

Krause, Matthias Paul

Stottern als Beziehungsstörung - Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 1, S. 15-18

urn:nbn:de:bsz-psydok-30782

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision—Constructive and Destructive Effects)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E. E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	142
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256
<i>Dühßler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany—Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödiptalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288
<i>Hobrücker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37
<i>Hopf, H. H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödiptalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Krause, M. P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity—New Perspectives)	210
<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adolescenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father—the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Panagiotoopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of an tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	Thea Schönfelder zum 60. Geburtstag	70
<i>Schemus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children) . . .	19	Manfred Müller-Küppers zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	Curt Weinschenk zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: Marianne Frostig	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	Rudolf Adam zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
<i>Schniedermeier, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Tagungsberichte		<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grim- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F. B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G. H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E. A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Vofß, R.</i> (Hrsg.): Helfen . . . aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Stottern als Beziehungsstörung

Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder

Von Matthias Paul Krause

Zusammenfassung

Die Behandlung des stotternden Kindes in seiner ersten Lebensdekade erfordert die vorrangige Einbeziehung der primären Bezugspersonen des Kindes, meist seiner Eltern. Es wird davon ausgegangen, daß sowohl der familiär-strukturelle Aspekt der Lebenssituation des Symptomträgers als auch biographisch relevante Erfahrungen der Eltern zur Verursachung und Aufrechterhaltung des Symptoms „Stottern“ entscheidend beitragen. Stottern signalisiert demzufolge eine Störung in Beziehung und Kontakt zwischen Eltern und Kind. Die Methode des Analytischen Psychodrama trägt dazu bei, vorliegende Beziehungsstrukturen zu verdeutlichen und positiv zu beeinflussen. Zwei Fallbeispiele veranschaulichen Facetten des therapeutischen Vorgehens.

1. Einleitung

Die Hartnäckigkeit des Stotterns in der Therapie älterer Kinder und Jugendlicher ist einer der wenigen übereinstimmenden Befunde bei unterschiedlichen Behandlungsansätzen (Heinzel, 1976, 203). Der Schweizer Psychologe und Logopäde *H. J. Motsch* persiflierte das Dilemma auf einem Kongreß der DGVT 1978 folgendermaßen:

„... es gibt wenig, was in der Behandlung des Stotterns unversucht blieb: Es wurde gesungen, getanz, geschrien, gestraft, gelobt, geschont, gefordert, ermahnt, entspannt und vieles andere mehr. Von der großen Psychoanalyse bis hin zum Jojo-Spiel, vom Turnen an frischer Luft bis hin zur medizinischen Elektrotherapie oder Hypnose reicht die Palette therapeutischer Ansätze ...“ (Motsch, 1978, 162).

Erfolge seien mäßig, die von *Nadoleczy* 1929 mitgeteilten Ergebnisse: Ein Drittel beschwerdefrei, ein Drittel gebessert, ein Drittel unbeeinflusst, seien (trotz aller neueren Erkenntnisse und Einbeziehung kombinierter Be-

handlungsverfahren) im wesentlichen noch gültig (Motsch, 1978, 162).

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, im Falle eines Risikos so früh wie möglich mit einer Intervention einzusetzen (Fawcus, 1980), ehe sich das sekundäre Stadium mit Vermeidungshaltungen und sekundären Verhaltensstörungen fixiert (Heidemann-Tagmann, 1978). Aus verständlichen Gründen schließt sich bereits im ersten Stadium ein *Circulus vitiosus* zwischen elterlicher Panik und kindlichem Stottern. Die Intervention muß zuallererst auf der Seite der Beziehungsperson des jungen Kindes erfolgen.

2. Psychogenetische Annahmen – Das Symptom entsteht in der sozialen Beziehung

Dem familiären Bezugsrahmen des stotternden Kindes (also der ‚Elternseite‘) Beachtung zu schenken, ist keine neue Idee. 1942 formuliert *Wendel Johnson* über den Beginn des Stotterns: Stottern sei eine diagnosogene Störung, und zwar „not in the child’s mouth but in the parent’s ear“. Gemeint ist, daß durch die Reaktion der Umweltpersonen und ihre Wiederholung ein bestimmtes, zunächst weitgehend natürliches, verstehbares und „normales Versprechverhalten“ als Stottern diagnostiziert wird, hier im Sinne von benannt – gekennzeichnet – festgelegt (Schultheis, 1978, 85).

Für das Kind wird somit der Übergang von der Phase der normalen Sprechunterbrechungen oder des physiologischen Stotterns zur Phase des primären Stotterns gebahnt. Die Verhaltensstrategien, die die Eltern zur Behandlung der Störung anwenden (wie z. B. Anhalten zum langsamen Sprechen, allgemeine Beruhigungsversuche, Satz- und Wortwiederholungen, Atemtechniken, Anhalten zum Schweigen bis hin zu Körperstrafen) sind darauf ausgerichtet, das hohe Erregungsniveau des Kindes beim Sprechen zu senken. Im Verlauf führen sie beim Kind

1. zur Sensibilisierung auf seine Sprechweisenart, und damit

2. zur Entwicklung des Dreieckverhältnisses von Stottern – Angst – Vermeidung. Damit schließlich wird Stottern als „sekundäres Stottern“ fixiert (*Widlak/Fiedler*, 1976, 216 ff.).

Mit den oben erwähnten, weitverbreiteten Behandlungsstrategien der Eltern geben diese dem Kind die Botschaft, Affekte in ihrer Intensität zu unterdrücken. Dies entspricht nicht zuletzt den kultur- und familienpezifischen gültigen Regeln für Affektausdruck. Beim Kind wird auf diese Weise eine „Affektinhibition“ hergestellt (*Ekman*, 1977, „Deemphasizing of any emotion“; zit. n. *R. Krause*, 1978, 175 f.).

Es ist zu vermuten, daß das spätere Stotterkind schon lange vor Symptomanifestation in einer Umgebung aufwächst, in der expressives und affektives Verhalten von den Eltern weder geschätzt, noch praktiziert, noch verstärkt wird. Erwachsene Stotterer geben so z. B. häufiger als eine Kontrollgruppe an, „daß ihre Eltern versucht hatten, ihre Gefühle im Beisein der Kinder nicht zu zeigen und die Familie nach außen abzuschirmen“ (*R. Krause*, 1978, 175). Nach *Dührssen* (1978) entsteht Stottern nicht nur aufgrund einer Inhibition von Affekten, sondern durch Hemmung von Kommunikation überhaupt. Sie weist darauf hin, daß beim Stottern ein „Impuls zur Mitteilung unterbrochen wird von einem Gegenimpuls zu Verschweigen“. Das Kind, der spätere Symptomträger, erlebt so von klein auf, daß ihm nicht ausreichend zugehört wird. In den Familien regiere eine „oberflächliche und vorgetäuschte Friedfertigkeit“, nicht selten finde sich dahinter eine Familienperson (z. B. die Mutter) einem anderen gegenüber stark im Hintertreffen (z. B. dem Vater oder den Schwiegereltern), gegen den sie keinen offenen Widerstand wage. Beim Kind entstehe die Verwirrung darüber, „was man aussprechen darf“. Koalitionsbildungen, heimliche Verwöhnung und Geheimnistuerei charakterisieren die Familiensituation: „Eltern bringen ihre Kinder über die Realität und über die eigene Rolle stark in Verwirrung“ (*Dührssen*, 1978, 288 ff.).

Anzieu (1982) stellt fest, „daß das stotternde Kind einer Mutter unterworfen ist, die ebenso gierig ist wie es selbst und die obendrein nach ihm gierig ist. Verbissen sucht sie eine totale Abhängigkeit des Kindes ihr gegenüber aufrecht zu erhalten, da sie befürchtet, daß seine materielle und psychische Autonomie für sie den Verlust eines geliebten, für ihr Leben unentbehrlichen Objekts bedeuten könnte.“ Und „diese quasi symbiotische Beziehung schließt jedes Verhältnis zu einem dritten Objekt, das nicht zur Mutter-Kind-Einheit gehört, aus“ (S. 151).

Eine solche Haltung – hier: der Mutter – gegenüber ihrem Kind kann der Mutter natürlich nicht schuldhaft vorgeworfen werden; vielmehr resultiert sie wiederum aus der Biographie der Mutter als Kind. Selbst unzufrieden und an adäquater Zuwendung nicht satt geworden, kann sie ihr Kind nicht sättigen, frustriert es statt dessen und erzeugt so eine fortbestehende Gier, verbunden gleichzeitig mit dem Verbot zu ‚wünschen‘ oder zu protestieren. Denn das Kind wird die Quelle seiner Befriedigung nicht angreifen wollen, um sich damit die Chance, doch noch ‚zu bekommen‘ zu zerstören. So wird die voll-

ständige subjektive Autonomie vom Betroffenen, dem Stotterer, nie erreicht (vgl. *Anzieu*, 1982).

Mütter stotternder Kinder äußern dementsprechend in der Therapie die von ihnen erlebte Bedrohung, von ihrem gierigen Kind ‚aufgefressen‘ zu werden. Sie erleben die natürliche Ansprüchlichkeit des Kindes als Übergriff, Aggression und Eingrenzung eigener persönlicher Möglichkeiten. Die ausdrückliche Bedürftigkeit des Kindes erweckt bei der Mutter unbewußt schmerzvolle Reminiszenzen an das eigene Nicht-Zufriedengestellt-worden-sein ihres „Kind-Ich’s“ (s. Transaktionsanalyse, z. B. *Bücher*, 1981). Im Umgang mit dem kindlichen Anspruch auf unvoreingenommene Zuwendung zeigen diese Mütter einen ‚blinden Fleck‘. Sie agieren aus Affekten, die den eigenen frühen kindlichen Schmerz kompensieren: Strenge, Verunsicherung, Vorwurf, Verzweiflung. Das Stottern des Kindes bei Symptomanifestation kennzeichnet demzufolge einen (vorläufigen) Höhepunkt der Kontaktstörung, indem es mit dem Symptom auf sprachlicher Ebene die Beziehungsstörung ersichtlich und hörbar symbolisiert. Die „dialogische Interaktion“ zwischen Kind und Mutter (oder der Bezugsperson) erweist sich als seit jeher gestört (vgl. *Steffen*, 1981).

Zitat einer Mutter aus der Therapie „... er (gemeint ist ihr fünfjähriger Sohn) hat mir heute morgen schon wieder den Kopf vollgequasselt, daß ich Mühe hatte, mit meiner Aufmerksamkeit bei ihm zu bleiben ...“. Abschließend kann man festhalten, daß das Symptom des Kindes den Charakter eines Signals erhält, mit dem es

- ein emotionales Defizit, einen von ihm subjektiv erlebten Mangel zum Ausdruck bringt;
- eine Hemmung seiner sprachlichen wie affektiven Expressivität durch eine überdauernde Haltung seiner Bezugsperson anzeigt (*R. Krause*, 1978);
- sich gegen eine nicht kindgemäße Rollenattribution wehrt (z. B. Partnersubstitut; *Heinrich*, 1981);
- von existentiellen Störungen der Familienstruktur Aufmerksamkeit ablenkt, dadurch Ehe und Familie zusammenhält (*Steffen*, 1981).

3. Psychotherapeutischer Behandlungsansatz – die Behandlung des Symptoms erfolgt in der Beziehung

Die vorangestellten Überlegungen legen nahe, als Behandlungsansatz die psychotherapeutische Betreuung der Eltern zu wählen. Erfahrungen mit verschiedenen Methoden liegen bereits vor (zusammengefaßt bei *Lotzmann*, 1981; *Motsch et al.*, 1977). Verhaltensstrategien, in direkter oder suggestiver Lenkung, etwa im Sinne einer Erziehungsberatung zu vermitteln, erscheint wenig erfolgversprechend. Vielmehr muß die therapeutische Intervention die Erhellung der Beziehungsstrukturen, der Rollenaufträge und Gefühlshaltungen, die im Verhältnis zum Kind wie auch zwischen den Eltern bestehen, leisten.

Theorie wie Methodik des Analytischen Psychodrama erweisen sich hierfür als hilfreich (*M. P. Krause/v. Wachter*, 1983). Rollenspiel und Haltungsanalyse machen ak-

tuelle grundlegende Einstellungen, Botschaften und Gefühle unmittelbar offensichtlich und erlebbar. Zudem erlauben sie den Rückschluß auf die Soziogenese der jeweiligen elterlichen Haltung, wie sie sich in der Herkunftsfamilie der Eltern konstellierte und erworben wurde (Leutz, 1974, 1980). Schließlich eröffnet das Spiel kreative Problemlösungen.

Fallbeispiel: Frederik

Der knapp zehnjährige Frederik stottert seit der Geburt des Bruders vor drei Jahren phasenweise, in Dauer und Intensität unterschiedlich ausgeprägt. In seiner Familie stellt richtiges und vor allem flüssiges Sprechen einen hohen familiären Wert dar. Die Mutter erklärt: „Wir sind alle Vielsprecher – alle außer Frederik sind äußerst kommunikativ!“ Sie ist es, die sich auch besonders um ihren Sohn ängstigt; daß er sich zurückziehen und introvertiert werden könnte.

In einem Rollenspiel mit den Eltern (der Vater spielt den Sohn) wird die emotionale Haltung der Mutter zu ihrem Sohn näher exploriert. Als Essenz ergibt sich eine Szene, in der sie den ‚Sohn‘ mit einer Hand umarmt und zu ihm äußert: „Ich klammere dich fest!“; mit der anderen macht sie eine fürsorgliche Gebärde über seinem Kopf, spricht zu ihm: „Ich beschütze dich!“ In der Rolle des Sohnes (der Vater spielt die Haltung der Mutter) empfindet sie „eine Last“ und äußert: „Laß mich frei, – ich will selbst entscheiden!“

In wenigen Szenen ist eindrucksvoll deutlich geworden, daß das Entlassen des Kindes in die Selbständigkeit das eigentliche Problem der Beziehung zwischen Mutter und Sohn darstellt. Die Mutter hat darüber hinaus am eigenen Leibe erfahren, wie belastend sich Überbehütung und Abschirmung anfühlen und auswirken. Weitere Szenen verdeutlichen die Genese der behütenden symbiotischen mütterlichen Haltung.

Im Rollentausch mit einer „bösen“, ein stotterndes Kind zurückweisenden Schuldirektorin – entdeckt sie eigene ablehnende Gefühle gegen den Sohn („du paßt hier nicht hin – du gehörst nicht zu uns“). Danach tauscht die Mutter die Rolle, spielt den Sohn und erlebt diesen Satz aus seiner Perspektive. Als Mutter wiederum erinnert sie ein „häßliches Gefühl“ des Ausgeschlossenwerdens, wenn immer F. ihr erklärt, daß er jetzt alleine spielen wolle. Im Aufgreifen dieser Erinnerung wird ihr Gefühl zur Verärgerung, aus dem sie dem Kind wütend erklärt: „Du wirst schon merken, wie du mich brauchst – daß du es ohne mich nicht schaffst!“

Hier fällt der Mutter ein, daß sie sich in Kindheit und Jugend in extremem Maße um die eigene Mutter, eine Herzpatientin, habe kümmern müssen und ihr Leben von der Angst vor deren nächsten Schlaganfall geprägt war. Das Streben nach Autonomie ihres Sohnes rührt an den Schmerz der Mutter, in ihrer Beziehung zur eigenen Mutter keine Chance zur Abgrenzung, zur erlaubten, wohlwollenden Trennung gehabt zu haben.

Situationen dieser Art werden mit beiden Eltern immer wieder gespielt. Unter dem Eindruck der Rollenspiele

entwickelte der zuvor familiär „periphere“ Vater mehr Kontakt und Aktivitäten mit dem Sohn. In der Folgezeit berichten die Eltern übereinstimmend von einem deutlich harmonischeren Familienleben sowie einer Reduktion des Stotterns, das sich zuletzt nur noch in Verzögerungen im Redefluß und Wortwiederholungen äußert.

Es wurde bereits erwähnt, daß ein Symptom des Kindes auch insofern ein Nutzen für den Familienverband haben kann, als daß die familiäre Aufmerksamkeit von einem existentiellen Problem abgelenkt und auf das Symptom konzentriert wird. Das Vorhandensein des Symptoms hält die Familie zusammen und garantiert ihr Fortbestehen.

Fallbeispiel: Jan

Der 3¼jährige Jan wird wegen eines phasenweise auftretenden Stotterns vorgestellt. Beginn des Symptoms mit 2;2, danach vier Monate lang symptomfrei nach ausschließlich symptomorientierter Beratung, seitdem Stottern in wechselnder Intensität. Er hat einen zwei Jahre älteren Bruder. Die Mutter macht sich erhebliche Sorgen, befürchtet Kontaktstörungen des Kindes im Kindergarten. Es gibt Freunde der Familie, die stottern.

In den ersten therapeutischen Kontakten mit den Eltern wurden folgende Beziehungsmuster klarer erarbeitet: Die Mutter fühlt sich als Hausfrau und Mutter überbelastet, von ihren Kindern aufgefressen („da hilft nur noch Hals umdrehen“). Für den Vater sind acht Stunden Beruf Erholung. Er wünscht sich mehr Gemeinsamkeiten mit seiner Frau, mehr Gespräch – dem allerdings geht seine Frau mit dem Wunsch nach mehr Zeit für sich aus dem Weg. Er beklagt sich über die Kinder, gibt seinem Ärger Ausdruck, daß J. immer dann seinen Willen entgegengesetzt, wenn er etwas von dem Kind verlange (z. B. ihn nicht zu stören und alleine zu spielen).

Beide spielen eine Szene während des Hausbaus, beim Anstreichen. Das Kind (von der Mutter gespielt) kommt zum Vater: „... warum spielst du nicht mit mir?!“ – Der Vater schickt den Jungen weg, das Kind bleibt stur. Mit einem Gefühl des Versagens bricht der Vater den Kontakt zum Kind ab, zieht sich zurück. In der Rolle des Kindes erlebt er seine väterliche Reaktion mit einem Gefühl großer Enttäuschung. Das veranlaßt ihn, Alternativen auszuprobieren: sich etwas „zusammenzureißen“, einen Kontaktversuch zu machen, z. B. J. in den Arm zu nehmen.

Neben Aspekten der Interaktionsstörung zwischen Vater und Sohn wird in den Kontakten der Partnerkonflikt spürbar deutlicher. Eine Familienskulptur drückt ihn, und die Rolle der Kinder darin, drastisch aus: Der Vater sitzt mit seinem Wunsch, etwas Gemeinsames mit seiner Frau zu machen, hilflos-resignierend seiner Frau gegenüber, die zwei Stühle für die Kinder zwischen sich und dem Mann aufgestellt hat und sie festhält. Sie „verschanzte“ sich vor dem Mann mit dem Vorwand, für die Kinder dasein zu müssen.

Ein nachfolgendes Gespräch macht deutlich, daß die Ehe tatsächlich auseinander zu gehen droht, sie durch

die Hoffnung auf ein Wunder und Abwarten von seiten des Vaters, durch Entschlußlosigkeit und Konfusion der Mutter notdürftig aufrechterhalten wird. Die Familienatmosphäre ist von gegenseitigen Vorwürfen, Gereiztheit und Unzufriedenheit belastet, der irritierte Sohn produziert sein Stottern, das die Eltern nicht zuletzt dazu bewegt, gemeinsame therapeutische Gespräche aufzusuchen.

Hier sorgt also das Symptom des Kindes für eine Art elterlicher Gemeinsamkeit. Gegen Ende der festgelegten Stundenzahl ist beiden Eltern klar, daß es zunächst darum gehe, „über einige Dinge zu reden, die in der Luft hängen“. Ein Schlusssatz: „Es ist klar, daß wir Jan anfahren, wo wir uns vielleicht gegenseitig anschreien sollten.“ Je mehr die Eltern im Verlauf der acht Stunden sich mit sich selbst beschäftigen, desto mehr reduzierte sich das Symptom des Kindes.

4. Diskussion

Das stotternde Kind hat mit seiner Symptomwahl meist einen empfindlichen Nerv der Familie getroffen (z. B. Wertschätzung einer guten, gebildeten, flüssigen Sprechweise oder panische Angst bei den Eltern, die mit Stotterern aus ihrer Biographie vertraut sind). Von Anfang an besteht das Symptom Stottern also in der Beziehung. Mit Stottern erringt das Kind zunächst unmittelbare Beachtung und bekommt erhebliche Aufmerksamkeit sowie Zuwendung. Damit kompensiert es einen Mangel.

Da das Symptom aus dem Bereich der sprachlichen Kommunikation entstand, scheint es auf ein Defizit an adäquater, kindgemäßer „Ansprache“, „Verständigung“ oder „Verständnis“ hinzuweisen. Da es in der sprachlichen Kommunikation um Kontakt geht, zeigt das sprachliche Symptom „Stottern“ eine Störung des Kontaktes an. Es kann sich dabei um ein Zuwenig oder ein Zuviel an Kontakt handeln; Ursache kann eine dem Kind undurchschaubare Abgrenzung sein oder ein Fehlen von klaren Grenzen. Denkbar ist auch ein Mangel an Zeit, zu der das elterliche Interesse nur dem Kind gilt, das Kind bestimmen darf, was gespielt wird.

Die Eltern, die diese inadäquate Haltung gegenüber dem Kind zeigen, reproduzieren dies entweder aus ihrer eigenen erlebten Biographie oder sind mit persönlich oder familiär bedeutsamen Erleben und Geschehnissen überbeschäftigt, die sie nicht aus der Beziehung zum Kind fernhalten können.

Daraus folgt wiederum eine unausgesprochene, dem Kind undeutliche Abgewandtheit, die wiederum Schuldgefühle hervorruft und nachfolgend Verwöhnung – und erneute Abkehr. Das im Unklaren gelassene Kind ringt stotternd um Aufmerksamkeit. Die Psychodrama-Technik gestattet eine den Eltern gefühlsmäßig wie kognitiv evidente Sichtbarmachung ihrer Beziehungshaltung und der relevanten Konfliktthemen im Hintergrund. Dies wiederum entlastet das Kind, verringert sein Symptom und führt zu produktiven Handlungsalternativen.

Summary

Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Child Relationship

Treating stuttering children in their first decade of life requests necessarily psychotherapeutical approaches to parents' relationship and attitudes towards the child. It is suggested that structural aspects of the family system as well as the parents' own biographical experiences cause and sustain the child's symptom. As a consequence, stuttering signalizes relational disfunctions of parents' and child's socioemotional contact. Therapeutical techniques deriving from *Moreno's* Psychodrama are described to be helpful to clarify relevant patterns of interaction. Two case-stories illustrate ways of intervention.

Literatur

- Anzieu, A. (1982): Vom Fleisch zum Wort-Mutismus und Stottern. In: Anzieu, D. (Hrsg.): Psychoanalyse und Sprache. Paderborn: Junfermann Verlag. – Bischer, R. (1981): Möglichkeiten der Elternberatung mit Hilfe der Transaktionsanalyse. In: Lotzmann, G. (Hrsg.): Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen. – Dührssen, A. (1978): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. – Fawcus, M. (1980): Primäre und sekundäre Verhütung des Stotterns. In: Sprache-Stimme-Gehör 4. – Heidemann-Tagmann, B. (1978): Diagnostik und Therapie junger Stotternder unter besonderer Berücksichtigung der „non-avoidance-Theraphien“. In: Sprache-Stimme-Gehör 2, S. 99–104. – Heinrich, H. (1981): Elternberatung und Elternarbeit aus der Sicht des Sprachheillehrers. In: Lotzmann, G. – Heinzel, J. (1976): Das Problem des Stotterns und die verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 25. – Krause, R. (1978): Stottern und nonverbale Kommunikation: Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Affektinhibition und Stottern. In: Kongreßbericht II „klinische Psychologie“ der DGVT, Hamburg. – Krause, M. P./von Wachter, A. (1983): Diagnose des sozialen Lebensraumes II. Unveröff. Manuskript; Jahreskongreß des BDP, Düsseldorf. – Leutz, G. (1974): Psychodrama. Berlin: Springer. – Leutz, G./Oberboreck, K. (1980): Psychodrama. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 15. – Lotzmann, G. (1981): „Elternberatung und Familientherapie bei Sprach-, Sprech- und Hörstörungen“. – Motsch, H. J. (1978): Schweregradmessung, Therapieprozeßdarstellung und Therapieerfolgsmessung bei Stotterern. Kongreßbericht II „Klin. Psych.“ der DGVT, Hamburg. – Motsch, M./Affeld-Niemeyer, P./Bader, L./Hoefert, H. (1977): Zur Analyse der Interaktion von stotternden Kindern und ihren Eltern. Kongreßbericht II „Verhaltenstherapie-Praxis“, Berlin. – Schultheis, J. R. (1978): Aktuelle Theorievorstellungen und ihre Beziehung zum Stottern. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 27. – Steffen, H. (1981): Spracherwerb und Familie: kognitiv-sprachliche und affektive Entwicklung im dialogischen Bezugssystem der Familie. In: Lotzmann, G. – Widlak, H./Fiedler, P. A. (1977): Einige Bemerkungen zur Früherkennung und Frühbehandlung des kindlichen Stotterns. Kongreßbericht II „Verhaltenstherapie-Praxis“, Berlin.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Matthias Paul Krause, Kinderneurologisches Zentrum Bonn, Waldenburger Ring, 5300 Bonn 1.