

Angst und Scham in der Stottertherapie

Der Stellenwert von Gedanken und Gefühlen von stotternden Jugendlichen und deren Bearbeitung in der Therapie

Sylvia Rainel-Straka, Ingrid Wolf

ZUSAMMENFASSUNG. Aus den Erfahrungen unserer Intensiv-Intervalltherapien mit Jugendlichen auf Basis des van Riper-Ansatzes hat sich die Frage ergeben, warum manche Jugendliche von der klassischen Desensibilisierung gut profitieren können und andere nicht. Im Rahmen unserer Supervision wurden wir auf die kognitiven Prozesse aufmerksam, wie sie bei stotternden Jugendlichen ablaufen können, und beginnen, die Berücksichtigung dieser Prozesse in unsere Arbeit zu integrieren. Dabei erscheint uns besonders sinnvoll, das eigene methodische Handeln mit den Erkenntnissen aus der Kognitiv-Emotiven Verhaltenstherapie (Ellis 1997) und der Emotionstherapie (Lammers 2007) zu verknüpfen, weil vor allem die Gefühlswelt der Jugendlichen auf das Stottern sowie auf die notwendige Veränderung in der Desensibilisierungsphase einen wesentlichen Einfluss hat. Im vorliegenden Beitrag beschreiben wir die kognitiven „Verzerrungen“, die bei Stotternden in Erscheinung treten können, und gehen besonders auf Angst, Scham und Selbstwertgefühl ein. Wir veranschaulichen unsere Überlegungen mit eigenen und fiktiven Beispielen von Therapiefehlern.

SCHLÜSSELWÖRTER: Gruppentherapie – van Riper – Jugendliche – Stottertherapie – Desensibilisierung – Kognitive Umstrukturierung – Emotionsfokussierung – Angst – Scham

Einleitung

Unser Konzept für die Arbeit mit stotternden Jugendlichen, das wir in Form einer Intensiv-Intervalltherapie (s.u.) in zwei Durchgängen erprobt haben, ist ein Nicht-Vermeidungs-Ansatz, der auf den Behandlungsgrundlagen von van Riper (1986) und Carl Dell (1994) basiert. Unsere Arbeit ist aber auch wesentlich von Wendlandt (1980), Sandrieser und Schneider (2001), Zückner (2004), Prüß (2001) sowie Breitenfeld und Lorenz (2002) beeinflusst. Sie haben uns die praktische Umsetzung durch die Vermittlung ihrer Kenntnisse erleichtert.

Intensiv-Intervalltherapie für Jugendliche

- Teilnehmer: 10 Jugendliche (9 Jungen, 1 Mädchen)
- Alter: 12;11 bis 16 Jahre
- Behandlungszeit: insgesamt 9 Wochenenden verteilt auf 10 Monate, an jeweils 2 aufeinander folgenden Wochenenden (Samstag und Sonntag)
- Gesamtumfang: 152 Stunden.
- Wesentlicher Baustein ist die Mitarbeit der Eltern.

Für Jugendliche mit schwerer und sehr schwerer Symptomatik und geringem Vermeidungsverhalten ist es eine adäquate Methode, um eine nachhaltige Verringerung der Symptome erzielen zu können. Die Evaluierung, die wir im Zuge beider Projekte durchgeführt haben, bestätigt dies auch. Acht von zehn Teilnehmern sind auch bei der Nachuntersuchung ein Jahr nach Therapieende subjektiv mit ihrer Sprechflüssigkeit zufrieden, wie das Beispiel zeigt (Kasten).

Uns beschäftigen aber in erster Linie jene Jugendlichen, die subjektiv mit ihrem Ergebnis unzufrieden waren. Dabei handelt es sich um zwei Jungen im Alter von 12;11 und 15 Jahren, die bei der Anamnese ein starkes Vermeidungsverhalten und eine geringe Kernsymptomatik aufwiesen.

Nachdem die Entwicklung bis zum Beginn der Modifikationsphase zufrieden stellend verlaufen war, sich durchaus Zeichen für eine Desensibilisierung beobachten ließen – z.B. das Auftauchen einer ausgeprägten Kernsymptomatik, vor allem in der Pausensituation, Blickkontakt halten können, Pseudostottern in unterschiedlichen Situationen durchführen können –, waren wir umso erstaunter, dass sich trotz sehr guter

Sylvia Rainel-Straka beendete ihre Ausbildung zur Logopädin 1982 am AKH Wien. Danach sammelte sie umfangreiche Erfahrungen am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel und der II. Univ.-HNO-Klinik in Wien. In der langjährigen Tätigkeit an der Univ.-Klinik für Psychiatrie des Kindes - und Jugendalters am AKH Wien entwickelte sich das Stottern zu ihrem Schwerpunktthema. Zurzeit ist sie in freier Praxis als Logopädin und Verhaltenstherapeutin in Ausbildung unter Supervision (ÖGVT) tätig und lehrt an den Fachhochschulen für Logopädie in Wien und Wiener Neustadt.



Ingrid Wolf ist seit 1974 Logopädin und absolviert ihre Ausbildung am Allgemeinen Krankenhaus in Linz. Danach arbeitete sie an der Univ.-HNO-Klinik am Landeskrankenhaus in Graz, später an der Univ. Kinderklinik des AKH Wien. Hier spezialisierte sie sich auf kindliche Sprech- und Sprachstörungen. Nach der Karenz arbeitete sie am Heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl; dort galt ihr besonderes Interesse den stotternden Kindern und Jugendlichen. Diese Arbeit setzt sie nun an der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Thermenklinikums Mödling und in freier Praxis fort. Hinzu kommen verschiedene Vortragstätigkeiten und Aktivitäten in Arbeitsgruppen.



Nachbesserungs- und Pull Out-Technik kaum eine weitere Verbesserung der Symptomatik erzielen ließ.

Für uns stellte sich die Frage, ob bei Stotternden mit hohem Vermeidungsverhalten die Angst vor dem Stottern oder eher die Angst, als Stotternder erkannt zu werden, im Vordergrund steht. Dies würde dann ein anderes therapeutisches Vorgehen erfordern. In der gemeinsamen Reflexion und Supervision haben wir damit begonnen, uns mit verhaltenstherapeutischen Konzepten auseinanderzusetzen und sie in die Therapie zu integrieren.

■ **Abb. 1: Auseinandersetzung mit Gefühlen in einer Zeichnung**



Bearbeitung von Gedanken und Gefühlen

Stottern und Kognitions- verarbeitung

Generell ist zu bedenken, dass bewusste und unbewusste kognitive Vorgänge eine große Bedeutung für unser Erleben haben. Sie entscheiden, welche Sichtweisen oder Eigenschaften, Interpretationen oder Schlussfolgerungen wir mit einer Sache, Person oder Situation verbinden.

So haben wir die Jugendlichen zuerst mit den kognitiven „Verzerrungen“ konfrontiert, die oft im Zusammenhang mit Stottern auftreten. Anhand einer Liste mit Beispielen hat jeder Jugendliche seine Verzerrungen identifiziert. Anschließend wurde darüber diskutiert. Alle haben sich intensiv und interessiert mit diesem Thema auseinandergesetzt (Abb. 1).

Allgemeine Beispiele für kognitive Verzerrungen in Bezug auf das Stottern (in Anlehnung an Beck et al. 1996)

- *Dichotomes Denken*: Ich stottere, also bin ich ein absoluter Idiot. Nur flüssige Sprecher erreichen ihre Ziele.
- *Katastrophendenken*: Ich stottere, also kann ich keinen Beruf erlernen und kein normales Leben führen.
- *Übergeneralisierung*: Ich stottere, also konnte ich dieses Referat nicht halten und werde auch keine mündliche Prüfung bestehen.
- *Tunnelblick*: Alle Stotternden sind unfähig und unbeliebt.
- *Willkürliche Schlussfolgerungen*: Sie wenden sich ab, wahrscheinlich ist mein Sprechproblem Thema.
- *Über-/Untertreibung*: Ich stottere, also kann aus mir nichts werden.

16-jähriger, zweisprachiger Jugendlicher bei der Abschlusspräsentation nach 10 Monaten Intensiv-Intervalltherapie

„Ich habe mir die Frage gestellt: Was hat mir die Therapie ah,ah gebracht? In erster Linie habe ich gelernt, dass ich etwas versuchen muss, um zu sagen: Ich kann es nicht. Ein Ziel von mir war es, dass ich mich nicht hinter meinem Stottern verstecke, ah deswegen machte ich mein erstes Referat in der Schule, in der Handelsschule. Es kostete mich sehr viel Überwindung, aber ich zog es bis zum Schluss durch. Nach jeder Umfrage wurde ich immer selbstsicherer und ah ging dann auch auf Personen zu, die ich sonst nie angesprochen hätte. Mittlerweile macht es mir schon Spaß, wenn ich Leute nach irgendwas fragen oder belästigen kann. Weniger Spaß macht es mir, wenn ich Leute anspreche und die tun mich einfach ignorieren. Früher habe ich nur die notwendigen Telefonate durchgeführt, aber jetzt rufe ich nur so an, damit ich sehen oder hören kann, dass ich es auch ohne stottern kann. Ich kam auch von der Wahnvorstellung ab, was die Leute um mich herum über mich denken. Als nächstes muss ich noch mehr mein Stottern wahrnehmen, damit ah ich gezielt meine Übungen machen kann. Ich denke, alles zeigt sich mit der Zeit.“

(Die Embolophonien und die unterstrichenen Buchstaben, die die Stottersymptome andeuten, sollen darauf hinweisen, dass aus logopädischer Sicht durchaus noch Behandlungsbedarf besteht, aber wie gesagt, „alles zeigt sich mit der Zeit!“)

- *Emotionale Argumentation*: Er war nett, aber ich spüre, dass er mich nicht leiden kann, weil ich stottere.
- *Soll-Muss-Denken*: Ich darf nicht stottern. Es ist wohl das Mindeste, gut sprechen zu können.
- *Etikettierung*: Mit meinem Stottern bin ich wirklich das Letzte.
- *Personalisierung*: Der Mann geht schnell weiter, er möchte nicht von einem Stotternden befragt werden.
- *Kontrolltäuschung*: Ich spreche lieber gar nicht, wer weiß was passiert, wenn ich den Mund aufmache.
- *Disqualifikation positiver Erfahrungen*: Nur durch Zufall bin ich für diesen Job genommen worden.
- *Fairnesserwartung*: Dass ich stottere, ist absolut unfair und ungerecht.

In der Arbeit mit unseren Jugendlichen haben sich die Grenzen der kognitiven Umstrukturierung deutlich gezeigt. Die kognitiven Verzerrungen konnten benannt und auch wahrgenommen werden, aber die Gefühle, die beim Stottern aktiviert werden, blieben trotzdem bei einigen unverändert.

Stottern und Emotionsfokussierte Ansätze

Eine grundlegende Änderung lässt sich u.E. nur durch die Arbeit mit den Emotionen erreichen, da sie die Voraussetzung für eine dauerhafte Veränderung sind. Für das Erleben dieser Prozesse ist eine sichere und von Akzeptanz geprägte Grundhaltung Voraussetzung (Abb. 2).

In der Desensibilisierungsphase werden stotternde Patienten in der Regel nach ihren Emotionen in Bezug auf das Stottern befragt. Die erstgenannten, spontan geäußerten Gefühle, wie z.B. Wut und Zorn sind allerdings oft sekundäre Gefühle. Die grundlegenden primären Emotionen können vom Patienten zu diesem Zeitpunkt oft nicht benannt, geschweige denn akzeptiert werden (Kasten).

Stottern und Angst

Angst ist ein natürliches und wertvolles Gefühl, das für unser Überleben von eminenter Bedeutung ist. Überschreitet die Angst allerdings ein sinnvolles Maß, überwiegen die Nachteile. Da sich Angst auf vier Ebenen zeigt (physiologisch, kognitiv, emotional und auf der Verhaltensebene) müssen auch in der Therapie alle vier Ebenen berücksichtigt werden. Dabei kann Angst als Top-down-Prozess bearbeitet werden, das heißt, dass Hierarchien erstellt werden und mit den am meisten

von Angst besetzten Situationen begonnen wird (Flooding).

In der Stottertherapie besteht die Gefahr, dass Patienten während der Desensibilisierungsübungen das Gefühl der Angst nicht zulassen, und damit eine Angstreduktion nicht nachhaltig stattfindet. Im Umgang mit der Angst soll erfahren werden, wie sie bewältigt werden kann. Die Gefahr der kognitiven Vermeidung ist sehr hoch. Wenn sich der Betroffene z.B. denkt, das mache ich jetzt nur, weil es die Therapeutin verlangt, ist eine Angstbewältigung nicht möglich. Der Betroffene soll in der Angst gehalten werden, um sie habituieren und das Erlebnis der Bewältigung erfahren zu können.

Die Angstkurve soll die Konfrontations- bzw. Erleichterungsphase verdeutlichen (Abb. 2). Die Wahrnehmungsrichtung und der Grad der Fokussierung bestimmen unsere Gefühle. Während sich flüssig sprechende Menschen sicher fühlen, solange sie keine Unsicherheitszeichen wahrnehmen, sind stotternde Menschen generell unsicher, solange sie keine Sicherheitszeichen wahrnehmen können (in Anlehnung an Marx 2001). Den Umgang mit der Angst sollen nun Beispiele von Therapiefehlern verdeutlichen.

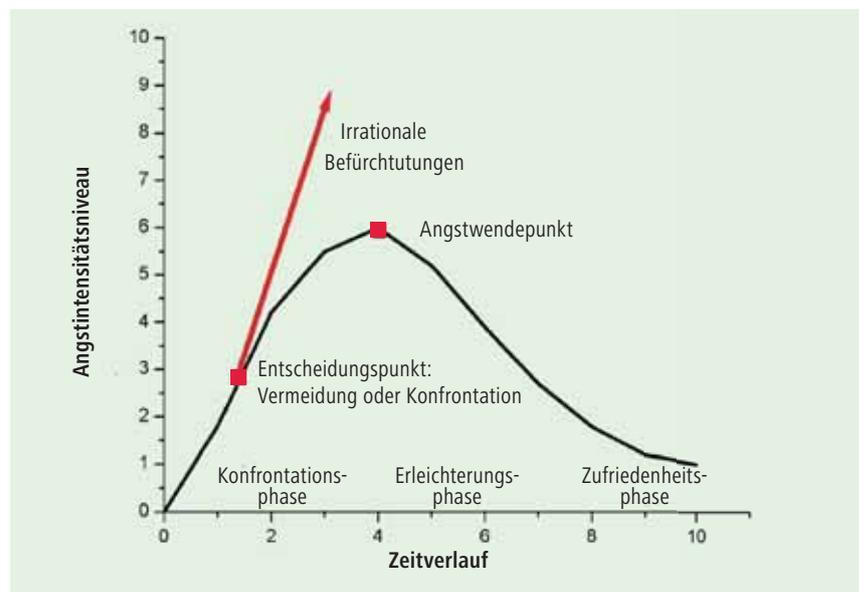
Therapiefehler 1

- Therapeut steht mit Patienten beim Würstelstand.

■ Abb. 2: Primäre und sekundäre Emotionen (in Anlehnung an Lammers 2007)



■ Abb. 3: Angstkurve (in Anlehnung an Alsleben 2006)



15-jähriger, zweisprachiger Jugendlicher (J) im Gespräch mit der Logopädin (L):

- J: „Sie reden halt hinter deinem Rücken alles Mögliche.“
 L: „Hörst du manchmal, was sie hinter deinem Rücken sprechen? Was ist das?“
 J: „Der stottert, na, oder sie schimpfen halt, sie schimpfen mich, dass ich stottere. Sie sagen, jetzt machen wir solche Sachen, z.B. ‚ich verarsche ihn in der Stunde!‘“
 L: „Aber du hast doch vorher gesagt, dass es kaum einer in der Klasse weiß?“
 J: „Ja, aber manche, manche wissen es ja, die Feinde, die wissen es ja! Die Hälfte der Klasse weiß es eh schon.“
 L: „Und deine Gefühle in Bezug auf das Stottern?“
 J: „Ein mieses Gefühl! Man hat Wut, man hat Hass und du hast Angst um’s Leben manchmal. Immer!“

- Therapeut sagt: „Was wäre, wenn Sie nicht verstanden würden?“
- Patient: „Dann schreibe ich es auf ein Blatt Papier.“
- *Der Patient hat das Prinzip der Konfrontation nicht verstanden.*
- Richtige Reaktion: „Bleib in der Situation und versuche die Angst auszuhalten.“

Therapiefehler 2

- Therapeut und Patient bearbeiten eine Hierarchieliste.
- Therapeut: „Ich hab' nicht aufgepasst, wie viele Therapiesituationen fehlen noch?“
- Der Patient antwortet wie aus der Pistole geschossen: „Noch drei!“
- *Der Patient beschäftigt sich nur mit der Situation aufhören zu können (Count-down), ist nicht bei der Bearbeitung des Gefühls.*
- Richtige Reaktion: „Es ist wichtig, dass du mit deinem Gefühl in dieser Situation bleibst und nicht in Gedanken abzählst, wann du fertig bist.“

Therapiefehler 3

- Patient und Therapeut stehen mit Umfragen auf einem stark frequentierten Platz.
- Patient: „Das ist komisch, ich hätte mir vorgestellt mehr Angst zu haben.“
- Therapeut: „Das ist wunderbar, dann nehmen wir doch gleich fünf weitere Surveys dazu.“
- *Der Therapeut hält sich nicht an die Vereinbarung. Während der Übung darf der Schwierigkeitsgrad nicht erhöht werden (Zuverlässigkeit).*
- Richtige Reaktion: „Das ist wirklich gut gegangen, beim nächsten Mal können wir einen Schritt weiter gehen. Du kannst dir ja schon in Gedanken vorstellen, wie es ist, diesen grantig aussehenden Mann anzusprechen.“

Therapiefehler 4

- Patient berichtet von der Einkaufssituation mit seiner Mutter.
- Patient: „Wir waren einkaufen und ich habe eine Hose ganz allein verlangt.“
- Therapeut: „Ich hab immer gesagt, es ist nicht so schlimm, wie du es befürchtest.“
- *Der Therapeut vermittelt den Eindruck, dass die Angst nicht kommt, wenn man sich der Situation stellt, – das stimmt aber nicht.*
- Richtige Reaktion: „Super, dass du geübt hast, aber du sollst ja die Angst vor der Angst verlieren und deshalb musst du die Angst herausfordern.“

Therapiefehler 5

- Patient berichtet über seine Aufgabe der täglichen Anrufe zwischen den Wochenenden.
- Patient: „Am Mittwoch konnte ich nicht üben, weil ich so viel Aufgaben hatte und am Freitag habe ich mir frei gegeben.“
- Therapeutin: „Das ist in Ordnung, du bist ja die anderen Tage fleißig gewesen.“
- *Abweichungen vom Therapieplan sind subtile Vermeidungen, welche die Angst wiederum verstärken.*
- Richtige Reaktion: „Du bist von deiner Angst vor Situationen hereingelegt worden.“

Stottern und Peinlichkeit bzw. Scham

Bei vielen Stotternden steht die Peinlichkeit im Vordergrund, die sie in Bezug auf das eigene Sprechen empfinden. Daher ist es wichtig, diese sehr verständliche Emotion zu benennen und zu bearbeiten. Scham hingegen ist eine selbstreflexive und selbstbewertende Emotion, bei der moralische Standards zur Bewertung herangezogen werden. Um Scham zu empfinden reicht es nicht aus, dass die Gruppe diese Bewertung empfindet, sondern vor allem der Betroffene muss sie auch wahrnehmen. Das Gefühl Scham erfasst die ganze Person. (Lammers 2007, 57). Das typische Verhalten beim Erleben von schambesetzten Situationen geht mit Demutsgesten einher und soll eine Besänftigung der Gruppenmitglieder bewirken. Dies wird durch das Abwenden des Blickes deutlich.

Therapiefehler 6

- Der Patient macht Survey und fragt einen äußerst missmutig wirkenden Herrn nach dem Weg.
- Dieser reagiert sehr ablehnend, der Patient fühlt sich stark beschämt.
- *Die Therapeutin sollte die Situation so steuern, dass keine weitere Beschämung stattfindet.*

Therapiefehler 7

- In vivo Situation: Therapeutin und Patient sind in einem Kaufhaus.
- Patient: „Der Verkäufer war aber nett, mein Stottern war mir gar nicht peinlich.“
- Therapeutin: „Ich hab ja gleich gesagt, dass es dafür keinen Grund gibt.“
- *Patient macht sich von der Reaktion des Gegenübers abhängig, die Therapeutin bestätigt das noch.*
- Entscheidend ist, sich trotz des unfreund-

lichen Verkäufers für das Stottern nicht schämen zu müssen.

In der Bearbeitung ist es wichtig, dass der Patient erfährt, dass die Peinlichkeit, die er beim Stottern erlebt, nur sein Sprechen betrifft und nicht die gesamte Person in Frage stellt. Peinlichkeit bzw. Scham sollten als Bottom-up-Prozess bearbeitet werden, das heißt, es sollte mit der am wenigsten von Scham besetzten Situation begonnen und dann gesteigert werden. Bei der Angst spielt Gewöhnung (Habituation) eine Rolle. Scham kann nicht vermieden werden, man kann sich nicht an sie gewöhnen, hier geht es um Bewältigung und Akzeptanz.

Stottern und Selbstbewertung

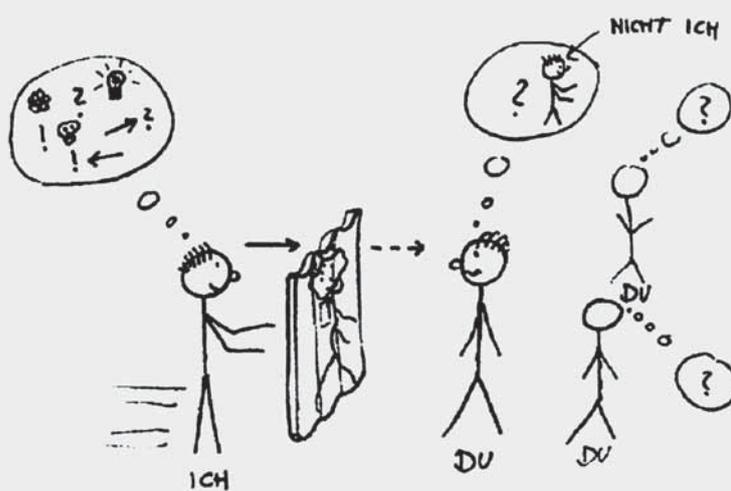
Stotternde zeigen eine große Spannweite zwischen ihrer Realität und ihrem Wunschbild als Sprecher. Dadurch entstehen große Probleme in der Wertschätzung der eigenen Person (Abb. 4). „Das Selbstwertgefühl des Menschen ist Ausdruck einer Selbstbewertung, es ist das subjektive Empfinden des eigenen Wertes, welches eine große Auswirkung auf das Erleben und den Umgang mit den eigenen Emotionen hat“ (Schütz 2005 zit. in Lammers 2007, 208). „Bei vielen stotternden Menschen ist das Selbstwertgefühl herabgesetzt“ (Zückner 2009). Emotionen können bei einer positiven Selbstbewertung viel besser wahrgenommen und verarbeitet werden. Nicht nur Stotternde neigen schneller zum Aufgeben, weil der geringe Selbstwert und die mangelnde Selbstfürsorge sie daran hindern, sich ausreichend mit den eigenen Emotionen auseinanderzusetzen.

Stotternde fühlen sich oft schwach und hilflos, wenn sie ihre sprachlichen Probleme nicht lösen können. Eine Selbstwerterhöhung kann zwar zu einer Linderung der Stottersymptome führen. Logopädische Interventionen sollten das Ziel haben, die Selbststeuerung zu stärken, sowohl in sprachlicher Hinsicht als auch in der Vorbereitung auf den Identitätswandel als Sprecher.

In Anlehnung an die vier Säulen des Selbstwertes (Potreck-Rose & Jacob 2003) sollten für Stotternde folgende Ziele in der Identifikations- bzw. Desensibilisierungsphase erarbeitet werden:

- **Selbstakzeptanz:** eine positive Einstellung zu sich als Sprecher & Person finden.
- **Selbstvertrauen:** eine positive Einstellung zu den eigenen Sprechfähigkeiten und Leistungen erreichen.
- **Soziale Kompetenz:** das Erleben von Kontaktfähigkeit trotz Sprechbehinderung.

■ Abb. 4: Zeichnung eines jungen Erwachsenen



Ich wüsste mir, daß sich das Stottern in meinem Leben nicht mehr einregt.
Ich erwarte mir, daß ich mehr lernen damit umzugehen, es zu verstehen, es
realistisch zu sehen, d.h. nicht zu groß und nicht zu klein.

- **Soziales Netz:** das Eingebundensein in positive soziale Beziehungen, unabhängig von der Sprechleistung. Menschen mit generell selbstabwertendem Schema neigen dazu, alltägliche Ereignisse unter diesem Blickwinkel zu erleben. Ein

geringes Selbstwertgefühl kann verhindern, dass positive Inhalte wahrgenommen werden. Im Gegenzug dazu werden negative Glaubenssätze verstärkt. Dies hat zur Folge, dass es zu einem vermehrten Erleben von negativen Emotionen und zu einer Abschwä-

chung von positiven Emotionen kommt. Das wird in einer Vernachlässigung der eigenen Schwierigkeiten, Gefühle und Bedürfnisse sichtbar (s. Beispiel Abb. 4).

Die in Tab. 1 dargestellten Beispiele zeigen vier unterschiedliche Verarbeitungsmöglichkeiten von Gedanken und Gefühlen und verdeutlichen die Vorteile einer differenzierten Betrachtung von Bewertungssystemen. Wichtig ist, dass in der Desensibilisierung mit der Bearbeitung des vorherrschenden Gefühls begonnen wird. Der Umgang mit den Gefühlen der Angst und der Peinlichkeit bzw. der Scham muss laufend, verteilt über alle Therapiephasen hinweg stattfinden.

Ausblick

In unserer nächsten Intensiv-Intervall-Gruppentherapie mit stotternden Jugendlichen wollen wir zusätzlich den Fokus auf die Kognitions- und vor allem auf die Emotionsbearbeitung legen. Das Ziel ist, dadurch die Qualität der Desensibilisierung zu erhöhen, um vor allem für Jugendliche mit hohen Vermeidungsstrategien eine bessere Grundlage für die Modifikationsphase zu erreichen.

■ Tab. 1: Beispiele für unterschiedliche Formen der Angstbewältigung

Betroffener	Jugendlicher mit Vermeidungstendenzen	Jugendlicher mit starkem Stottern	Jugendlicher mit starkem Vermeidungsverhalten	Jugendlicher mit leichtem Stottern, Polterkomponente
Situation	Stotterumfrage	Stotterumfrage	Telefongespräch	Telefongespräch
Reaktion Kognition	Es ist mir sehr peinlich zu stottern. Ich mache diese Umfrage mit dem Franz, denn der stottert stärker als ich.	Ich werde wieder einmal kein Wort herausbekommen, wahrscheinlich muss wer anderer für mich sprechen.	Gott sei Dank sieht mich niemand. Diese Aufgabe werde ich nur einmal durchführen.	Jetzt muss ich so blöde Übungen machen, nur weil ich ein bisschen stottere.
Gefühl	Scham, Selbsterhöhung	Angst, Versagen	Kränkung, Scham/Angst	Wut
Konsequenz	Ich versuche die Situation ohne Stottern zu bewältigen.	Es soll mein Freund für mich sprechen, oder vielleicht kann ich als Letzter drankommen.	Ich sage, mir ist schlecht, ich möchte nach Hause gehen.	Ich werde jetzt gar nichts mehr sagen.
Bewältigungsstrategie	Kognition mit starker Druckerhöhung	Kognition mit Vermeidung	Rückzug und Vermeidung	Vermeidung
Erwünschte Bewältigung	Eine Einstellung zum Stottern finden, wo das eigene Stottern im Leben einen Platz haben darf	Angstabbau und Aufbau eines neuen Bildes von sich als Sprecher	Wahrnehmung des Fluchtverhaltens, Bearbeitung der Gefühle und Einübung neuer Reaktionen	Wahrnehmung des Fluchtverhaltens, Einübung neuer Reaktionen
Logopädische Zielsetzung	Laufende Desensibilisierungsübungen auch in der Modifikations- und Stabilisierungsphase	Aufarbeitung des Kontrollverlustes mit Modifikationstechniken	Viel Pseudostottern und Konfrontation mit dem geheimen Plan der Heilung des Stotterns	Verbesserung der artikulatorischen Selbstwahrnehmung

LITERATUR

- Alsleben, H. & Hand, I. (Hrsg.) (2006). *Soziales Kompetenztraining*. München: Elsevier
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press (Dt.: Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: PVU, 1996)
- Breitenfeld, D., & Lorenz, D. (2002). *Stotter-Selbst-Management-Programm*. Köln: ProLog
- Dell, C. Jr. (1994). *Therapie für das stotternde Schulkind*. Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe
- Ellis, A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer

- Lammers, C.-H. (2007). *Emotionsbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Marx, R. (2001). *Expositionstherapie: Therapiefehler*. Skriptum vom Technikseminar für die Ausbildung zur Verhaltenstherapie der ÖGVT
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2003). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2004). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- van Riper, C. (2006). *Die Behandlung des Stotterns*. 6. Aufl. Köln: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe

- Prüß, H. (2001). Skriptum vom Fortbildungsseminar: Integrative Therapie nach Prüß
- Wendlandt, W. (1980). *Verhaltenstherapie des Stotterns. Denksätze, Zielsetzungen, Behandlungsmethoden*. Weinheim: Beltz
- Zückner, H. (2004). *Intensiv-Modifikation Stottern: Die Modifikation*. Neuss: Natke
- Zückner, H. (2009). *Selbstwert von stotternden Jugendlichen – Einflüsse auf Therapie und Sprechverhalten*. Vortrag beim 38. Jahreskongress des dbl in Mainz

SUMMARY. How important are thoughts and feelings in stuttering therapy?

Out of our experiences with intensive interval therapy with young people based on the van Riper approach the question arose: Why do some young people benefit from classic desensitizing, while others cannot do this adequately? Within the scope of our supervision we became aware of the cognition that can arise when young people stutter, and could begin to integrate the way we deal with them into our work. It appears to make particular sense to link our own methodical manner of treatment with the insights from cognitive-emotional behavioral therapy (Ellis 1997) and emotional therapy (Lammers 2007). This is primarily due to the fact that the emotions of young people have an important impact on their stuttering as well as on the necessary change in the desensitizing phase. In this article we describe cognitive distortions, as they can occur with stutters, and then focus particularly on fear, shame and self-esteem. We illustrate our considerations about examining mistakes made in therapy by means of both our own and fictive examples.

KEY WORDS: Group therapy – van Riper – young people – stuttering therapy – desensitizing – cognitive restructuring – focus on emotions – fear – shame

Autorinnen

Sylvia Rainel-Straka
Am Modenapark 11
A-1030 Wien
Sylvia.straka@live.at

Ingrid Wolf
Corneliusgasse 3
A-1060 Wien,
wolf.ingrid@chello.at