicher“ als diese und auf ängstliche Weise sehr leistungsorientiert, insbesondere die Mütter des Index-Patienten.

In einigen Familien neigte auch ein Elternteil zu offenen Willkürreaktionen, z. B. zum Jähzorn, so daß die Kinder Angst vor ihm hatten. Dies scheint mir aber eher ein zusätzlicher Faktor und keine notwendige Bedingung zur Symptomentstehung in der Familie zu sein.

Wesentlicher erscheint mir, daß die Eltern, und zwar beide, sich nicht gegen den tyrannischen Impuls-Träger wehren, sondern *aus Angst schweigen*. Hierbei empfinden sie über Jahre, manchmal über Jahrzehnte, eine ohnmächtige mörderische Wut, die sie aus Angst vor dem übermächtigen bzw. übermächtig erscheinenden Großeltern-Teil, aus *aktuell wirksamer Strafangst* abwehren müssen. Selbst wenn die tyrannischen Großeltern bereits verstorben waren, verhielten sich die Eltern so, als könnten diese jeden Moment zur Tür hereinkommen und sie bestrafen. In einigen Familien sprachen die Eltern plötzlich leiser, als von den Großeltern die Rede war, in anderen wurden klare Äußerungen über die Großeltern, Schilderungen von deren aggressiven oder anderen problematischen Verhaltensweisen und des Leidens hierunter vermieden. Es war so, als ob diese zuhören könnten. Diese Strafangst läßt eine Tendenz zum resignierten Rückzug entstehen („Es bringt ja doch nichts, sich aufzulehnen“).

Hier findet sich die von *Dührssen* (1969) beschriebene Pseudo-Friedfertigkeit.

Weiterhin wird diese Wut durch ein rigides, strafendes Über-Ich in Schach gehalten, aber dies erscheint neben der aktuell wirksamen Strafangst als sekundäres Moment. Die Willkür des Impuls-Trägers, die Angst und die unterdrückte Aggressivität bei den Eltern lassen in der Familie des stotternden Kindes eine *Atmosphäre ständiger*, manchmal nur unterschwellig spürbarer *Bedrohung* entstehen, die irgendwie in Schach gehalten werden muß.

2.3 *Masochistische Unterwürfigkeit der Eltern und latente Bewunderung des Impuls-Trägers*

Typisch für die Eltern oder zumindest einen Elternteil erscheinen weiterhin *masochistisch-unterwürfige Züge* mit einer starken Verzichts- und Leidensbereitschaft, durch die neben den aggressiven auch heftige Neid-Impulse abgewehrt wurden. Einige der Eltern führten in ihren Herkunftsfamilien eine Art „Aschenputtel-Dasein“. Sie leisteten mehr als ihre Geschwister, erfüllten die sozialen Normen viel stärker, wurden aber weitaus weniger anerkannt, sondern abgelehnt, abgewertet, benachteiligt und schikaniert.

Eine Frau beispielsweise, die den Gaststättenbetrieb ihres Vaters in den letzten Jahren vor dessen Tod mit ihrem Mann gemeinsam praktisch allein geführt hatte, nahm es kommentarlos hin, daß dieser Betrieb im Testament dem Bruder, der sich bereits vor Jahren mit dem Vater zerstritten hatte und in eine entfernte Stadt gezogen war, übereignet wurde, während sie mit einem relativ geringen Geldbetrag abgespeist wurde. Obwohl sie hierüber maßlos enttäuscht und von verzweifelter Wut erfüllt war, sprach sie ihre Benachteiligung nie offen an. Es sei ja sowieso nichts mehr zu ändern. Der Bruder, der häufig in ihrem Haus verkehrte, sei genauso wie der Vater: geldgierig, rechthaberisch und aggressiv.

Die Impulsträger werden, und das ist die andere Seite des Konfliktes, von den Eltern wegen ihrer ausgelebten Willkür *unbewußt bewundert*. Eigentlich möchten die Eltern auch so sein wie diese, ihre Impulse ebenso ausleben. Durch partielle unbewußte Identifikation wird die *unterdrückte Wut besser ertragen*.

Eine Frau berichtete mit strahlendem Lächeln, wie ihr Vater in angetrunkenem Zustand die anderen Gäste der Dorf-Gaststätte freihielt und seine Schnapsgläser an die Wand warf. Eine ähnliche Mimik zeigte ihr Mann, als er erzählte, wie sein kriegsblinder Vater einen Teil seiner Rente vor seiner Frau und den Kindern, also ihm, verbarg und sich heimlich Lebensmittel nur für sich allein kaufte.

Die heimliche Bewunderung wurde in einigen Fällen bei den Eltern noch dadurch verstärkt, daß sie bei aller Unterdrückung oft gleichzeitig enge Vertraute, Koalitionspartner des Impulsträgers waren, hierüber eine narzißtische Aufwertung bekamen, die ihnen ihre „Aschenputtel-Position“ erträglicher machte.

Eine Frau kehrte, gegen das Widerstreben ihres Mannes, mit ihrer Familie in ihr Elternhaus zurück, um nach dem Tod ihrer tyrannischen Stiefmutter ihren jähzornigen, großspurigen Vater zu pflegen. Dieser lobte sie hierfür, so daß sie das Gefühl hatte,

er würde sie mehr schätzen als ihre Halbschwestern. Bei der Verteilung des Erbes blieb sie allerdings auf dem Haus des Vaters sitzen und mußte einen größeren Kredit aufnehmen, um ihre Geschwister auszuzahlen. Sie fühlte sich dem Erbe des Vaters verpflichtet.

2.4 Die besondere Bedeutung der Sprache und die kollektive Sprachstörung

In Stotterer-Familien scheint die Sprache in mehrfacher Hinsicht eine besondere Bedeutung zu haben. Da ist zunächst einmal *die Art*, in der gesprochen wird. Einige Familien oder Familienmitglieder sprechen z.B. sehr leise, fast flüsternd oder undeutlich und verwaschen, auch bei den brisantesten und den Zuhörer sehr bewegenden Ereignissen. Dieser muß sich permanent anstrengen, das Gesagte zu verstehen. In anderen Familien wird alles in einem anklagend-nörgelnden Ton vorgetragen, durch den positive Ereignisse „mies“ gemacht werden. Oder aber die Familienmitglieder versuchen, sich durch schnelles, überstürztes Sprechen in „Rede-Duellen“ zu übertrumpfen, sich mundtot zu machen. Die ausgesprochenen Sätze wirken wie gekreuzte Klängen oder Maschinengewehr-Feuer.

Die Art des Sprechens wirkt so in unterschiedlicher Weise *aggressiv* und löst auch in der Gegenübertragung Ärger und den Impuls, korrigierend einzugreifen, aus. Hier wird das von der Familie Abgewehrte deutlich: Sprechen ist ein *aggressiver Akt*. Die „Impuls-Träger“ agierten offen, was in der Kernfamilie und beim Symptom-Träger verdeckt zum Ausdruck kam. Wie beschrieben, brüllten, schimpften, logen, prahlten, kommandierten und tyrannisierten sie. *Schweigen* ist demgegenüber das Zurückhalten der Aggression, Ausdruck resignativer Unterwerfung sowie der Angst vor den eigenen Impulsen: „Den Mund aufzumachen bringt nichts“, hieß es bei den Eltern oder bei einem Elternteil des Stotterers oder auch: „Was sollen wir sagen, wir können ja doch nichts erreichen.“ Zu den beschriebenen Aspekten nun eine kurze Fallskizze:

In einer familientherapeutischen Sitzung schilderte ein Vater fast flüsternd seine Wut gegenüber seinem Schwiegervater. Dieser besaß eine Gaststätte und trank exzessiv, so daß er in der Regel nicht arbeiten konnte. Dies taten dann seine Tochter und nach Feierabend sein Schwiegersohn, der Vater unseres Index-Patienten. Am nächsten Tag habe der Schwiegervater dann, wenn er seinen Rausch ausgeschlafen hatte, damit angegeben, wieviel er am Abend vorher doch hatte arbeiten müssen. Der Vater hierzu: „Ich hätte am liebsten gesagt: „Halt den Mund“, ihn irgendwie zum Schweigen gebracht, ich war wahnsinnig wütend.“ Während dieses Satzes machte er mit beiden Händen eine Bewegung, als ob er jemandem die Kehle zudrückte. Beide Eltern hatten allerdings nie die leiseste Kritik gegenüber dem Vater der Frau geäußert.

In allen von mir untersuchten Familien gab es *Familiengeheimnisse*. Die entscheidenden Dinge wurden nicht offen ausgesprochen. Die Eltern trauten sich nicht, ihre Kritik, geschweige denn ihre Aggressivität gegenüber den tyrannischen Großeltern offen zu äußern. Diese wurde nur im kleineren Kreis der Kernfamilie laut oder zw-

schen den Ehepartnern, manchmal auch lediglich „zwischen den Zeilen“ in mehr oder weniger vagen Andeutungen angesprochen. Die Kinder wurden hierdurch von den Eltern in offene oder unklare Bündnisse einbezogen und in Loyalitätskonflikte mit den Großeltern gebracht, zu denen oft noch enger Kontakt bestand (vgl. *Karpel* 1980). Die Familiengeheimnisse schafften eine *Atmosphäre permanenter Unsicherheit* darüber, was ausgesprochen werden durfte und was nicht. Ein „falsches Wort“ ist in diesen Familien äußerst gefährlich, kann fürchterliche Auseinandersetzungen hervorrufen. Hierdurch wird die sowieso schon herrschende bedrohliche Atmosphäre weiter verstärkt. Familiengeheimnisse mystifizieren die Realität und können das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung erschüttern. Die Kinder wissen nicht was gilt, worüber wann gesprochen werden darf und letztlich auch nicht, was sie glauben dürfen.

Ein Junge begann zu stottern, nachdem sich sein Großvater auf dem Dachboden des gemeinsam bewohnten Hauses erhängt hatte. Der Großvater war Alkoholiker und häufig gewalttätig geworden, indem er Einrichtungsgegenstände oder Geschirr zertrümmerte oder herumschrie. Die Eltern erklärten, der Großvater sei durch einen Unfall gestorben. Im Kindergarten wurde ihm von anderen Kindern der wahre Hergang mitgeteilt. Die Eltern erklärten daraufhin, was geredet würde, stimme nicht und bekräftigten ihre Version. In den ersten Therapiestunden, in denen das Geheimnis noch nicht bekannt war, fiel mir auf, daß der Junge oft von den Grübern anderer verstorbener Familienmitglieder sprach.

„Ich habe absolute Schweigepflicht“, sagte ein 12jähriger Junge, als wir ihn fragten, welche Krankheit sein Großvater habe. Es stellte sich heraus, daß diesem im Krieg beide Beine amputiert worden waren. Er erzählte dann von einem Erlebnis, das er einige Tage zuvor in der Stadt gehabt hatte. Dort hatten Halbwüchsige einen Behinderten belästigt und sich über ihn lustig gemacht. Sein stotternder Bruder platzte dazwischen: „Ich bin auch ein Behinderter.“ Meine Co-Therapeutin bestätigte dies: Sein Stottern sei ebenfalls eine Behinderung.

In den bisher beschriebenen Aspekten – der besonderen Auffälligkeiten des Sprechens, der Bedeutung des Sprechens als aggressivem Akt, dem Verschweigen der wesentlichen Gefühle und Konflikte sowie den Familiengeheimnissen – zeigt die *gesamte Familie* des stotternden Kindes Sprachstörungen, die sich im Symptom des Index-Patienten nur in besonderer Weise manifestieren.

In Stotterer-Familien läßt sich zudem beobachten, daß, insbesondere von den Müttern, Wert auf „*gutes Sprechen*“ oder „*gute Aussprache*“ gelegt wird. Das Sprechen der Kinder, insbesondere des Symptom-Trägers, wurde in den von mir untersuchten Familien mehrfach vom Säuglingsalter an ängstlich beobachtet, kleinste Abweichungen von der „normalen Entwicklung“ besorgt registriert und korrigiert. Dies ist einerseits auf den Wunsch nach sozialem Aufstieg und sozialer Angepaßtheit, die sich ja auch am „gepflegten Umgangston“ festmachen, in diesen norm- und leistungsorientierten Familien zurückzuführen. Die Orientierung an einem festen Reglement gibt gleichzeitig auch die Sicherheit, daß die asozialen Willkürimpulse nicht zu Tage treten.

Der familientherapeutischen Behandlung stehen Familien mit stotternden Kindern in der Regel nicht nur skeptisch, sondern abweisend gegenüber. Es handelt sich ihrer Meinung nach nicht um ein seelisches, geschweige denn ein Familienproblem, sondern um ein Sprachproblem. Hierin ähneln sie den von uns beschriebenen „psychosomatischen Familien“ im *Erscheinungsbild*, nicht in der zugrundeliegenden Struktur (vgl. *Sperling et al.*, 1982, 175 ff.).

Zu Beginn der Therapie „mauern“ die Familien, wollen niemanden „hineinschauen“ lassen. „Bei uns ist alles in Ordnung bis auf ihr/sein Stottern“ ist die Standard-Formel des Anfangs. Hiergegen „anzurennen“ würde die Familie lediglich dazu bringen, sich weiter abzuschließen. Wir schlagen freundlich vor, daß wir zunächst einmal erfahren möchten, was es mit dem Stottern auf sich hat und hierzu die Familie näher kennenlernen wollen. Vielleicht könnte dies weiterhelfen. Hierzu ist die Familie in der Regel bereit. Um einen weiteren Einstieg in die Behandlung zu finden, ist es sehr wichtig, sich in den ersten Stunden die Biographie der Eltern schildern zu lassen, was diese auch bereitwillig tun. Mit dem Kennenlernen der Biographie ist es besonders wichtig, die Verdienste der Eltern im Sinne von *Boszormenyi-Nagy* (1981 a, b), das, was sie trotz schwieriger Bedingungen und Umstände für sich und auch für ihre Kinder geleistet und erreicht haben, herauszuarbeiten und anzuerkennen. Dies gelingt nur, wenn der Therapeut mit den Eltern und auch mit deren Bedürfnis nach Abwehr empathisch mitfühlen kann. Es ist also kein vordergründiges, billiges Lob nach vorgefertigten Schablonen gemeint. Hier sind die eigenen Gegenübertragungsreaktionen sorgfältig zu prüfen.

Wenn dieser Schritt gelingt, sind die Eltern in der Regel auch bereit, die Bagatellisierungen ihres schweren Schicksals und ihres Leidens zu relativieren und anzuerkennen, daß es in der Familie *mehr Probleme und Belastungen* gibt als das Stottern des Kindes. Werden die beschriebenen Schritte nicht eingehalten, bricht die Familie ab, bevor eine Behandlung im Ansatz möglich wird. Auf dieser Basis der positiven Konnotation (*Selvini et al.* 1977) sind die Eltern vorsichtig dazu zu bewegen, ihre Affektabwehr zu lockern, Gefühle über ihre Vergangenheit zuzulassen, wenn die spürbar werdenden Momente von Wut und Trauer angesprochen werden.

Gerade gegenüber den mörderischen aggressiven Affekten und Impulsen besteht auch beim Therapeuten eine *Gegenübertragungsabwehr* als Hauptklippe für die weitere Behandlung. Dieser möchte hiermit nicht konfrontiert werden. Bei ihm treten, wenn auch in weitaus milderer Form, die Ängste und Schuldgefühle auf, die die Familie beim Zulassen dieser Gefühle und Phantasien hat. Es besteht so die Gefahr einer Kollusion mit der Familie, indem auch der Therapeut die Dramatik und die Wucht der Affekte bagatellisiert und diese isoliert. Die Ängste und Schuldgefühle beim Therapeuten können vor allem dann auftreten, wenn die Familie kurz davor ist, ein Familiengeheimnis offen auszusprechen. In diesen Situationen muß er zunächst die Verantwortung für die vor allem beim Kind befürchtete schädliche Konsequenz des

offenen Aussprechens übernehmen. Die befürchtete Schädigung tritt nicht ein, wenn das bisher Verborgene offen bearbeitet werden kann. Ihm wird stattdessen ein guter Teil des bedrohlichen Charakters genommen. Indem so an der *Sprachstörung der gesamten Familie* gearbeitet wird, wird dem Index - Patienten gleichzeitig eine wesentliche *neue Regel* vermittelt: es darf offen - oder doch zumindest offener - gesprochen werden.

Die Situation für das Kind bessert sich weiterhin, wenn die Eltern ihre abgespaltenen Gefühle, ihre Aggressivität und ihre Angst wieder zurücknehmen, wieder selbst stärker zulassen können. Was hier in der Familie geschieht, ähnelt dem, was auch in der Einzelbehandlung von stotternden Kindern beschrieben wird: die Impulsabwehr wird gelockert, hierüber bessert sich auch das Sprachverhalten (vgl. hierzu *Dührssen*, 1968, 1969; *R. u. J. Ebtinger*, 1976; *Thamm*, 1973).

Wir bemühen uns weiterhin, die Großelterngeneration und die Geschwister der Eltern in die Familientherapie einzubeziehen (vgl. hierzu *Sperling et al.*, 1982). Dies fällt wegen der Heftigkeit der intrafamiliär verschobenen Affekte sehr schwer, weshalb wir uns eher als in anderen Familien mit Teilerfolgen in der Therapie zufriedengeben müssen. Gelingt das Einbeziehen der Großelterngeneration und eine Bearbeitung der Konflikte zwischen Eltern und Großeltern, scheint die Prognose recht günstig. Die Schwierigkeit für den Therapeuten liegt darin, dafür Sorge tragen zu müssen, daß trotz heftiger aggressiver Auseinandersetzungen und Vorwürfe der Dialog weiterhin möglich bleibt. Hierzu ist Empathie mit dem Tyrannen notwendig. Hat sich das familiäre Abwehrgefüge gelockert, können die Eltern auch geduldiger auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen. An dieser Stelle ist es günstig, die Kinder zu bitten, ihre Wünsche an die Eltern zu äußern.

Einer Mutter und einem Vater verordneten wir daraufhin regelmäßiges Spielen mit dem Sohn. Der bessere Kontakt miteinander wirkte auf das Kind entängstigend. Er traute sich zum ersten Mal in seinem Leben, allein über einen Rummelplatz zu gehen.

Ob Familientherapie ausreicht, das Symptom Stottern ganz zum Verschwinden zu bringen, vermag ich nicht zu beantworten, da in den von mir behandelten Familien die Kinder bereits vorher oder parallel sprachtherapeutisch behandelt wurden. Die Chance des beschriebenen familientherapeutischen Vorgehens besteht darin, über die Veränderung des Umfeldes wesentliche Hindernisse auf dem Weg zu einer erfolgreichen Behandlung des stotternden Kindes zu beseitigen und diesen zumindest abzukürzen.

Summary

Stuttering Children and Their Families

In the treatment of families with stuttering children a typical multigenerational pattern of relationship was

found. By this the intrapsychic conflicts of the symptom-bearer is to be looked at as the introjection of an actual interpersonal conflict in the family. This conflict is composed of several factors: a tyrannous person in the grandparents-generation acting out her/his arbitrariness, fear of punishment, defense of aggression and feelings of threat in the nuclear family of the stutterer, which are especially caused by a masochistic submissiveness of the parents to the tyrannous grandparent, a collective impediment of speech in the family, in which speaking is magically cathected as an aggressive act, family secrets and a special emphasis on speech. The stuttering child is in a specific conflict of delegation: it is the bearer of the impulses of arbitrariness and of the family's defense against them. The symptom is released by an actual trauma, by which the hitherto latent aggressive conflict in the family comes to a head in a threatening manner. The described results are related to previous psychoanalytic findings. Treatment chances and possibilities are discussed.

Literatur

- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G.* (1981 a): Unsichtbare Bindungen. Stuttgart. – *Boszormenyi-Nagy, I.* (1981 b): Kontextuelle Therapie: Therapeutische Strategien zur Schaffung von Vertrauen. *Familiendynamik* 6, 176–195. – *Dührssen, A.* (1968): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen. – *Dührssen, A.* (1969): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen. – *Ebtinger, R. u. J.* (1976): Zur analytischen Psychotherapie kindlicher Sprachhemmungen. In: *Biermann, G.* (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband. München, 423–436. – *Fenichel, O.* (1931): Hysterien und Zwangsneurosen. Wien. (Nachdruck: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt 1967.) – *Karpel, M. A.* (1980): Family Secrets. *Family Process* 19, 295–306. – *Niess, F.* (1981): Die Angst des Stotterers vor Gefühlen. *Süddeutsche Zeitung* 24.9.1981, 47. – *Selvini-Palazzoli, M. et al.* (1979): Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart. – *Sperling, E. et al.* (1982): Die Mehrgenerationen-Familietherapie. Göttingen. – *Thamm, A.* (1973): Psychotherapie beim Stottern des Kindes und Jugendlichen in: *Biermann, G.* (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II München, 971–981.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Günter Reich, Abteilung f. Psycho- und Soziotherapie der Universität, Humboldtallee 38, 3400 Göttingen.