



Bachelorarbeit

Über die subjektiven Theorien der Eltern zum
Stottern ihres Kindes, die Wahl einer Therapie und
die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei

Eine explorative Studie

Isabel Grüter

Vertiefungsrichtung Entwicklungs- und Schulpsychologie

Referent: Tom Egli, lic. iur. et dipl. Psych. FH

Luzern, November 2011

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Dank

Mein Dank geht an die Mütter und Väter, die sich für die Interviews zur Verfügung stellten, an den Logopäden und Stottertherapeuten José Amrein, der die Kontakte vermittelte und sein grosses Fachwissen mit mir teilte und an den Referenten Tom Egli, der diese Arbeit begleitete und mich in methodischen Fragen unterstützte.

Abstract

Die empirische Arbeit hat den Charakter einer Pilotstudie und befasst sich mit dem Einfluss der subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns ihres Kindes auf die Wahl einer Therapie für das Kind und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei.

Der theoretische Teil beinhaltet Ausführungen zum Störungsbild Stottern sowie zu der wissenschaftlichen Kontroverse über die Ursachen des Stotterns unter Einbezug der aktuellen Forschungsergebnisse. Weitere Themen beziehen sich auf die aktuellen Behandlungsansätze in der Therapie stotternder Kinder und die Ziele und Methoden der Elternmitarbeit in der Sprachtherapie.

Zur Erhebung der Daten wurden fünf Mütter und drei Väter eines stotternden Kindes im Alter von 8 bis 16 Jahren mittels problemzentrierter Interviews zu ihren Erklärungen für das Stottern, den besuchten Therapien und die Bereitschaft zur Elternmitarbeit befragt. Die Datenauswertung erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse.

Die Resultate zeigen, dass den Erklärungen der Eltern zu den Ursachen des Stotterns ihres Kindes bezüglich des Einflusses auf die genannten Themengebiete eher eine geringe Bedeutung zukommt. Stattdessen erwiesen sich für die Wahl einer Therapie das intermittierende Auftreten des Stotterns, mangelnde Informationen und ein unzureichendes Therapieangebot als wesentliche Einflussfaktoren. Bezüglich der Elternmitarbeit stellte sich heraus, dass die meisten Eltern zu einer aktiven Mitarbeit bereit sind, sofern das Angebot dazu seitens der Therapierenden vorhanden ist.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Fragestellungen und Methode	1
1.2	Aufbau der Arbeit.....	2
1.3	Abgrenzungen	2
I	THEORIE	3
2	Phänomenologie des Stotterns	3
2.1	Versuch einer Definition.....	3
2.2	Kern- und Begleitsymptomatik	4
2.3	Entwicklung des Stotterns	5
2.4	Verlauf und Prognose	6
3	Theorien zu den Ursachen des Stotterns	8
3.1	Genetische Anteile am Stottern	8
3.2	Neurophysiologische Theorien	9
3.2.1	Lateralisierungshypothese	9
3.2.2	Störung der verzögerten akustischen Rückmeldung	9
3.3	Psychologische Theorien.....	10
3.3.1	Neurotische Reaktion	10
3.3.2	Antizipationshypothesen	11
3.4	Multifaktorielle und -kausale Theorien.....	12
4	Therapie bei Kindern	13
4.1	Multimodale und methodenkombinierte Therapie	13
4.2	Ziele und Methoden der Elternmitarbeit	16
4.3	Forschungsbefunde zu der Elternmitarbeit in der Sprachtherapie	18
4.4	Zur Profession von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten	19
II	EMPIRIE.....	21
5	Forschungsgegenstand und Methodik.....	21
5.1	Ausgangslage und Fragestellungen	21
5.2	Untersuchungsdesign	22
5.3	Stichprobe.....	22
5.4	Organisation der Stichprobe	23
5.5	Datenerhebung	24
5.6	Datenauswertung.....	25

6	Darstellung der Ergebnisse	25
6.1	Fallspezifische Ergebnisse	26
6.1.1	Frau A: Mutter von Beni	26
6.1.2	Frau B: Mutter von Nico	27
6.1.3	Frau C: Mutter von Lara.....	28
6.1.4	Frau D: Mutter von Luca.....	30
6.1.5	Herr E: Vater von Alex	31
6.1.6	Frau F: Mutter von Ronny.....	33
6.1.7	Herr G: Vater von Nina	34
6.1.8	Herr H: Vater von Marco.....	36
6.2	Fallübergreifende Ergebnisse	37
6.2.1	Subjektive Theorien zu den Ursachen des Stotterns	38
6.2.2	Therapien für das Stottern	39
6.2.3	Elternmitarbeit in der Therapie des Kindes.....	44
7	Diskussion	48
7.1	Zusammenfassung.....	48
7.2	Interpretation der Ergebnisse	49
7.3	Erkenntnisse zu der Fragestellung.....	53
7.4	Methodenkritik	55
7.5	Fazit und Ausblick.....	56
8	Literatur	58
9	Anhang	63

1 Einleitung

Das Sprechen ist eine der komplexesten motorischen Fertigkeiten, die der Mensch zu erlernen hat. Zugleich handelt es sich um den bedeutsamsten Kommunikationsträger in der menschlichen Kultur. Unter den zahlreichen Sprach- und Sprechstörungen zählt Stottern zu einem der bekanntesten Phänomene. Etwa ein Prozent der erwachsenen Bevölkerung ist davon betroffen, bei Kindern wird die Zahl dreimal höher geschätzt (Kollbrunner, 2004, S. 1). Dies lässt darauf schliessen, dass Letztere das Stottern auf dem Weg ins Erwachsenenalter wieder verlieren. Trotzdem muss diese Störung bereits bei Kindern ernst genommen werden, weil sie die psychosoziale Entwicklung stark beeinträchtigen kann. Eltern eines stotternden Kindes sehen sich häufig grosser Unsicherheit, Scham, Frustration und Besorgnis ausgesetzt.

Die Ursachen und die Entwicklung des Stotterns werden in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers diskutiert. Während einige Theorien dem Anteil der Eltern grosses Gewicht beimessen, legen andere den Fokus auf genetische und neurophysiologische Einflüsse. Neuere Modelle sprechen von einer Vielzahl an physiologischen, linguistischen und psychosozialen Faktoren, die an der Entstehung des Stotterns beteiligt sind. Die Fülle an unterschiedlichen Theorien widerspiegelt sich in der Vielfalt an Therapieansätzen für die Behandlung des Stotterns. Einigkeit herrscht unter Fachpersonen darüber, dass die Mitarbeit der Eltern ein essentieller Therapiebaustein darstellt (Weikert, 2003, S. 215). Die Eltern sind diejenigen Bezugspersonen, die die Entwicklung des Kindes am nachhaltigsten mitprägen. Sie sind es auch, die darüber entscheiden, ob ihr Kind in eine Therapie geht und welche Behandlung dafür in Frage kommt. Die Sichtweisen und Meinungen der Eltern zum Stottern ihres Kindes können deshalb auf den weiteren Verlauf der Sprechstörung von zentraler Bedeutung sein.

1.1 Fragestellungen und Methode

Obwohl dem Einbezug der Eltern in die Behandlung ihres stotternden Kindes ein immer grösserer Stellenwert zugemessen wird, sind die elterlichen Erklärungen zu der Sprechstörung und deren möglichen Auswirkungen auf den Therapieprozess bzw. die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei noch kaum erforscht. Für das Phänomen Stottern lassen sich dazu in der wissenschaftlichen Literatur keine empirischen Studien finden; erweitert auf andere Sprach- oder Sprechstörungen existieren nur sehr vereinzelt Untersuchungen zu diesem Gegenstandsbereich. Unter dieser Ausgangslage ergab sich folgende Fragestellung:

- Beeinflussen die subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns ihres Kindes die Wahl einer Therapie für das Kind und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei?

Diese Hauptfragestellung ist von folgenden drei Unterfragen geleitet:

1. Wie erklären sich die Eltern das Stottern ihres Kindes?
2. Welche Therapien wurden schon gemacht bzw. werden von den Eltern bevorzugt?
3. Wie schätzen sie die Wichtigkeit und Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei ein?

Die Hauptfragestellung ist mit der Annahme verbunden, dass die subjektiven Theorien der Eltern zum Stottern ihres Kindes die Wahl einer Therapie und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei beeinflussen. Da es sich um eine empirische Studie mit explorativem Charakter handelt, wird jedoch auf das Formulieren von konkreten Hypothesen im Vorfeld der Datenerhebung verzichtet. Das Ziel der Arbeit besteht darin, mittels qualitativer Erhebungs- und Auswertungsmethoden neue Erkenntnisse zum genannten Gegenstandsbereich zu gewinnen. Die theoretische Ausgangslage dazu bilden Modelle aus der Stotterforschung sowie Erkenntnisse und Studien aus der Kindersprachtherapie.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil dieser Arbeit werden unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes die theoretischen Grundlagen für die empirische Untersuchung geschaffen. Einleitend erfolgen der Versuch einer Definition des Stotterns und eine Beschreibung der Kern- und Begleitsymptomatik. Anschliessend wird auf Entwicklung, Verlauf und Prognose der Störung eingegangen. Im darauffolgenden Kapitel werden einige ausgewählte Theorien zu den Ursachen des Stotterns unter Einbezug der aktuellen Forschungsergebnisse vorgestellt. Das nächste Kapitel befasst sich mit der Stotterbehandlung bei Kindern. Zunächst erfolgt eine Darstellung der heute aktuellen multimodalen und methodenkombinierten Stottertherapie. Im Anschluss daran folgt eine Auseinandersetzung über die Bedeutung, Ziele und Methoden der Elternarbeit in der Therapie. Eine Erörterung über die Profession von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten schliesst das Kapitel ab.

Im zweiten Teil wird die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte empirische Untersuchung vorgestellt. Zunächst wird die Fragestellung erläutert und das methodische Vorgehen von der Datenerhebung bis zur -auswertung transparent gemacht. Anschliessend erfolgt eine Darstellung und Zusammenfassung der mittels qualitativer Inhaltsanalyse eruierten Forschungsergebnisse. In einem nächsten Kapitel werden die Resultate auf der Grundlage der Theorie diskutiert und interpretiert. Neben der Beantwortung der Fragen werden Hypothesen formuliert und mögliche Implikationen für die Praxis abgeleitet. Eine kritische Reflexion, Fazit und Ausblick schliessen die Arbeit ab.

1.3 Abgrenzungen

Das in dieser Arbeit thematisierte Stottern bezieht sich nur auf idiopathisches, also von selbst und ohne offensichtliche Ursache entstandenes Stottern. Auf das neurogene Stot-

tern, verursacht bspw. durch einen Tumor, eine Läsion oder eine andere neurologische Erkrankung, wird nicht eingegangen. Ebenfalls nicht behandelt werden mit dem Stottern verwandte Sprechstörungen wie Poltern, Mutismus oder Aphasien und das umfassende Gebiet der kindlichen Sprachentwicklung. Im Bereich der Stottertherapien wird nur die bereits erwähnte multimodale und methodenkombinierte Behandlung ausführlich vorgestellt. Sie dient als Rahmenkonzept für die zahlreichen spezifischen Therapiemethoden, die in dieser Arbeit nicht im Einzelnen aufgeführt werden können. Auf die Diagnostik der Störung wird ebenfalls verzichtet. Die theoretischen Ausführungen basieren auf Literatur aus dem euroamerikanischen Kulturraum.

Die Datenerhebung beschränkt sich auf Eltern eines stotternden Kindes im Alter von 8 bis 16 Jahren. Diese Altersspanne ist dadurch begründet, dass bei jüngeren Kindern häufig eine Spontanremission auftritt und bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen die Elternmitarbeit in der Stottertherapie nicht mehr denselben Stellenwert einnimmt. Es werden nur Eltern berücksichtigt, deren Kinder neben dem Stottern keine weiteren Störungsbilder aufweisen. Da nicht die stotternden Kinder bzw. Jugendlichen im Zentrum der Fragestellung stehen, wird im Folgenden nur der Begriff Kinder verwendet, im Sinne dessen, dass auch Jugendliche die Kinder ihrer Eltern sind.

I THEORIE

Die theoretischen Grundlagen werden in den drei Hauptkapiteln Phänomenologie des Stotterns, Theorien zu den Ursachen des Stotterns und Therapie bei Kindern erläutert. Sie basieren auf der Aufarbeitung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur und dienen als Ausgangslage für die empirischen Untersuchungen.

2 Phänomenologie des Stotterns

Für einen umfassenden Hintergrund und ein besseres Verständnis des Phänomens Stottern werden in diesem Kapitel zuerst eine Begriffserklärung und der Versuch einer Definition vorgenommen. Im Anschluss daran folgt eine Beschreibung der Kern- und Begleitsymptomatik. Angaben zu der Entwicklung des Stotterns sowie zu dessen Verlauf und Prognose schliessen das Kapitel ab.

2.1 Versuch einer Definition

Stottern ist eine der häufigsten und bekanntesten Störungen des Sprechens. Es wird in Fachkreisen manchmal auch Balbuties (lat. *balbutire*: stammeln, stottern, lallen) genannt, im Amerikanischen *stuttering* und im Englischen *stammering* (Natke & Alpermann, 2010, S. 7).

Eine Durchsicht der wissenschaftlichen Literatur zeigt, dass schon unzählige Versuche unternommen wurden, das Phänomen Stottern zu definieren. Die erste akademische Definition stammt von Kussmaul (1877; zit. nach Natke & Alpermann, 2010, S. 7), der das Stottern als „spastische Koordinationsneurose“ bezeichnete, wobei der damalige Neurosebegriff nicht eine organische Krankheit, sondern eine funktionelle Störung meinte. Laut Motsch (1983) ist Stottern „eine umfassende Kommunikationsbehinderung, an welcher der Stotterer und seine Interaktionspartner beteiligt sind. Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung des Stotterns sind weitgehend von interaktionellen Einflüssen gesteuert“ (S. 92). Silverman (1996; zit. nach Sandrieser & Schneider, 2008) vertritt die Ansicht: „Kindliches Stottern ist eine Störung des Sprechablaufs mit unbekannter Ätiologie. Es wird vermutet, dass ein Problem in der zentralen Steuerung des Sprechens eine wichtige Rolle bei der Entstehung spielt“ (S. 1). Kollbrunner (2004, S. 5) führt auf nur einer Seite gleich 47 Kurzdefinitionen auf, die in der Stotterforschung bereits verwendet wurden. Eine etwas umfassendere Formulierung findet sich bei Wendlandt (2011), der schreibt: „Das Sprechen ist durch Störungen des Redeflusses gekennzeichnet: Es treten Wiederholungen von Silben und Lauten, Dehnen von Lauten und/oder Blockaden auf, die durch mehr oder weniger Starke Verspannungen/Kraftanstregungen gekennzeichnet sind“ (S. 67). Die kleine Auswahl an Beispielen zeigt, wie unterschiedlich das Störungsbild Stottern betrachtet werden kann. Kontroversen ergeben sich gemäss Natke und Alpermann (2010, S. 7) insbesondere da, wo die Definition Spekulationen zur Verursachung des Stotterns enthält, das heisst, wo Stottern als Symptom einer psychologischen oder physiologischen Störung beschrieben wird. Für Kollbrunner (2004, S. 85) ist es die heute weitgehend anerkannte idiographische Betrachtungsweise des Stotterns, die das Formulieren einer schlüssigen und aussagekräftigen Definition verhindert.

In den beiden internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2008) und DSM-IV-TR (Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) wird Stottern als eine entwicklungsbedingte Störung der Sprachproduktion unter die psychischen bzw. psychosomatischen Störungen eingereiht. Die DSM-IV-TR Klassifikation berücksichtigt unter dem Kriterium B zusätzlich den Aspekt der Behinderung.

2.2 Kern- und Begleitsymptomatik

Lange Jahre wurden zur Beschreibung des Stotterns die Begriffe *Primär- und Sekundärsymptomatik* verwendet. Beobachtungen von Entwicklungsverläufen zeigen jedoch keine zwingende Reihenfolge in der Entstehung von Symptomen, weshalb in der neueren Fachliteratur inzwischen die Begriffe *Kern- und Begleitsymptomatik* präferiert werden (Ochsenkühn, Thiel & Ewerbeck, 2010, S. 3). Diese Begriffsverwendung wird in der vorliegenden Arbeit übernommen.

Zu der *Kernsymptomatik*, die alle stotternden Personen aufweisen, gehören laut Natke und Alpermann (2010, S. 16-17) Wiederholungen, Dehnungen und Blocks. Synonym dazu wird in der Fachliteratur der Begriff Stottereignisse verwendet (A. d. A). Unter Wiederholungen wird eine Repetition von einsilbigen Wörtern (kann-kann-kann), Silben (ka-ka-kann) und Lauten (k-k-k-kann) verstanden. Dehnungen sind hörbare Unterbrechungen des Redeflusses, bei denen die Lautproduktion bzw. der Atemfluss fortgesetzt wird (ffffast, aaaaber). Sie dauern im Durchschnitt länger als die zu produzierende Silbe und können bei einigen stotternden Personen zehn Sekunden und länger anhalten. Bei Blocks handelt es sich ebenfalls um Unterbrechungen im Redefluss. Im Gegensatz zu den Dehnungen werden hier die Lautproduktion und der Atemfluss jedoch gestoppt (---kann, b- -rauche). Blocks werden durch die oft spürbare Anspannung der Atem- oder Sprechmuskulatur als physisch unangenehm erlebt.

Die *Begleitsymptomatik* entsteht aus dem Bedürfnis der betroffenen Person, die Kontrolle über ihren Sprechablauf wieder zu erlangen und entwickelt sich individuell (Ochsenkühn et al., 2010, S. 4). Gemäss Sandrieser und Schneider (2008, S. 11) äussert sich die Begleitsymptomatik auf folgenden Ebenen:

- Emotionen und Einstellungen: z.B. psychische Anspannung, Frustration, Sprechangst, Abwertung der Sprechfähigkeit, Selbstabwertung als Sprecher, Versagensangst;
- Verhalten/Sozialverhalten: z.B. Vermeiden von Situationen, in denen gesprochen werden muss, Abbruch des Blickkontakts;
- Sprechverhalten: z.B. Veränderung der Sprechweise wie Flüstern, langsam Sprechen, Schweigen, veränderte Sprechatmung;
- Sprachliche Ebene: z.B. Vermeiden gefürchteter Wörter, Satzabbrüche, Einschub von Floskeln, um ein gefürchtetes Wort aufzuschieben, Satzumstellungen;
- Motorik: z.B. physische Anspannung, Mitbewegungen wie Grimassieren, Kopf- und Armbewegungen;
- Vegetative Ebene: z.B. Erröten, Schweissausbruch.

Ochsenkühn et al. (2010, S. 4) fügen hinzu, dass beim verbalen Vermeiden zwischen unbewussten Bewältigungsreaktionen und bewusst angewandten Copingstrategien unterschieden werden muss. Positive Copingstrategien wie die Verlangsamung des Sprechtempo oder weiche Stimmeinsätze tragen zur Verbesserung des Redeflusses bei.

2.3 Entwicklung des Stotterns

Im Verlauf der Sprachentwicklung kommt es im Alter zwischen 2 ½ und 5 Jahren bei fast allen Kindern zu Auffälligkeiten im Redefluss, was jedoch dem normalen Sprechverhalten entspricht und somit noch keine Störung darstellt. Diese altersgemässen Spre-

chunflüssigkeiten müssen mittels quantitativer und qualitativer Kriterien wie bspw. Anzahl von Wiederholungen, Dauer der Störung und Verspannung der Artikulationsmuskulatur differenzialdiagnostisch vom beginnenden oder bereits chronischen Stottern abgegrenzt werden (Wendlandt, 2011, S. 77).

Gemäss Sandrieser und Schneider (2008, S. 19) können symptomatische Unflüssigkeiten bereits ab dem zweiten Lebensjahr auftreten. Die meisten Kinder beginnen im Alter zwischen 3 bis 6 Jahren und praktisch alle vor dem 12. Lebensjahr zu stottern. Bei manchen Kindern nimmt der Schweregrad graduell und kontinuierlich zu, bei anderen tritt das Stottern intermittierend auf. Einige Autoren haben versucht, den typischen Verlauf des Stotterns mittels einer Klassifikation in Entwicklungsstufen nachzuzeichnen (Conture, 1990; Guitar, 2006; van Riper, 1982). Nach Bloodstein und Bernstein Ratner (2008, S. 35-38) lassen sich folgende vier Phasen beobachten: (1) Das Hauptsymptom sind spannungsfreie Wiederholungen, die vornehmlich an Satzanfängen vorkommen; das Stottern tritt episodisch auf und das Kind zeigt noch kaum Reaktionen auf die Sprechstörung; (2) Die Phasen des symptomfreien Sprechens nehmen deutlich ab und das Stottern wird chronisch; das Kind entwickelt ein Selbstkonzept einer stotternde Person, reagiert aber noch wenig besorgt auf die Störung; die Symptomatik verstärkt sich bei Aufregung oder bei schnellem Sprechen; (3) Das Stottern steigert sich in speziellen Situationen wie Telefonieren oder Sprechen vor der Klasse; die Erwartung, dass das Stottern eintritt (Antizipation), beginnt sich zu entwickeln; als schwierig empfundene Wörter werden durch vermeintlich leichtere ersetzt und es werden Satzstellungen vorgenommen; die Sprechstörung wird vor allem als irritierend erlebt; (4) Das Stottern nimmt an Stärke zu; emotionale Reaktionen wie Ärger, Frustration oder Wut kommen hinzu; es treten Sprech- und Situationsängste auf; Stottern wird antizipiert und vermieden. Die Autorin und der Autor weisen darauf hin, dass sich nicht alle stotternden Kinder und Jugendlichen dieser Klassifikation unterordnen lassen. Der dargestellte Entwicklungsverlauf ist deshalb nur als typisch und nicht als allgemeingültig zu betrachten. Zudem läuft dieser Prozess nicht linear ab, vielmehr kann es zwischen den Phasen zu grossen Überlappungen kommen. Bosshardt (2010, S. 18/20) kritisiert, dass die Klassifikationen in Entwicklungsstufen oder -phasen der Heterogenität tatsächlicher Verläufe nicht gerecht werden. Neuere Daten zeigen, dass bereits zu Beginn des Stotterns grosse qualitative und quantitative Unterschiede vorliegen in der Ausprägung der Symptomatik; dementsprechend kann auch die weitere Entwicklung individuell höchst unterschiedlich verlaufen und von zahlreichen Faktoren abhängig sein.

2.4 Verlauf und Prognose

Stottern muss gemäss Johannsen und Schulze (2001, S. 11) als eine komplexe Störung betrachtet werden, an deren Entwicklung und Verlauf eine Vielzahl an physiologischen, linguistischen und psychosozialen Faktoren beteiligt sind, die sowohl eine disponierende

als auch eine auslösende oder aufrechterhaltende Wirkung haben können. Die verschiedenen Faktoren stehen in einer interaktiven Beziehung und können den Verlauf des Stotterns individuell unterschiedlich beeinflussen. Dementsprechend zahlreich und teilweise widersprüchlich sind die Resultate aus empirischen Studien, die sich mit den Einflussfaktoren auf den Verlauf des kindlichen Stotterns befassen. An dieser Stelle seien beispielhaft einige Befunde aufgeführt:

Nach Bosshardt (2010, S 15-16) müssen Alter, Geschlecht und Vererbung als Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf des Stotterns betrachtet werden. Kinder bis zum Alter von sieben Jahren verlieren das Stottern etwa dreimal häufiger wieder als ältere. Je länger die Störung andauert, desto eher ist von einer Chronifizierung auszugehen. In Bezug auf das Geschlecht weisen Mädchen im Verhältnis zu den Jungen eine deutlich höhere Remissionsrate auf. Des Weiteren zeigen verschiedene Studien, dass sich die Chance einer Remission verringert, wenn stotternde Familienangehörige vorhanden sind (Craig & Tran, 2005; Mansson, 2000; Yairi & Ambrose, 2005). Johannsen (2001, S. 14) betrachtet zusätzlich einen frühen Stotterbeginn, eine nur wenig oder gar nicht beeinflussbare Stotter-symptomatik und Linkshändigkeit als Gefahren für einen chronischen Verlauf. Howell, Davis und Williams (2008, S. 669) kommen in ihrer Längsschnittstudie an 8 bis 12 jährigen Kindern zum Schluss, dass sich ein später Therapiebeginn negativ auf die Entwicklung des Stotterns auswirkt. Ausserdem scheinen die Art der Sprechunflüssigkeiten sowie Unterschiede im Temperament ebenfalls einen Vorhersagewert zu besitzen. Guitar (2006, S. 100) sieht insbesondere in der verzögerten Sprachentwicklung einen Risikofaktor für einen chronischen Stotterverlauf, während Conture, Anderson und Pellowski (2001, S. 6) Persönlichkeitsmerkmale des Kindes wie hohe Sensibilität, Perfektionismus und verhaltensmässige Hemmungen als ungünstige Voraussetzung betrachten. Sämtliche Autorinnen und Autoren weisen darauf hin, dass die Befunde in weiteren Untersuchungen, insbesondere in noch fehlenden Längsschnittstudien, bestätigt werden müssen.

Auslösende Faktoren können gemäss Sandrieser und Schneider (2008, S. 23) mit dem Beginn des Stotterns in Verbindung gebracht werden, was Eltern oft dazu verleitet, sie als Ursache des Stotterns zu bezeichnen. Häufig werden dafür Veränderungen im Lebensumfeld wie Schuleintritt, Krankenhausaufenthalte, Geburt eines Geschwisterkindes oder kleinere Unfälle genannt. Die bisherigen Untersuchungsergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass ein Ereignis allein nicht ausreicht, um eine Chronifizierung des Stotterns zu verursachen. Johannsen und Schulze (2001, S. 10) resümieren, dass trotz einer Fülle an Forschungsbefunden das Wissen über die Ursachen und den Verlauf der Störung noch gering sei und eine Prognose unsicher bleibe. Natke und Alpermann (2004, S. 70) sehen den Grund dafür in der Ursache-Folge-Problematik: Wenn Effekte gefunden werden, ist nicht klar, ob es sich um verursachende oder aufrechterhaltende Faktoren bzw. um eine Folge des Stotterns handelt. Diese Schwierigkeit widerspiegelt sich auch in den Theorien zu den Ursachen des Stotterns.

3 Theorien zu den Ursachen des Stotterns

In der Vielfalt der Theorien zur Entstehung des Stotterns lässt sich in der wissenschaftlichen Literatur neben den genetischen Anteilen hauptsächlich eine Unterteilung in neurophysiologische und psychologische Theorien feststellen. Uneinigkeit herrscht bis heute darüber, inwieweit die verschiedenen Theorien geeignet sind, tatsächlich die Ursachen und nicht vielmehr die Entwicklung oder die Aufrechterhaltung des Stotterns zu erklären. Eine allgemein anerkannte Ursachentheorie, die auf einer Integration der physiologischen und der psychologischen Sichtweise basiert, steht bislang noch aus (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008; Guitar, 2006; Kollbrunner, 2004; Natke & Alpermann, 2010; Ochsenkühn et al., 2010). Unter dieser Ausgangslage wird im Folgenden zuerst ein kurzer Überblick über die genetische Komponente des Stotterns gegeben. Anschliessend werden einige ausgewählte Theorien unter Einbezug aktueller Forschungsergebnisse vorgestellt. Auf die durchgängig auffindbare wechselseitige Theoriekritik zwischen Vertreterinnen und Vertretern der neurophysiologischen bzw. psychologischen Sichtweise wird aus Gründen der Selbsterklärung verzichtet. Eine Beschreibung der heute präferierten multifaktoriellen und -kausalen Stottertheorie schliesst das Kapitel ab.

3.1 Genetische Anteile am Stottern

Genetische Voraussetzungen scheinen an der Entstehung des Stotterns stark beteiligt zu sein. Bosshardt (2010, S. 28) erwähnt mehrere Zwillingsstudien, die zeigen, dass es bei eineiigen Zwillingen wesentlich häufiger als bei zweieiigen vorkommt, dass beide Kinder stottern; das heisst, eineiige Zwillinge haben mindestens doppelt so hohe Konkordanzraten wie zweieiige. Zudem lässt sich übereinstimmend nachweisen, dass das Erkrankungsrisiko deutlich grösser ist, wenn stotternde Blutsverwandte ersten Grades in der Familie vorkommen. Aus den vorhandenen Daten wird geschätzt, dass genetische Faktoren ca. 70% und Umgebungsfaktoren 30% der Wahrscheinlichkeit ausmachen, ob jemand zu stottern beginnt. Da es jedoch auch bei eineiigen Zwillingen häufig vorkommt, dass nur eines der beiden Kinder stottert, kann davon ausgegangen werden, dass Umweltfaktoren bei der Entstehung des Stotterns ebenfalls eine bedeutsame Rolle spielen. Jungen entwickeln Stottern laut Ochsenkühn et al. (2010, S. 26) vergleichsweise häufiger als Mädchen. Obwohl die Zahlen von Studie zu Studie schwanken, bleibt die Aussage des ungleichen Verhältnisses zwischen den Geschlechtern konstant. Ein durchschnittlicher Wert liegt bei einem Verhältnis von drei zu eins. Diese geschlechtsspezifische Verteilung kann als weiteres Indiz für eine erbliche Komponente interpretiert werden. Gemäss Natke und Alpermann (2010, S. 13-14) ist es plausibel, eine genetische Prädisposition für das Stottern anzunehmen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie eine notwendige Voraussetzung für die Entstehung des Stotterns darstellt. Es ist auch denkbar, dass Kinder zu stottern beginnen, die nicht Trägerinnen oder Träger einer Veranlagung dafür sind.

3.2 Neurophysiologische Theorien

Bei den neurophysiologischen Theorien wird angenommen, dass die Stotterereignisse deshalb zustande kommen, weil die komplizierte Koordination der am Sprechen beteiligten Systeme unter Stress versagt. Die genetische Komponente der Störung wird bei diesen Theorien in der Regel betont. Die Tatsache, dass Stotternde in manchen Situationen symptomfrei sprechen, wird damit erklärt, dass das Sprechkontrollsystem bei diesen Personen zwar anfällig sei, jedoch normal arbeite, solange es keinem Stress ausgesetzt ist (Natke & Alpermann, 2010, S. 77).

3.2.1 Lateralisierungshypothese

Eine der am häufigsten genannten Theorien ist die Lateralisierungshypothese, die bereits anfangs des letzten Jahrhunderts durch Orton (1928) und Travis (1931) Verbreitung fand. Sie besagt, dass die Hirnhemisphären bei stotternden Personen keine klaren Dominanzverhältnisse für Sprache und Sprechen aufweisen. Die bilaterale Kontrolle führe zu Irritationen und Blockierungen im Redefluss, da die neuromotorischen Steuerimpulse beider Hemisphären einander konkurrierten (Fiedler & Standop, 1994, S. 58). Aktuelle Befunde aus den Neurowissenschaften scheinen diese Annahme zu bestätigen (Brown, Ingham, Ingham, Laird & Fox, 2005; Neumann, Preibisch, Euler, Wolff von Gudenberg, Lanfermann, Gall & Giraud, 2005; Sommer, Koch, Paulus, Weiller & Büchel, 2002). Normalerweise ist die linke Hemisphäre im Gehirn dominant für Sprechen und Sprache. Mittels bildgebender Verfahren konnte mehrfach gezeigt werden, dass bei stotternden Personen in rechtshemisphärischen Gebieten eine höhere Aktivierung besteht beim Sprechen als bei nichtstotternden. Gleichzeitig weisen sie in den linksfrontalen Sprachregionen, in denen zusätzlich strukturelle Abnormitäten gefunden wurden, eine Minderaktivität auf. Es wird angenommen, dass bei Stotternden eine spontane rechtshemisphärische Kompensation wirksam ist, die aber nur unzureichend funktioniert. Durch erfolgreiche Stotterbehandlungen konnte die Aktivierungsverteilung im Gehirn bedeutsam verändert werden (Neumann, 2007, S.12).

3.2.2 Störung der verzögerten akustischen Rückmeldung

Eine weitere verbreitete Theorie besagt, Stottern sei eine Störung der verzögerten akustischen Rückmeldung, verursacht durch einen Defekt im Wahrnehmungssystem. Sie geht auf Lee (1951) zurück, der entdeckte, dass normalerweise fließend sprechende Personen zu stottern beginnen, wenn sie ihre eigene Sprechstimme verzögert hören (Lee-Effekt oder DAF: Delayed Auditory Feedback). Andererseits sprechen Stotternde unter lauten Geräuschen flüssiger, weil diese das gestörte akustische Rückmeldesystem der Betroffenen übertönen (Kollbrunner, 2004, S. 33). Van Riper (1982; zit. nach Natke & Alpermann, 2010, S. 80) erklärt diesen Effekt so, dass während des Spracherwerbs eine Um-

stellung von der akustischen Kontrolle des Sprechens zu einer taktil-kinästhetischen und propriozeptiven Kontrolle stattfindet. Sprechunflüssigkeiten treten auf, wenn diese Umschaltung zur autoregulativen Überwachung nicht vollständig gelingt. Das Kind greift dann gleichzeitig auf beide Rückmeldesysteme zur Sprechkoordination zurück, was zu Interferenzen zwischen den verschiedenen Rückmeldekreisen führt. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Tests an stotternden und nichtstotternden Personen durchgeführt. Bosshardt (2010, S. 35/37) zitiert aus mehreren neueren Studien, deren Resultate zeigen, dass veränderte akustische Rückmeldungen der eigenen Sprache in Form von Verzögerungen, Frequenzmodifikationen und Störgeräuschen die Sprechunflüssigkeiten bei Stotternden verringern. Der Effekt fällt jedoch für verschiedenen Personen und Sprechsituationen sehr unterschiedlich aus, sodass über die Wirkung keine generellen Aussagen gemacht werden können. Auch ist noch nicht definitiv geklärt, inwieweit die beobachtete Symptomreduzierung auf der Umschaltung von der akustischen auf die schnellere propriozeptive Rückmeldung basiert. Unter dem gegenwärtigen Kenntnisstand kann, wenn auch noch etwas spekulativ, angenommen werden, dass Stottern als Folge einer unvollständigen oder anderweitig veränderten Hemmung der akustischen Rückmeldung auftritt.

3.3 Psychologische Theorien

Psychologische Theorien messen den zwischenmenschlichen Beziehungen eine grosse Bedeutung zu bei der Entstehung des Stotterns, da die Sprechunflüssigkeiten bei vielen Betroffenen nur in bestimmten Situationen oder bei ausgewählten Wörtern (oft dem eigenen Namen) auftreten. Stottern wird deshalb als eine Beziehungs- und Kommunikationsstörung betrachtet, an deren Verursachung Lernprozesse und Umwelteinflüsse beteiligt sind (Kollbrunner, 2004, S. 9-10).

3.3.1 Neurotische Reaktion

Aus psychodynamischer Sicht entsteht Stottern aus einem unbewussten Bedürfniskonflikt, bei dem zwei unterschiedliche, sich konkurrierende Bedürfnisse gleichzeitig erfüllt werden wollen, von denen das eine aus Angst ins Unbewusste verdrängt wurde. Stottern wird dabei als zwanghaftes und neurotisches Verhalten angesehen, das nur durch die Aufdeckung des zugrunde liegenden Konflikts abgebaut werden kann (Natke & Alpermann, 2010, S. 72). Je nach Autorinnen oder Autoren werden die sich widerstreitenden Bedürfnisse und deren Ursachen unterschiedlich beschrieben. Travis (1957; zit. nach Fiedler & Standop, S. 82) sieht im Stottern einen Konflikt zwischen aggressiven und sexuellen Begierden und der Angst, diese Bedürfnisse zu artikulieren. Gemäss Barbara (1960; zit. nach Kollbrunner, S. 44) entsteht Stottern in einem Familienklima, das eine freie Meinungsäusserung verbietet und in dem eine hohe Anpassung an die vorgefassten elterlichen Mei-

nungen verlangt wird. Stotternde benutzen ihre Symptome, um andere davon abzulenken, die Widersprüche in ihrem scheinbar perfekten Selbstbild zu erkennen. Murphy und Fitzsimons (1960; zit. nach Fiedler & Standop, S. 85) führen die Entwicklung des Stotterns auf interpersonelle Ängste zurück, die aus unbefriedigten fundamentalen Bedürfnissen nach Liebe, Autonomie, Integrität und Wertschätzung hervorgehen. Stottern ist eine Selbstverteidigungsreaktion, mit der die Person sich sowohl zu schützen als auch zu beweisen versucht. Gemäss Bloodstein und Bernstein Ratner (2008, S. 209-210) fallen Untersuchungen zu der Persönlichkeit stotternder Personen sehr widersprüchlich aus. Sie kommen nach der Sichtung einer Vielzahl von Studien zum Schluss, dass Stotternde im Vergleich zu Nichtstotternden eher über ein geringes Selbstwertgefühl verfügen und die Tendenz zu einer ungünstigen sozialen Anpassung aufweisen. Eine pathologische Abweichung in der Persönlichkeitsstruktur konnte jedoch nicht festgestellt werden. Guitar (2006, S. 64-65) folgert aus mehreren Studien, dass Eltern ihr stotterndes Kind signifikant häufiger als empfindsam, sozial gehemmt und motorisch unruhig beschreiben, als das Eltern von nichtstotternden Kindern tun. Die Gründe dafür werden meist auf ein vererbtes Temperament zurückgeführt.

3.3.2 Antizipationshypothesen

Aus lerntheoretischer Sicht sorgte die diagnosogene Theorie von Johnson (1955) für viel Aufsehen in der Stotterforschung. Er vertrat die Meinung, dass sich Stottern aus altersbedingten Unflüssigkeiten entwickelt und erst durch die Zuschreibung der Diagnose Stottern seitens der Eltern zu einem Problem wird. Diese Theorie hatte zur Folge, dass über lange Jahre die Meinung vorherrschte, das stotternde Kind dürfe nicht therapiert werden, um die Aufmerksamkeit nicht auf sein Sprechen zu lenken. Stattdessen sollten lediglich die Eltern beraten werden (Natke & Alpermann, 2010, S. 74). Obwohl die Theorie revidiert wurde, sind ihre Auswirkungen gemäss Weikert (2003, S. 214) bis in die heutige Zeit zu beobachten. In der Forschung führte die diagnosogene Theorie zu der Entwicklung verschiedener Antizipationshypothesen wie bspw. der Anticipatory Struggle Theory, die besagt, Stottern sei eine Kampf-Reaktion auf die Erwartung von Sprechproblemen. Der Sprechkampf entwickelt sich aus den negativen Reaktionen der Eltern auf die zunächst noch altersgemässen Unflüssigkeiten des Kindes. Häufige Korrekturen, Druck und hohe Anforderungen führen beim Kind zu der Überzeugung, nicht richtig sprechen zu können und provozieren aversive emotionale Reaktionen auf die Sprechprobleme. Die erwarteten Sprechschwierigkeiten veranlassen das Kind zu vermehrten Sprechanstrengungen, die ihrerseits weitere Sprechunflüssigkeiten auslösen, was wiederum die Erwartungsangst vor Sprechschwierigkeiten verstärkt. Dadurch wird ein Lernprozess in Gang gesetzt, aus dem letztlich das Stottern resultiert. Für diesen Prozess werden sowohl das Elternverhalten als auch anfällige Persönlichkeitsmerkmale des Kindes wie bspw. geringe

Frustrationstoleranz, Perfektionismus, Sensibilität oder Ängstlichkeit verantwortlich gemacht (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008, S. 58-59).

Seit Beginn der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts liegt der Fokus der Forschung und Theoriebildung auf organisch-physiologischen und linguistischen Variablen. Im Verhältnis dazu werden psychosoziale Aspekte des Stotterns heute weniger systematisch in Forschungsfragen berücksichtigt, weshalb kaum neuere Untersuchungen dazu vorhanden sind (Guitar, 2006, S. 89). Kollbrunner (2004, S. 50-54) fasst die Resultate von 59 empirischen Studien aus den Jahren 1939 bis 1991 zusammen, die signifikante Korrelationen zwischen den familiären Einflüssen und der Entstehung des Stotterns aufweisen. Er kommt dabei zum Schluss, dass sich Eltern stotternder Kinder durch hohe Anforderungen an sich selbst und ihre Kinder, Perfektionismus, Dominanz und Forderung nach strenger Disziplin auszeichnen. Im Kontrast dazu zeigen sie häufig eine verwöhnende, überängstliche und überbehütete Haltung den Kindern gegenüber. Das Bindeglied zwischen diesen beiden Gegensätzen kann in einem labilen und inkonsequenten Verhalten der Eltern gesehen werden. Die Familien neigen dazu, Konflikte nicht offen auszutragen und sich gegen aussen abzuschildern. Die Resultate müssen mit der Einschränkung betrachtet werden, dass die Eltern stets nach Beginn des Stotterns ihres Kindes in eine Untersuchungsgruppe aufgenommen wurden, sodass schwer zu differenzieren ist, ob ein bestimmtes Elternverhalten bereits vor dem Auftreten der Sprechstörung vorhanden war. Der Autor verweist auf Literaturstudien von anderen Autoren (Schulze, 1992; Sheehan, 1970; Yairi, 1997), die auf die Frage zu familiären Einflüssen auf die Entstehung des Stotterns keine oder widersprüchliche Zusammenhänge bzw. Gruppenunterschiede fanden.

3.4 Multifaktorielle und -kausale Theorien

Aus dem Fehlen schlüssiger Ursachentheorien und der Erkenntnis, dass sich alle Stotternden nicht nur in ihrer Symptomatik, sondern auch bezüglich dem weiteren Verlauf unterscheiden, akzentuierte sich in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts die idiographische Betrachtungsweise des Stotterns. Parallel dazu entwickelten sich die multifaktoriellen und -kausalen Theorien. Darin wird versucht, physiologische, psycholinguistische und psychosoziale Faktoren zu ermitteln, die sowohl eine disponierende als auch eine auslösende oder aufrechterhaltende Wirkung haben können. Stottern entsteht nach diesen Vorstellungen aus den komplexen Wechselwirkungen zwischen den genannten Faktoren (Natke & Alpermann, 2010, S. 81-82).

Zur Veranschaulichung dieser Theorie soll hier das Anforderungs-Kapazitäten-Modell nach Starkweather und Gottwald (1990) vorgestellt werden. Den Anforderungen an flüssiges Sprechen werden in diesem Modell die kindlichen Kapazitäten gegenübergestellt. In einem relativ kurzen Zeitraum entwickeln die meisten Kinder die Fähigkeit, immer flüssiger und differenzierter zu sprechen. An diesem Prozess sind sowohl sprechmotorische

und linguistische als auch kognitive und emotionale Faktoren beteiligt. Gleichzeitig steigen mit zunehmendem Alter gewöhnlich auch die Anforderungen an die sprachliche Ausdrucksweise des Kindes. Diese können sich in hohen Erwartungen der Bezugspersonen, einem hohen Anspruchsniveau des Kindes sowie in ungünstigen Kommunikationsbedingungen (bspw. schnelles Sprechen, hohes Sprachniveau, häufige Unterbrechungen) zeigen. Stottern entsteht, wenn es zwischen den Anforderungen und den Kapazitäten zu einem Ungleichgewicht kommt, das heisst, wenn die Anforderungen an flüssiges Sprechen die aktuellen motorischen, linguistischen, kognitiven oder emotionalen Kapazitäten des Kindes chronisch übersteigen (Guitar, 2006, S. 119-120).

Die Entwicklung von multifaktoriellen und -kausalen Modellen blieb in der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung um die Ursachen des Stotterns nicht unwidersprochen. Gemäss Kollbrunner (2004) „können multifaktorielle Betrachtungsweisen des Stotterns zu interessanten Einblicken in einzelne Funktionszusammenhänge verhelfen, aber sie tragen nichts zur Integration dieses Wissens und damit wenig zum Verständnis des Stotterns bei“ (S.85). Bloodstein und Bernstein Ratner (2008, S. 77) kritisieren, die Suche nach multikausalen Theorien sei ein Hinweis auf die Unfähigkeit, ein einheitliches Konzept für das Auftreten von Stottereignissen zu entwickeln. Starkweather und Gottwald (1990; zit. nach Natke & Alpermann, 2010, S. 82) reihen ihr Modell jedoch nicht unter die Ursachentheorien des Stotterns ein. Vielmehr liege der Wert darin, dass Wissen über die Entwicklung des kindlichen Stotterns systematisieren zu können und damit Sprachtherapeutinnen und -therapeuten bei der Planung der Behandlung zu unterstützen.

4 Therapie bei Kindern

Die grosse Vielfalt an Theorien zur Ätiologie des Stotterns führte in ihrer logischen Konsequenz zu einer Fülle an unterschiedlichen Behandlungsansätzen. Aufgrund der ungeklärten Ursachen und der zahlreichen Einflussfaktoren hat sich gemäss Weikert (2003, S. 213) in der Sprachtherapie bei stotternden Kindern eine individuell abgestimmte multimodale und methodenkombinierte Behandlung durchgesetzt. Im Folgenden sollen zunächst Ziele und Methoden der multimodalen Therapie vorgestellt werden. Aufgrund der Kürze des Textes können nur beispielhaft einige ausgewählte Bausteine an ihrer Oberfläche erwähnt werden. Anschliessend wird auf die Bedeutung der Elternmitarbeit in der Stottertherapie bei Kindern eingegangen. Die Ausführungen werden mit Forschungsbefunden aus der allgemeinen Sprachtherapie ergänzt. Erläuterungen zu der Profession von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten schliessen das Kapitel ab.

4.1 Multimodale und methodenkombinierte Therapie

Ein übergeordnetes Ziel in der logopädischen Therapie bei stotternden Kindern besteht laut Sandrieser und Schneider (2008, S. 87-88) in einer Remission der Störung. Falls die-

se nicht erfolgt, ist ein möglichst optimaler Umgang mit dem Stottern anzustreben. Die einzelnen Therapieziele richten sich dabei hauptsächlich auf die Behandlung der Stottersymptomatik, die Förderung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten, die Stärkung der Persönlichkeit des Kindes, das Einüben sozialer Fähigkeiten sowie die Beratung der Eltern und des erweiterten sozialen Umfeldes. Um einer Chronifizierung vorzubeugen, wird ein möglichst früher Therapiebeginn empfohlen.

In der Behandlung des Stotterns wird zwischen direkten und indirekten Methoden unterschieden. Bei den *indirekten Vorgehensweisen* wird nach Ochsenkühn et al. (2010, S. 90/93) entweder nur mit den Eltern zusammengearbeitet oder es finden Sitzungen mit dem Kind statt, ohne jedoch direkt das Stottern zu behandeln. Die Arbeit mit den Eltern hat neben der Informationsvermittlung zum Ziel, die Einstellungen und das Verhalten der Bezugspersonen dem Stottern bzw. dem stotternden Kind gegenüber zu verändern. Die Arbeit mit dem Kind konzentriert sich bei den indirekten Methoden auf spielerische Übungen, Entspannungsübungen und Rollenspiele, die der Förderung der Sprechfreude, dem Abbau von Sprechängsten und der Stärkung des Selbstvertrauens dienen. Gemäss Amrein (2009, S. 13) zeigen Erfahrungen aus der Praxis, dass Stottersymptome durch die Entwicklung eines reiferen Dialogverhaltens, die vermehrte Berücksichtigung von persönlichen Wünschen und die Zunahme der freien Meinungsäusserung in einem erheblichen Mass zurückgehen, oft ohne jegliche Sprechübungen. Sandrieser und Schneider (2008, S. 89) weisen darauf hin, dass die indirekten Ansätze die Gefahr einer Tabuisierung beinhalten. Sie bedeuten jedoch nicht, dass mit dem Kind nicht über das Stottern gesprochen werden darf, da dies nachweislich zu einer Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen kann.

Bei den *direkten Vorgehensweisen* handelt es sich gemäss Weikert (2003, S. 224-228) um Verfahren zur Veränderung des Sprechmusters (Fluency Shaping) oder des Stotterns (Non-Avoidance). Das Fluency Shaping basiert auf dem Prinzip der operanten Konditionierung. Flüssiges Sprechen wird mit Hilfe eines verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms (bspw. verlangsamtes, silbenbetontes, rhythmisches Sprechen) sukzessive eingeübt und mit positiver Verstärkung etabliert. Das Verfahren erfordert eine intensive Mitarbeit der Eltern, da die Techniken und Anwendungen unter genauen Vorgaben täglich trainiert werden müssen. Psychosoziale Aspekte werden bei diesem Vorgehen nicht berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass sich psychische Belastungen mit dem verbesserten Redefluss von selbst auflösen. Beim Non-Avoidance Ansatz steht die Akzeptanz des Stotterns im Vordergrund. Zunächst geht es darum, Sprechängste und negative Emotionen abzubauen, um gegenüber eigenen und fremden Reaktionen auf das Stottern unempfindlicher zu werden. Dafür kommt häufig die Methode des Pseudostotterns (bewusstes und absichtsvolles Stottern) zur Anwendung. Anschliessend wird mittels verschiedener Modifikationstechniken an der bewussten Steuerung der Stottersymptomatik gearbeitet, mit dem Ziel, ein sogenannt „flüssiges Stottern“ zu erreichen, das die Kommunikation

nicht mehr beeinträchtigt. Sowohl in den Fluency-Shaping-Ansätzen als auch in den Non-Avoidance-Ansätzen werden In-Vivo-Übungen zum Transfer der Therapieinhalte sowie zum Aufbau der Selbsthilfekompetenz eingesetzt.

Gemäss Ochsenkühn et al. (2010, S. 91-92) erfordert die multimodale und methodenkombinierte Therapie eine sorgfältige und begründete Planung. Für die Entscheidung der Reihenfolge und Kombination der verschiedenen Verfahren müssen diverse Faktoren wie das Alter des Kindes, der Schweregrad des Stotterns, die emotionalen Reaktionen des Kindes auf eine bestimmte Methode und die Bedingungen des sozialen Umfeldes berücksichtigt werden. Das therapeutische Vorgehen orientiert sich demnach immer an den Fähigkeiten und Defiziten des stotternden Kindes und der Familie.

Neben der multimodalen und methodenkombinierten Sprachtherapie existieren zahlreiche spezifische Stotterkonzepte und -programme für Kinder und deren Eltern (Conture & Curlee, 2007; Fiedler & Standop, 1994; Katz-Bernstein & Subellok, 2002; Ochsenkühn et al. 2010; Sandrieser & Schneider, 2008). Gemäss Weikert (2003, S. 216) unterscheiden sie sich hauptsächlich darin, mit welcher Gewichtung direkte und indirekte Methoden zur Anwendung kommen und mit welcher Intention auf die Eltern-Kind-Interaktion Einfluss genommen wird. Abhängig vom jeweiligen Ursachenkonstrukt überwiegen mehr sprechtechnische oder psychologisch-kommunikative Vorgehensweisen. Zusätzlich zu erwähnen sind die Gruppentherapie mit stotternden Kindern und die computergestützte Therapie. Die Gruppe stellt laut Stewart und Turnbull (1998, S. 82) eine realitätsnahe Situation mit vielfältigen Möglichkeiten zum sprachlichen Austausch dar. Einerseits kann das Zusammensein mit betroffenen Gleichaltrigen angstreduzierend und motivierend wirken, andererseits sind die Kinder durch das gruppenspezifische Setting auch gefordert, soziale und emotionale Kompetenzen zu erlernen und weiterzuentwickeln. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, allfällige Probleme zu bearbeiten, die in der Einzeltherapie so nicht auftauchen würden. Der Einsatz des Computers in der Therapie ermöglicht nach Deuse (1992, S. 257-258) eine exakte Aufzeichnung und Wiedergabe des Sprechvorgangs und seiner Störungen. Durch die visuellen Rückmeldungen der Atmung und der Stimme können Verzögerungen im Sprechablauf optimal verdeutlicht und effizient korrigiert werden. Die Motivation steigert sich gewöhnlich mit der Arbeit am Computer; allerdings ist ein mehrmaliges Üben in der Woche unbedingt erforderlich, damit die Anwendung im Alltag gelingt.

Die ambulante Einzeltherapie ist gemäss Ochsenkühn et al. (2010, S. 112-113) die gängigste Behandlungsform des Stotterns. Ebenfalls verbreitet sind die ambulante Gruppentherapie sowie die Intensivtherapie, die ambulant im Rahmen des allgemeinen Praxisbetriebs erfolgen kann, jedoch häufiger als Ferienprogramm konzipiert wird. Intensivtherapien benötigen Auffrischungstermine von ein bis drei Tagen in mehreren Intervallen.

Bislang können laut Suchodoletz (2009, S. 219) noch keine generellen Aussagen darüber gemacht werden, welche Therapiemethoden besonders effektiv sind und bei welchem Kind welche Therapie die richtige ist. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass es eine Vielzahl von Methoden gibt, die von unterschiedlichen Konzepten ausgehen und deren Wirksamkeit möglicherweise unterschiedlich einzuschätzen ist. Weitgehend einig sind sich die Fachpersonen darin, dass der Einbezug der Eltern in die Sprachtherapie bei Kindern unerlässlich ist.

4.2 Ziele und Methoden der Elternmitarbeit

Eltern stotternder Kinder machen sich oft Vorwürfe, sie hätten in der Erziehung möglicherweise Fehler gemacht, die das Stottern verursacht haben könnten. Durch Reaktionen aus dem Umfeld und Aussagen von Fachpersonen werden diese Schuldgefühle noch verstärkt, was dazu führt, dass die Eltern sich und ihr Verhalten äusserst negativ bewerten. Gefühle der Hilflosigkeit, Unsicherheit im Umgang mit dem Stottern und Ängste über die zukünftigen Auswirkungen der Störung sind weitere Faktoren, mit denen sich die Eltern eines stotternden Kindes konfrontiert sehen (Hansen & Iven, 2002, S. 77/81). Der Elternberatung kommt deshalb im therapeutischen Prozess eine zentrale Bedeutung zu. Laut Weikert (2003) „sind Eltern, die sich zunehmend als kompetent und handlungsfähig erleben, besser in der Lage, ihrem Kind und dem Stottern mit einer akzeptierenden und offenen Grundhaltung zu begegnen“ (S. 221).

Inhalte, Ziele, Ausmass und Intensität der Elternarbeit können sehr unterschiedlich ausfallen und sind von vielen verschiedenen Bedingungen abhängig. Die zeitlichen und organisatorischen Möglichkeiten der Eltern müssen dabei genauso berücksichtigt werden wie bspw. die Beziehung zwischen Eltern und Kind oder die wechselnden therapeutischen Bedürfnisse. Als oberster Grundsatz gilt, dass sich die Planung der Elternmitarbeit an der aktuellen Problemlage und den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Das kann unter Umständen auch bedeuten, akzeptieren zu müssen, dass Eltern nur wenig oder gar nicht an einer Mitarbeit interessiert sind (Hansen & Iven, 2002, S. 71/76). Die Elternarbeit in der Therapie mit stotternden Kindern lässt sich gemäss Weikert (2003, S. 221-222) in folgende Hauptaufgabenbereiche unterteilen: die Vermittlung von Informationen, die psychosoziale Unterstützung der Eltern und eine anzustrebende Verhaltensänderung der Bezugspersonen.

Die *Informationsvermittlung* ist ein zentrales Element der Beratung und dient vor allem dazu, die Eltern über die Stottersymptomatik, die verstärkenden und aufrechterhaltenden Einflüsse sowie die Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie aufzuklären. Mit dem Vermitteln von Fachwissen sollen die Eltern zu Expertinnen und Experten in eigener Sache befähigt werden, damit sie im Umgang mit dem Stottern des Kindes und im Erkennen ihrer eigenen Reaktionen und Emotionen sicherer werden. Dadurch können sie Therapie-

inhalte und -ziele besser einschätzen und ihrem Kind eine kompetente Unterstützung bieten (ebd., S. 222). Sandrieser und Schneider (2008, S. 127) sehen den Nutzen zusätzlich darin, dass gut informierte Eltern auch differenziertere Beobachtungen aus dem Familienalltag zurückmelden, was für den weiteren Beratungs- und Therapieprozess von grundlegender Bedeutung ist.

Die *psychosoziale Unterstützung* kommt insbesondere bei persönlichen Anliegen der Bezugspersonen zum Tragen. Viele Eltern kommen laut Hansen und Iven (2002, S. 77) mit Schuldgefühlen, Sorgen und Zukunftsängsten in die Beratung. Sie sind verunsichert, wie sie auf das Stottern des Kindes und die Reaktionen aus dem sozialen Umfeld reagieren sollen. Diese Fragen und Gefühle müssen ernst genommen und in den Gesprächen thematisiert werden, indem über Werthaltungen, Belastungen, Bewältigungsstrategien und deren Auswirkungen auf die momentane Situation gesprochen wird. Im Rahmen einer von Wertschätzung und Akzeptanz geprägten Reflexion können Anregungen zu einer veränderten Sichtweise aufgezeigt werden. Weikert (2003, S. 222) erwähnt zusätzlich die Möglichkeit von Gruppengesprächen und Elternselbsthilfegruppen, die zu einer emotionalen Entlastung der Eltern und einer Neueinschätzung der Problematik beitragen können. Dies wird deshalb als wichtig erachtet, weil sich die Ängste und Unsicherheit der Eltern im Umgang mit dem Stottern in der Regel auf das Kind übertragen, was bei diesem ebenfalls zu Verunsicherungen führt. Kollbrunner (2004, S. 126) bemängelt, dass die meisten Sprachtherapeutinnen und -therapeuten den geäußerten Schuldgefühlen der Eltern zu wenig Beachtung schenken und sie vielmehr so schnell wie möglich abzuschwächen versuchen. Dadurch würden wertvolle Hinweise auf psycho- und familiendynamische Konflikte gar nicht erst zur Sprache kommen.

In Bezug auf die *Verhaltensänderungen* existieren zahlreiche Vorschläge zu elterlichen Verhaltensweisen, die sich förderlich auf das Stottern auswirken sollen. Ob eine Änderung im Verhalten der Bezugspersonen angezeigt ist, lässt sich gemäss Katz-Bernstein (1992, S. 386) jedoch nur durch eine sorgfältige und differenzierte Diagnose der Eltern-Kind-Beziehung feststellen. Erst wenn die Analyse auf ein Fehlverhalten bzw. fehlendes Verhalten seitens der Eltern hinweist, können gemeinsam Handlungsalternativen erarbeitet werden. Nach Baumgartner (2008, S. 276-277) lässt sich die Sprechflüssigkeit stotternder Kinder nachweislich verbessern, wenn Eltern gezielt lernen,

- ihre Ängste und Sorgen bezüglich des Stotterns abzubauen,
- ihr Kommunikationsverhalten zu verändern,
- auf das Stottern adäquat zu reagieren, sei es über kontingentes Reagieren oder über Modellieren,
- inadäquate Anforderungen abzubauen,
- Sprechlernsituationen in „besonderen Sprechzeiten“ zu strukturieren,
- problematische Situationen sicher zu reflektieren und konfliktfrei zu bewältigen,

- sprachliche und kommunikative Stressoren zu identifizieren,
- Stottern zu enttabuisieren,
- sich gegenüber dem Symptom zu desensibilisieren.

Die Vermittlung der verschiedenen Vorschläge reicht dabei gemäss Weikert (2003, S. 223) von einfachen Anweisungen über das praktische Einüben im Therapiesetting bis hin zu spezifischen Gruppentrainings, in welchen die Eltern zu Co-Therapeutinnen bzw. Co-Therapeuten ausgebildet werden. Die Methoden beinhalten Gespräche, Rollenspiele, Videofeedback und andere Übungen.

Obwohl der Elternmitarbeit in der Therapie sprach- und sprechgestörter Kinder durchgehend einen zentralen Stellenwert beigemessen wird, existieren dazu kaum empirische Untersuchungen. Im Folgenden werden einige der wenigen Befunde aus der allgemeinen Sprachtherapie vorgestellt.

4.3 Forschungsbefunde zu der Elternmitarbeit in der Sprachtherapie

Glogowska und Campell (2000, S. 402-403) betonen die Wichtigkeit, Sprachtherapie auch aus der Perspektive der Eltern wahrzunehmen und bemängeln gleichzeitig die fehlenden empirischen Untersuchungen auf diesem Gebiet. In einer qualitativen Studie an 16 Elternteilen von sprachauffälligen Vorschulkindern konnten sie zeigen, dass die Effektivität der Behandlung massgeblich von der elterlichen Sichtweise zum Einbezug in den Therapieprozess abhängig ist. Grundsätzlich waren die Eltern dann positiv eingestellt, wenn sie zur Selbstaktivität angeregt und mit ihren Anliegen und Bedürfnissen ernst genommen wurden. Fehlende Berücksichtigung der Gefühle der Eltern sowie ihrer abweichenden Meinungen und Sichtweisen zu den therapeutischen Interventionen wirkten sich hingegen ungünstig auf die Kooperationsbereitschaft aus und führte häufig zu Therapieabbrüchen. Manche Eltern fühlten sich zudem unzureichend unterstützt in der Forderung an die eigene Mitarbeit, was sich wiederum negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken kann. Damit der Einbezug der Eltern in die Therapie zugunsten des sprachauffälligen Kindes gelingt, muss zukünftig den elterlichen Bedürfnissen, Anliegen und Einschätzungen vermehrt Beachtung geschenkt werden.

Marshall, Goldbart und Phillips (2007, S. 548-552) untersuchten in einer explorativen Studie an 15 Elternteilen und 9 Sprachtherapeutinnen und -therapeuten die Erklärungsmodelle für die Sprachverzögerungen bei Vorschulkindern. Obwohl beide Gruppen glauben, dass die Sprachschwierigkeiten von internalen und externalen Faktoren beeinflusst sind, lassen sich doch wesentliche Unterschiede feststellen. Eltern sehen die Gründe für die Sprachverzögerung vor allem im Geschlecht, im Entwicklungstempo und in der Persönlichkeit des Kindes und sind der Ansicht, dass sich Fernsehen und Nachahmung positiv auf die Sprachentwicklung auswirken. Therapierende machen vorwiegend die Ge-

sundheit (insbesondere das Gehör) und kognitive Störungen für die Sprachschwierigkeiten verantwortlich und glauben eher nicht, dass Fernsehen die Sprachentwicklung positiv beeinflusst. Stattdessen messen sie den sprachlichen Anregungen aus dem familiären Umfeld eine grosse Bedeutung zu. In Bezug auf die externalen Faktoren fühlen sich Eltern oft schuldig, ohne jedoch zu wissen, was sie möglicherweise falsch gemacht haben könnten. Daneben glauben sie, dass Geschwister eine wesentliche Rolle spielen: entweder, weil keine vorhanden sind und ein sprachlicher Austausch fehlt oder weil ältere Kinder da sind, die das jüngere nicht zu Wort kommen lassen. Die Therapeutinnen und Therapeuten hingegen sehen die externalen Gründe für die Sprachverzögerung vor allem in sozioökonomischen Faktoren, welche wiederum von den Eltern nicht erwähnt werden. Diese Differenzen sollten nach Meinung der Autorinnen dieser Studie vermehrt thematisiert werden, da sie die Planung und Durchführung einer Therapie entscheidend beeinflussen können. Sie weisen ebenfalls darauf hin, dass Erklärungen und Einstellungen der Eltern zu den Sprachauffälligkeiten ihrer Kinder noch kaum in Form qualitativer und quantitativer Daten wahrgenommen werden.

In umgekehrter Richtung gingen Ritterfeld und Denhardt (1998, S. 163/165) in einer empirischen Untersuchung an 76 Sprachtherapeutinnen und -therapeuten der Frage nach, in welchem Ausmass Eltern von sprachbehinderten Kindern tatsächlich in die therapeutische Arbeit mit einbezogen werden. Die Resultate zeigen, dass zwischen Wunsch und Wirklichkeit eine erhebliche Diskrepanz besteht. Der Elternkontakt findet vorwiegend bei der Anamnese, kurzen Informationsgesprächen nach den Therapiesitzungen und in der Vergabe von Hausaufgaben statt. Obwohl durchgehend mangelnde finanzielle, räumliche und zeitliche Ressourcen als Grund dafür genannt werden, wird bei näherer Betrachtung deutlich, dass vor allem Unsicherheiten in Bezug auf die Rolle den Eltern gegenüber und fehlendes Handlungswissen die Diskrepanz erklären können. Dieses mangelnde Kompetenzerleben wird auf die uneindeutige Position der Sprachtherapie zwischen Psychologie, Pädagogik und Medizin zurückgeführt.

Die unklaren Grenzen, insbesondere zu der Psychologie, werden von zahlreichen Autorinnen und Autoren erwähnt (Guitar, 2006; Kollbrunner, 2004; Ochsenkühn et al., 2010; Schoor, 1992; Weikert, 2003) und stellen in der Therapie mit stotternden Kindern und deren Eltern eine grosse Herausforderung dar.

4.4 Zur Profession von Sprachtherapeutinnen und -therapeuten

Stotternde Kinder werden am häufigsten in ausserschulischen therapeutischen Organisationsformen behandelt, insbesondere in logopädischen Praxen. Der Bedarfslage entsprechend haben sich in den vergangenen Jahren vermehrt auch freie sprachtherapeutische Angebote von Sprachheilpädagoginnen und -pädagogen etabliert (Braun, 1992, S. 153-154). Die Situation der sprachtherapeutischen Berufsgruppen muss jedoch in den

deutschsprachigen Ländern als überaus uneinheitlich bezeichnet werden. Sie unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer Ausbildung als auch ihrer beruflichen Anerkennung und ihrer Berufsbezeichnung. In der deutschsprachigen Schweiz ist die Logopädie seit 1997 eine akademische und heilpädagogische Fachdisziplin. Die Ausbildung zur Logopädin/zum Logopäden bzw. zur Sprachheilpädagogin/zum Sprachheilpädagogen beinhaltet die Wissensbereiche Logopädie, Medizin, Pädagogik, Psychologie, Sprachwissenschaften sowie Wissenschaftsmethodologie. Der berufliche Abschluss qualifiziert für die Erfassung, Abklärung, Behandlung und Beratung von sprachbehinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Baumgartner, 2008, S. 13-14).

Gemäss Ritterfeld (2003, S. 27/30-31) setzt die Logopädie einen behandlungsbedürftigen Zustand voraus, womit die Therapie ihr eigentliches Betätigungsfeld ist, das jedoch durch Beratung ergänzt wird. Beratung zwecks Begleitung der therapeutischen Massnahmen ist in der Logopädie insbesondere bei der Elternarbeit gefordert. Die Grenzen zwischen sprachtherapeutischer und psychologischer Beratung sind dabei nicht immer scharf zu ziehen; gleichwohl muss hierin ein Unterschied gemacht werden. Im Fall der logopädischen Beratung stehen die Annahmen über die Veränderbarkeit von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörstörungen im Vordergrund. Psychologische Beraterinnen und Berater verfügen nicht über die spezifischen Kenntnisse, die eine Intervention bei diesen Störungsbildern erfordert. Umgekehrt sind Logopädinnen und Logopäden nicht dafür ausgebildet, eine psychologische Beratung zu Themen wie Schulversagen, Partnerschafts- oder Erziehungsprobleme zu übernehmen. Dies gilt natürlich nur, sofern keine Weiterbildung im jeweils anderen Berufsfeld absolviert wurde. Sprachtherapeutische und psychologische Beratungen sind folglich nicht deckungsgleich, können sich jedoch gegenseitig ergänzen. Laut Schoor (1992, S. 110-111) erfordert das Zusammenwirken von direkten und indirekten Methoden in der Therapie bei stotternden Kindern sowohl logopädische als auch sonderpädagogische und psychologische bzw. psychotherapeutische Vorgehensweisen, was die Kompetenz einer einzelnen Logopädin oder eines einzelnen Logopäden in der Regel überfordert, sofern diese nicht über eine zusätzliche Ausbildung verfügen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit (inklusive der Bezugspersonen), Supervision und regelmässige Effektivitätskontrollen sind seiner Ansicht nach deshalb in der Sprach- und Sprechtherapie unerlässlich.

Abschliessend sei erwähnt, dass die Aus- und Weiterbildung zur Stottertherapeutin bzw. zum Stottertherapeuten frei und fakultativ ist. Der Titel ist nicht geschützt, was bedeutet, dass sich auch Personen als Stotterexpertinnen oder -experten bezeichnen können, die über keine logopädische Ausbildung verfügen. Neben den unterschiedlichen Behandlungsansätzen kann dies für Eltern eines stotternden Kindes eine zusätzliche Erschwernis bei der Wahl einer angemessenen Therapie bedeuten (J. Amrein, persönliche Mitteilung, 5. August, 2011).

II EMPIRIE

Im Folgenden wird die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte qualitative Untersuchung vorgestellt. Einleitend werden die Fragestellungen und das methodische Vorgehen erläutert. Im Anschluss daran werden die aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse zunächst fallspezifisch und darauffolgend fallübergreifend zusammengefasst und präsentiert. Eine Interpretation und kritische Reflexion der Resultate schliessen die Arbeit ab.

5 Forschungsgegenstand und Methodik

5.1 Ausgangslage und Fragestellung

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit basiert auf den kontroversen Diskussionen in der Stotterforschung zu den Ursachen und der Behandlung des Stotterns. Wie aus dem theoretischen Ausführungen ersichtlich wird, sind die Ursachen des Stotterns noch weitgehend ungeklärt. Aktuell wird von zahlreichen physiologischen, linguistischen und psychosozialen Faktoren ausgegangen, die an der Entstehung des Stotterns mitwirken. Bei der Therapie von stotternden Kindern wird deshalb ein multimodaler und methodenkombinierter Behandlungsansatz bevorzugt. Unterschiede ergeben sich vorwiegend daraus, ob mehr mit direkten Ansätzen bzw. am Sprechen selbst oder mit indirekten Ansätzen bzw. an den psychosozialen Auswirkungen und Einflüssen gearbeitet wird. Einig sind sich die Fachpersonen darin, dass Eltern mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten wesentlich zum therapeutischen Erfolg beitragen können. Obwohl dies von zahlreichen Autorinnen und Autoren betont wird (Baumgartner, 2008; Guitar, 2006; Hansen & Iven, 2002; Sandrieser & Schneider, 2001; Weikert, 2003), sind die elterlichen Erklärungen und Einstellungen zu den Sprachauffälligkeiten ihres Kindes und deren möglichen Auswirkungen auf die therapeutischen Interventionen bzw. die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei noch kaum erforscht. Unter dieser Ausgangslage interessierte folgende Fragestellung:

- Beeinflussen die subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns ihres Kindes die Wahl einer Therapie für das Kind und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei?

Die Forschungsfrage ist von folgenden drei Unterfragen geleitet:

1. Wie erklären sich die Eltern das Stottern ihres Kindes?
2. Welche Therapien wurden schon gemacht bzw. werden von den Eltern bevorzugt?
3. Wie schätzen sie die Wichtigkeit und Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei ein?

Die Hauptfragestellung enthält die implizite Annahme, dass die subjektiven Theorien der Eltern die Wahl einer Therapie und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei beein-

flussen. Da jedoch noch kaum Untersuchungen zu diesem Gegenstandsbereich vorliegen und es sich hier um eine Studie mit explorativem Charakter handelt, wurden im Vorfeld der Datenerhebung keine konkreten Hypothesen formuliert. Das Ziel besteht vielmehr darin, Erkenntnisse zu den genannten Fragen zu gewinnen.

5.2 Untersuchungsdesign

Da sich das Forschungsinteresse in den genannten Fragestellungen auf die subjektiven Sichtweisen und Handlungsintentionen einzelner Individuen in ihrem alltagsweltlichen Kontext richtet, im vorliegenden Fall auf jene von Eltern eines stotternden Kindes, bietet sich eine qualitative Methodenkonzeption an. Diese Strategie sucht gemäss Gläser und Laudel (2010, S. 26) nach Kausalmechanismen, die unter bestimmten Bedingungen bestimmte Effekte hervorbringen und beruht auf der detaillierten Analyse eines Falles bzw. weniger Fälle. Für die Datenerhebung wurde das problemzentrierte Interview als offene, teilstrukturierte Befragungsart gewählt. Diese Interviewform ist dadurch begründet, dass sie die Befragten einerseits möglichst frei zu Wort kommen lässt und andererseits durch die theoriegeleitete Strukturierung des Interviewleitfadens eine klare Eingrenzung der zu befragenden Themen erlaubt (Mayring, 2002, S. 67). Nach der Aufbereitung des Materials durch wörtliche Transkription erfolgte die Auswertung der Daten mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse. Dazu wurden die teilweise aus der Theorie deduktiv abgeleiteten Kategorien durch induktiv aus dem Material entstandene Kategorien ergänzt und durch eine inhaltliche Zusammenfassung und Strukturierung der Interpretation zugänglich gemacht (ebd., S. 115).

5.3 Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus fünf Müttern und drei Vätern eines stotternden Kindes im Alter von 8 bis 16 Jahren. Die Altersbegrenzung bei den Kindern ist dadurch begründet, dass bei jüngeren Kindern häufig eine Spontanremission auftritt und bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen die Elternmitarbeit in der Therapie nicht mehr denselben Stellenwert einnimmt. Obwohl sich einige Kinder zum Zeitpunkt der Befragung bereits im Jugendalter befinden, wird im Folgenden der Begriff Kinder verwendet, im Sinne dessen, dass auch Jugendliche die Kinder ihrer Eltern sind. Die befragten Eltern kommen aus vier verschiedenen Kantonen, wobei einige in ländlichen und andere in städtischen Regionen wohnhaft sind. Sechs Elternteile stammen aus der Schweiz, eine Mutter ist südamerikanischer Herkunft. Alle Mütter arbeiten Teilzeit in den Bereichen Pflege, Medizin und Pädagogik. Die Väter sind auf den Gebieten Unternehmensberatung und Verkauf tätig. Von den stotternden Kindern sind sechs männlichen und zwei weiblichen Geschlechts. Eines ist 8-jährig, eines 10-jährig, vier 12-jährig, eines 13-jährig und eines 16-jährig. Zwei stotternde Kinder sind Einzelkinder, sechs haben ein bis drei ältere oder jüngere Geschwister.

Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung und der geringen Fallanzahl erhebt die Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität. Vielmehr soll durch eine möglichst enge Fassung der Gruppe und eine gewollte innere Heterogenität, in der theoretisch relevant erscheinende Merkmale in ausreichendem Umfang durch Einzelfälle vertreten sind, die Entwicklung neuer Kategorien, Theorien oder typischer Muster möglich gemacht werden (Kelle & Kluge, 2010, S. 55). Die Eingrenzung der Fallauswahl ist in der vorliegenden Stichprobe durch die Kriterien Eltern und stotterndes Kind im Alter zwischen 8 bis 16 Jahren bestimmt. Die Heterogenität der Elterngruppe zeichnet sich ab im Geschlecht, im sozioökonomischen Status, im kulturellen Hintergrund und in der Grösse der Familie.

5.4 Organisation der Stichprobe

Analog zu der Studie von Ritterfeld und Denhardt (1998), die im Kapitel 4.3 beschrieben wurde, zeichnete sich im Vorfeld der Untersuchung in Gesprächen mit Fachpersonen und Eltern stotternder Kinder ab, dass sich die Elternmitarbeit in logopädischen Praxen, mit denen die Eltern am häufigsten in Kontakt kommen, meist auf kurze Informationsgespräche oder Gespräche über den Verlauf der Therapie beschränkt. Dadurch verfügen viele Eltern von stotternden Kindern über keine oder nur geringe Kenntnisse und Erfahrungen in der Elternmitarbeit, wie sie im theoretischen Teil dieser Arbeit beschrieben wurden. Um eine Vergleichbarkeit der Fälle zu ermöglichen, wurden deshalb nur Eltern in die Stichprobe aufgenommen, die zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt und über eine längere oder kürzere Phase bei dem Logopäden und Stottertherapeuten Herrn J. Amrein in Behandlung waren bzw. noch sind, der über einen MAS in systemisch-lösungsorientierter Therapie verfügt und bei welchem die Elternmitarbeit ein zentrales Element in der Stottertherapie darstellt. Er arbeitet hauptsächlich psychotherapeutisch und nur zu einem kleinen Teil an der Sprechtechnik. Neben der Vergleichbarkeit der Fälle ist diese Eingrenzung sicher dadurch gerechtfertigt, dass die Stotterbehandlung bei Herrn Amrein nur eine von mehreren Therapieerfahrungen darstellt und die Eltern sie aus unterschiedlichen Motiven wählten. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Aussagen der Eltern von seinen Ansichten und Methoden beeinflusst sind.

Vier Elternkontakte kamen über eine direkte Vermittlung durch Herrn Amrein zustande. Nach einer Voranfrage seinerseits wurden die betreffenden Eltern telefonisch kontaktiert. Alle vier Elternteile zeigten sich mit einer Befragung einverstanden, sodass die Interviewtermine sogleich am Telefon vereinbart werden konnten. Zwei Elternteile konnten an einer Veranstaltung in der Praxis von Herrn Amrein direkt auf eine Beteiligung angesprochen werden. Nach einer mündlichen Zusage vor Ort wurden die Termine in den darauffolgenden Tagen ebenfalls telefonisch festgelegt. Zwei weitere Kontakte kamen über bereits interviewte Eltern zustande. Da wo zwischen dem Telefongespräch und dem festge-

legten Termin eine längere Zeitspanne vorlag, wurde dem betreffenden Elternteil eine schriftliche Einladung mit den wichtigsten Kurzinformationen zugesandt. Alle Teilnehmenden wurden über den Zweck der Forschung und die vorgesehene Verarbeitung der Daten in Kenntnis gesetzt, um eine informierte Einwilligung zu gewährleisten. Da die Forschungsfragen nicht als ethisch bedenklich eingestuft werden müssen, wurde auf eine schriftliche Einwilligungserklärung verzichtet.

5.5 Datenerhebung

Die Elternbefragung wurde mit dem problemzentrierten Interview (Mayring, 2002, S. 67) durchgeführt. Der teilstrukturierte Interviewleitfaden wurde mit Bezugnahme auf die drei Unterfragen erstellt und ist in die Abschnitte subjektive Erklärungen zu den Ursachen des Stotterns, Therapien für das stotternde Kind und Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit unterteilt. Jede Kategorie ist von einer offenen Hauptfrage geleitet und wurde mit möglichen Steuerungsfragen ergänzt. Die Steuerungs- bzw. Präzisionsfragen wurden so formuliert, dass die Eltern mit den Antworten einen möglichst engen Bezug zu ihrem konkreten Erleben herstellen konnten. Diese Grundstruktur diente der Orientierung im Ablauf der Interviews und stellte sicher, dass in allen Interviews bestimmte relevante Informationen erhoben wurden (Gläser & Laudel, 2010, S. 150). Der Pre-Test wurde mit der ersten Interviewpartnerin durchgeführt, worauf der Leitfaden eine leichte Anpassung erfuhr. Da sich inhaltlich jedoch keine Veränderungen ergaben, konnte diese erste Befragung ebenfalls in die Auswertung mit einbezogen werden. Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang dieser Arbeit nachzulesen.

Für die Interviews konnten die Teilnehmenden wählen, wo die Begegnung stattfinden sollte. Eine Befragung wurde bei einer Mutter zu Hause durchgeführt, die anderen sieben fanden in neutralen Büro- oder Praxisräumen statt. Die Gespräche dauerten zwischen 35 und 60 Minuten und wurden zu späteren Auswertungszwecken digital aufgezeichnet. Zu Beginn wurden die Teilnehmenden nochmals kurz über Zweck und Ziel der Untersuchung, die Gewährleistung der Anonymität und die Aufzeichnung der Daten unterrichtet, um die informierte Einwilligung zu bestätigen. Nach dem Einstieg mit der auf den Gegenstandsbereich bezogenen allgemeinen Aufforderung zum freien Erzählen wurde die Aufmerksamkeit der Interviewten durch präzisierende Fragen auf die untersuchten Theoriebereiche gelenkt. Dabei wurde die vorgesehene Reihenfolge der Fragen jeweils dem Gesprächsverlauf angepasst. Dies ermöglicht nach Helfferich (2009, S. 180) eine Annäherung an eine möglichst natürliche Gesprächssituation und lässt Freiraum für die spontan produzierten Erzählungen der Befragten. Um die Generierung von Informationen anzuregen, die im Leitfaden nicht vorgesehen waren, wurde das Interview mit der Frage abgeschlossen, ob die Teilnehmenden aus ihrer Sicht dem Gespräch noch etwas hinzufügen möchten (Gläser & Laudel, S. 149).

5.6 Datenauswertung

Das Material wurde wörtlich transkribiert und in Standardsprache übertragen. Typische Mundartausdrücke wurden beibehalten und mit Sonderzeichen markiert. Aufgrund der inhaltlichen und thematischen Fokussierung der Fragestellungen wurden nichtverbale Äusserungen wie Lachen, Husten oder Räuspern nur in direktem Zusammenhang mit dem gesprochenen Inhalt und als Verständnishilfe notiert. Besonderheiten wie Unterbrechungen, Pausen, Füllsilben oder Verzögerungen wurden vermerkt, erwiesen sich für die Auswertung im Rahmen dieser Untersuchung jedoch als nicht relevant. Die vollständigen Transkripte können auf Wunsch bei der Autorin eingesehen werden.

Für die Datenauswertung wurde anfänglich eine differenzierte Fallanalyse mit anschließender Typisierung in Betracht gezogen. Durch die geringe Fallanzahl und die relativ grosse Homogenität in den subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns erwies sich dieses Vorgehen jedoch als wenig sinnvoll. Es wurde deshalb die Technik der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2008, S. 82-89) gewählt. Diese Form der Auswertung zielt darauf ab, zentrale Inhalte aus dem Material zu extrahieren, zusammenzufassen und mit Hilfe eines Kategoriensystems zu strukturieren. In einem ersten Schritt wurden in Anlehnung an den Interviewleitfaden zu den Variablen Erklärungen, Therapien und Elternmitarbeit deduktiv aus der Theorie und den Fragestellungen abgeleitete Kategorien und Subkategorien definiert. Diese wurden an den ersten Fall herangetragen, überprüft und durch induktiv aus dem Material entwickelte Kategorien und Subkategorien ergänzt. Die weitere Konstruktion der Kategorien und Dimensionen erfolgte über eine sequentielle Bearbeitung der einzelnen Fälle, anhand derer das Kategorienschema laufend erweitert und modifiziert wurde (Kelle & Kluge, 2010, S. 79). Dabei wurden sowohl die manifesten als auch die durch die Interpretation im Textkontext zugänglichen latenten Inhalte analysiert. Zur Konkretisierung der Subkategorien wurden Ankerbeispiele angeführt und wo zur besseren Abgrenzung notwendig Kodierregeln formuliert (Mayring, 2002, S. 118-119). Die auf diese Weise systematisch generierten Aussagen bilden die Grundlage für die fallspezifische Darstellung. In einem zweiten Schritt wurden die Subkategorien teilweise zusammengefasst und die einzelnen Fälle in Bezug auf Häufigkeiten, Zusammenhänge sowie Kontraste miteinander verglichen und analysiert. Dieses zweite Kategorienschema bildet die Basis für die fallübergreifende Darstellung der Ergebnisse. Die beiden Kategoriensysteme können im Anhang dieser Arbeit nachgelesen werden.

6 Darstellung der Ergebnisse

Analog zu der Datenauswertung erfolgt die Darstellung der Ergebnisse in zwei Teilen. In einem ersten Schritt werden die Resultate fallspezifisch dargestellt. Damit soll das konkrete Erleben und Verhalten der befragten Mütter und Väter ins Zentrum gestellt und der Subjektorientierung in der qualitativen Forschung Rechnung getragen werden. In einem

zweiten Schritt werden die für die vorliegenden Fragestellungen relevanten Kategorien und Subkategorien in einer vergleichenden Betrachtung fallübergreifend summarisch beschrieben.

6.1 Fallspezifische Ergebnisse

Im Folgenden werden die einzelnen Fälle anhand der Variablen Erklärungen, Therapien und Elternmitarbeit mit Bezug auf die erarbeiteten Kategorien und Subkategorien (Anhang 3) vorgestellt. Diese Darstellung ist insofern von Bedeutung, als dass gewisse in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführte Ergebnisse nur auf der Grundlage des jeweils individuellen Kontextes ihre volle Aussagekraft erfahren. Durch punktuelle Rückschlüsse auf Einzelfälle bleibt deren Komplexität erhalten und es können Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Kategorien sichtbar gemacht werden. Um die Anonymität zu gewährleisten, werden an dieser Stelle keine näheren Angaben zu den befragten Personen gemacht. Diese erfolgen nur da, wo die Eltern selber Aussagen dazu machen, um damit ihre Einstellungen zu begründen. Für die Kinder wurden fiktive Namen gewählt.

6.1.1 Frau A: Mutter von Beni

Erklärungen: Beni begann im Alter von vier Jahren zu stottern. Frau A geht davon aus, dass das Stottern genetisch bedingt sein könnte, da sowohl eine Tante von ihr als auch ihre Schwiegermutter stottern bzw. gestottert hatten. Daneben erwähnt sie einen Velounfall, den Beni kurz vor Stotterbeginn hatte, und der als schockierendes Erlebnis die Sprechstörung ausgelöst haben könnte. Frau A kann sich vorstellen, dass auch psychosoziale Faktoren an der Entstehung des Stotterns beteiligt sind. Sie denkt dabei einerseits an eine phasenweise schwierige Vater-Sohn-Beziehung, hat andererseits aber auch bemerkt, dass sich allgemein Stresssituationen und Spannungen im familiären Umfeld ungünstig auf das Stottern auswirken. Da Beni zwei jüngere Schwestern hat, die beide nicht stottern, ist Frau A jedoch der Ansicht, dass eine Disposition vorhanden sein muss, damit es überhaupt zum Stottern kommt. Sie ist insgesamt der Meinung, dass an der Entstehung des Stotterns mehrere Faktoren beteiligt sind, von denen sich nicht eindeutig sagen lässt, welche ursächlich für die Sprechstörung verantwortlich sind. Früher machte sich Frau A häufige Gedanken über die Ursachen des Stotterns, weil es die Wahl einer effektiven Therapie erleichtert hätte. Heute beschäftigt sie sich kaum mehr damit, zumal sich das Stottern bei Beni im vergangenen Jahr stark verbesserte.

Therapien: Frau A sprach bei einer Routinekontrolle die Kinderärztin auf das Stottern an. Diese empfahl eine Logopädin in der Gemeinde, die mit der Methode Theraplay, einer spezifischen Spieltherapie, arbeitete. Beni besuchte für ca. zwei Jahre bei ihr die Therapie, daneben probierten es die Eltern noch mit Homöopathie. Weder das eine noch das andere brachte den gewünschten Erfolg. Da Beni in der ersten Klasse nicht mehr gehen

wollte, wurde die Therapie mit dem Einverständnis der Logopädin abgebrochen. Sie schlug vor, für eine weitere Behandlung einen männlichen Therapeuten zu wählen, worauf Frau A aufgrund einer Empfehlung schliesslich zu Herrn Amrein kam. Die Motivation für die Stottertherapie bei Herrn Amrein bestand darin, dass er eine ganzheitliche Therapie anbot, bei der auch das Umfeld des Kindes mit einbezogen wird. Das ist für Frau A bei allen Störungen wichtig, die nicht wirklich erklärt werden können. Sie ist der Ansicht, dass die Psyche beim Stottern eine wichtige Rolle spielt und dass in der Behandlung von stotternden Kindern sowohl sprechtechnische als auch psychotherapeutische Elemente zur Anwendung kommen sollten.

Elternmitarbeit: In der logopädischen Spieltherapie fand die Elternmitarbeit in Form von sporadischen Gesprächen statt, die hauptsächlich den Verlauf der Therapie thematisierten. Frau A bekam jedoch auch Informationen und Tipps für den Umgang mit dem Stottern, was sie als hilfreich und entlastend empfand, weil sie noch kaum etwas darüber wusste. Sie hatte damals nicht den Eindruck, dass mehr Elternmitarbeit stattfinden müsste und kam erst durch die Arbeitsweise von Herrn Amrein mit einer aktiveren Beteiligung in Kontakt. Frau A findet diese Form der Elternmitarbeit wichtig, weil neben den Informationen zu einem adäquaten Umgang mit dem Stottern auch Fragen zur Erziehung mit einer Fachperson besprochen werden können. Sie ist grundsätzlich der Ansicht, dass es bei Störungen im Kindesalter nicht darum gehen kann, nur das Kind zu therapieren. Gerade beim Stottern sei das nicht der richtige Weg, sondern man müsse sich als Eltern auch mit den eigenen möglichen Anteilen daran auseinandersetzen, um das Kind möglichst gut unterstützen zu können.

6.1.2 Frau B: Mutter von Nico

Erklärungen: Frau B erklärt sich das Stottern ihres Sohnes, das im Alter von drei Jahren begann, hauptsächlich mit genetischen und neurophysiologischen Einflüssen. Sie führt dazu stotternde Verwandte in der Familie, das Geschlecht von Nico, eine auffällige psychomotorische Entwicklung und eine verzögerte Sprachentwicklung an. Psychologischen Erklärungen steht Frau B eher ablehnend gegenüber, da diese einen gewissen Druck und Schuldgefühle auslösen, was sie im Umgang mit dem Stottern nicht als förderlich empfindet. Einen eigenen Anteil am Stottern kann sie sich insofern vorstellen, dass die verbale Kommunikation in ihrer Familie einen hohen Stellenwert einnimmt und es Nico da als Jüngster etwas schwer gehabt haben könnte. Grundsätzlich tendiert sie jedoch mehr zu den neurophysiologischen Erklärungen, insbesondere auch deshalb, weil sie nie einen Zusammenhang zwischen Nicos psychischen Befinden und guten bzw. schlechten Stotterphasen feststellen konnte. Frau B misst den Erklärungen für das Stottern insgesamt kein grosses Gewicht zu, weil es ihr immer wichtiger erschien, den Fokus auf Nicos Stärken und nicht auf sein Stottern zu legen.

Therapien: Aus denselben Gründen entschied sich Frau B in den ersten Jahren bewusst gegen eine Therapie. Sie war dann der Ansicht, dass eine Unterstützung auf den Schuleintritt hin hilfreich sein könnte und meldete ihren Sohn auf Empfehlung einer Bekannten bei Herrn Amrein an. Nach etwas mehr als einem Jahr wurde die Therapie wieder beendet, weil Frau B der psychologische Schwerpunkt in der Behandlung zu stark war und auch Nico selber wenig Interesse für die Therapie zeigte. Als er in der dritten oder vierten Klasse mit der Rechtschreibung Schwierigkeiten bekam, meldete ihn die Mutter in der Logopädie über die Schulgemeinde an. Sie wählte den Weg über die schulische Logopädie, weil er keine langen Abklärungen benötigte und sich der Zugang relativ einfach gestaltete. Als es nach einem Jahr zu einem Wechsel der Logopädin kam, bedeutete das auch gleichzeitig das Ende der Therapie, da sich Nico nicht auf eine neue Person einlassen mochte. Da er nicht so stark stottert, nicht darunter zu leiden scheint und sozial gut integriert ist, besucht Nico seither keine Therapie mehr. Falls der Leidensdruck oder die Stotter-symptomatik zunehmen würden, könnte sich Frau B vorstellen, ihren Sohn für eine Therapie zu motivieren, bei der er Sprech- und Atemtechniken lernt, die er dann selber anwenden könnte. Rückblickend bedauere sie es etwas, dass sie mit Nico in früheren Jahren nicht mehr Kinesiologie oder ähnliches gemacht habe, um die Vernetzungen im Gehirn und die Motorik besser zu fördern.

Elternmitarbeit: Frau B erachtet einen zu starken Einbezug der Eltern in die Stottertherapie des Kindes nicht unbedingt als förderlich. Für sie steht vor allem das Vertrauen in die Therapeutin oder den Therapeuten im Vordergrund. Wenn dieses vorhanden ist, genügen ihr vereinzelt Gespräche über Inhalt und Verlauf der Therapie und das Aneignen gewisser Kenntnisse über den Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind. Frau B begründet ihre Einstellung zu einem kleineren Teil mit ihrer Skepsis gegenüber den psychologischen Einflussfaktoren auf das Stottern und zu einem grösseren Teil mit ihren eigenen beruflichen Erfahrungen im medizinischen Bereich mit Kindern. In ihrer Arbeit erlebe sie es häufig, dass sich die Eltern zu stark einmischen oder engagieren würden. Damit könne dem Kind auch die Chance genommen werden, einen vertrauensvollen Zugang zur Therapeutin oder zum Therapeuten zu finden, was sich wiederum ungünstig auf den Heilungsprozess auswirken könne.

6.1.3 Frau C: Mutter von Lara

Erklärungen: Lara begann im Alter von vier Jahren zu stottern. Frau C erklärt sich dies ausschliesslich mit psychologischen Faktoren. Sie gebar ihr erstes und einziges Kind in einem späten Alter und wurde dadurch, gemäss ihren Aussagen, zu einer sehr autoritären und überfürsorglichen Mutter, die alles richtig machen wollte. Sie habe zwar immer gewusst, dass etwas an ihrer Erziehung nicht stimme, sei dem Problem aber nie wirklich auf die Spur gekommen. Eine Kollegin habe ihr dann einmal gesagt, sie sei im Umgang mit

ihrer Tochter sehr dominant, was sie in ihren ungunstigen Gefühlen bestätigt habe. Frau C ist überzeugt, dass ihre ständigen Ermahnungen und Zurechtweisungen das Stottern von Lara mitverursachten. Einen weiteren Grund sieht sie in häufigen Konflikten zwischen ihr und ihrem Mann, die sich hauptsächlich auf unterschiedliche Kommunikationsbedürfnisse bezogen. Dies führte innerhalb der Familie zu grossen Spannungen, welche Lara mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ebenfalls belasteten. Frau C beschäftigte sich intensiv mit den Ursachen für das Stottern ihrer Tochter. Eine Erklärung zu haben war für sie wichtig, weil diese ihr die Gewissheit gab, jemanden finden zu müssen, der auch ihr selbst Hilfe anbieten konnte.

Therapien: Über die Kindergartenlehrperson wurde Frau C an den logopädischen Dienst in der Nachbargemeinde verwiesen, wo Lara für ein Jahr in Behandlung war. Frau C machte sich damals keine Gedanken über andere Therapiemöglichkeiten. Die Logopädin arbeitete vorwiegend mit Rollenspielen und Sprechübungen. Frau C fand die Behandlung nicht grundsätzlich schlecht, hatte aber immer den Eindruck, Lara mache zu wenig Fortschritte und die Eltern sollten mehr in das Geschehen mit einbezogen werden. Über eine zufällige Begegnung auf der Strasse kam Frau C zu der Adresse von Herrn Amrein. Die Person teilte ihr mit, er würde nicht nur mit dem Kind arbeiten, sondern daneben auch die Eltern therapieren. Diese Information gab den Ausschlag dazu, dass Frau C mit ihrer Tochter von der Logopädie zur Stottertherapie wechselte. Für die Dauer eines Jahres gingen sowohl Lara als auch die Eltern bei Herrn Amrein in die Therapie. Vor ca. einem halben Jahr konnte die Behandlung für alle erfolgreich beendet werden. Aufgrund ihrer Erfahrungen ist Frau C überzeugt, dass ein psychotherapeutischer Ansatz für die Behandlung des Stotterns wichtiger ist als Sprech- und Atemübungen.

Elternmitarbeit: Frau C begleitete Lara immer in die Logopädie, wodurch sich häufig die Gelegenheit für einen kurzen Austausch ergab. Zwei- bis dreimal fanden auch offizielle Elterngespräche statt, die sich hauptsächlich um den Inhalt und den Verlauf der Behandlung drehten. Frau C sprach die Logopädin mehrmals auf ihren vermuteten Zusammenhang des Stotterns mit ihren eigenen und den familiären Problemen an, hatte jedoch den Eindruck, dass sich diese nicht dafür zuständig fühlte. Sie ist der Ansicht, dass die Gedanken und Gefühle von ihr als Mutter mehr hätten berücksichtigt werden müssen in der Logopädie. Was Frau C dort vermisste, fand sie schliesslich in der Stottertherapie bei Herrn Amrein. Hier bekam sie Hilfe sowohl für den Umgang mit dem Stottern als auch für ihre eigenen Fragen, Probleme und Nöte, was sie als grosse Erleichterung und Entlastung erlebte. Frau C begründet ihre Einstellung zur Elternmitarbeit mit ihrer Überzeugung, dass die Eltern auch therapiert werden müssen, wenn das Kind stottert, weil diese als prägende Bezugspersonen hauptsächlich für die Sprechstörung verantwortlich sind.

6.1.4 Frau D: Mutter von Luca

Erklärungen: Für Frau D liegt die einzige Erklärung für das Stottern ihres Sohnes, das im Alter von drei bis vier Jahren begann, darin, dass er drei ältere Schwestern hat und sie eine Familie sind, die sehr schnell spricht. Sie kann sich vorstellen, dass Luca sich im Familientrübels vielleicht immer etwas anstrengen musste, um auch mitzukommen, und er sich dabei in seinem ebenfalls grossen Kommunikationsbedürfnis verhaspelte. Angesprochen auf einen eigenen Anteil an der Entstehung des Stotterns meint Frau D, sie wisse schon, dass die Eltern auch immer ins Gerede kämen, indem sie zum Beispiel unangemessene Forderungen stellen oder einen gewissen Druck ausüben würden, sie glaube aber nicht, dass das bei ihnen in der Familie der Fall sei. Frau D geht zwar davon aus, dass das Stottern durch mehrere Faktoren verursacht ist, kann für sich selbst jedoch, ausser dem bereits genannten, keinen konkreten Grund nennen. Dementsprechend spielen die Erklärungen für die Ursachen des Stotterns für Frau D keine wichtige Rolle. Sie meint, wenn sie früher eine Erklärung gehabt hätte, hätte sie vielleicht einige Dinge anders gemacht. Die Frage sei ihr jedoch wichtiger, wie Luca am besten mit dem Stottern umgehen könne, als eine Erklärung dafür zu finden.

Therapien: Frau D schickte Luca nach einem Gespräch mit der Kindergartenlehrperson in die Logopädie über die Schulgemeinde. Nach einer Abklärung bei der IV fand auf Empfehlung der dort arbeitenden Person ein Wechsel zu einer Logopädin ausserhalb der Schulgemeinde statt, die mehr Erfahrung mit stotternden Kindern aufwies. Nachdem die IV Bestimmungen ca. ein Jahr später wieder änderten, wurde die logopädische Begleitung beendet. Es folgte eine Phase ohne Therapie, bis Luca dann in der vierten und fünften Klasse wieder zu der Logopädin im Schulhaus ging. Frau D betont, Luca habe nie eine andere Therapie als Logopädie machen wollen; er habe immer gesagt, es gehe ihm gut und er brauche nicht mehr. Auch Frau D selber machte sich lange keine grossen Sorgen, weil Luca sozial immer gut integriert war und er immer wieder Phasen hatte, in denen das Stottern kaum aufgefallen war. Sie glaubte deshalb lange, dass sich das Stottern von alleine wieder verliert und wurde in dieser Meinung sowohl von Bekannten als auch von Fachpersonen bestätigt. Trotzdem suchte Frau D über das Internet aktiv nach weiteren Therapiemöglichkeiten. Sie ahnte, dass der Leidensdruck bei ihrem Sohn später zunehmen könnte und wollte darauf vorbereitet sein. Einmal besuchte sie zusammen mit Luca eine Probelektion bei einem Therapeuten, der mit der Atmung und mit Autosuggestion arbeitete. Luca zeigte jedoch kein Interesse daran und auch Frau D war die Atmosphäre nicht ganz geheuer, weshalb sie dieses Vorhaben nicht weiterverfolgte. Sie nahm in der Folge zweimal an einer Veranstaltung der VERSTA (Vereinigung für Stotternde und Angehörige) teil, um sich über das Stottern und allfällige Therapiemöglichkeiten zu informieren. Hier stiess sie zum ersten Mal auf den Namen von Herrn Amrein und behielt sich diese Möglichkeit im Hinterkopf. Ein Therapiewechsel kam schliesslich zustande, weil

der Leidensdruck bei Luca Ende der fünften Klasse plötzlich relativ gross wurde und die Logopädin gleichzeitig mitteilte, sie sei mit ihrem Latein am Ende. Frau D erinnerte sich an den Namen von Herrn Amrein und weil die Logopädin ihn ein paar Tage später unabhängig von ihr ebenfalls erwähnte, klärte sie die Möglichkeit nach einer Therapie bei ihm ab. Neben dem Leidensdruck von Luca war es vor allem das Fachwissen von Herrn Amrein, das sie zu diesem Schritt bewog. Frau D bezeichnet das Therapieangebot als schwer einschätzbar und unübersichtlich. Sie hat das Gefühl, dass bei den verschiedenen Anbieterinnen und Anbietern wenig gegenseitige Akzeptanz vorhanden ist, was das Finden einer guten Therapie erschwert. Sie selbst ist der Meinung, dass in der Behandlung von stotternden Kindern sowohl sprechtechnische als auch psychotherapeutische Methoden zur Anwendung kommen sollten. Bei Kindern ab etwa elf Jahren misst sie der Arbeit an der Akzeptanz des Stotterns und an der Persönlichkeit jedoch ein grösseres Gewicht zu.

Elternmitarbeit: Die Elternarbeit beschränkte sich in beiden logopädischen Therapien auf sporadische Gespräch über den Verlauf der Behandlung und ab und zu einen Besuch einer Therapiestunde. Mit der Logopädin im Schulhaus fanden zusätzlich Gespräche während den Pausen statt, da Frau D am selben Ort arbeitete und sie sich dadurch gut kannten. Sie fühlte sich genügend unterstützt von der Logopädin und hatte nicht den Eindruck, dass mehr Elternmitarbeit hätte stattfinden müssen. Das erste Gespräch bei Herrn Amrein beschreibt Frau D als einschneidendes Erlebnis, weil da zum ersten Mal wirklich über das Stottern und vor allem über die damit verbundenen Gefühle gesprochen wurde. Das habe viel ausgelöst und sei anstrengend gewesen, habe aber auch befreiend gewirkt. Für Frau D ist die Bereitschaft zur Mitarbeit insofern wichtig, dass sie über den Verlauf der Therapie informiert ist und sie Hilfe für den Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind bekommt. Wo das Stottern eher nichts mit dem eigenen Verhalten oder der Familie zu tun hat, müssen die Eltern ihrer Ansicht nach auch weniger in die Therapie involviert sein.

6.1.5 Herr E: Vater von Alex

Erklärungen: Alex begann mit ca. fünf Jahren zu stottern. Herr E führt dafür verschiedene Gründe an: Eine mögliche Ursache sieht er in einem längeren Spitalaufenthalt von Alex im Alter von 13 Monaten, der eine Verzögerung der gesamten Entwicklung, insbesondere auch der Sprachentwicklung, zur Folge hatte. Als weitere mögliche Einflüsse nennt Herr E genetische Anteile, einen erblich bedingten sensiblen und empfindsamen Charaktertyp und den Status eines Einzelkinds. Letzteres, weil dadurch weniger Möglichkeiten bestehen, mit jemandem über Dinge zu sprechen, die man mit den Eltern vielleicht nicht thematisieren möchte. Herr E kann sich vorstellen, dass sein eigener eher fordernder Erziehungsstil ebenfalls zum Stottern beigetragen haben könnte, glaubt aber, dass dies eher eine untergeordnete Rolle spielt. Insgesamt ist er der Meinung, dass an der Entstehung

des Stotterns verschiedene Faktoren mitwirken und es auch auf die Persönlichkeit der Betroffenen ankommt, ob sich die Störung manifestiert oder nicht. Eine Auseinandersetzung mit den Ursachen des Stotterns ist für Herrn E insofern wichtig, dass er wüsste, was er an seinem Verhalten verändern könnte, wenn er eine eindeutige Erklärung dafür hätte. Die Ungewissheit lässt darüber nur Vermutungen zu. Heute stehen für ihn die Erklärungen allerdings nicht mehr im Vordergrund und es ist ihm wichtiger, wie er seinen Sohn auf seinem Weg möglichst gut begleiten kann.

Therapien: Alex ging ab dem Kindergarten bis zur sechsten Klasse je nach Platzverhältnissen und bewilligten Finanzen mehr oder weniger intensiv in die Logopädie über die Schulgemeinde. Die Logopädie kam über ein Gespräch mit der Kindergartenlehrperson zustande und war nicht mit einer spezifischen Motivation verbunden. Herr E war selber nie in einer Lektion dabei, meint sich aber aus den Erzählungen seines Sohnes zu erinnern, dass dort vorwiegend Spiele, Atem- und Sprechübungen gemacht wurden. In den ersten Schuljahren nahm Herr E die Sprechschwierigkeiten von Alex noch nicht als Stottern wahr. Erst als dieser etwa die vierte Klasse besuchte, wurde ihm bewusst, dass da ein ernsthaftes Problem vorliegt. Das späte Realisieren hatte vorwiegend damit zu tun, dass ihm und seiner Frau von der Lehrerschaft immer wieder versichert wurde, die Sprechprobleme von Alex seien nicht so auffällig und es brauche halt etwas Geduld. Als Eltern hatten sie sich zu gutgläubig auf diese Aussagen verlassen. Rückblickend bemängelt Herr E, dass niemand wirklich über das Stottern und den Umgang mit einem stotternden Kind Bescheid wusste und sie als Eltern in ihrer Unsicherheit letztlich ohne Hilfe blieben. Zu einem Therapiewechsel kam es, als Alex die sechste Klasse besuchte und die Logopädin den Eltern gegenüber erwähnte, sie stosse in ihrer Behandlung an Grenzen, wisse aber jemanden, der vielleicht weiterhelfen könne. So kam es zu der Therapie bei Herrn Amrein und Herr E hatte den Eindruck, zum ersten Mal einer Person zu begegnen, die etwas vom Stottern versteht. Das Fachwissen und die ganzheitliche Arbeitsweise von Herrn Amrein waren es dann auch, die die Motivation für die Stottertherapie ausmachten. Das therapeutische Angebot bezeichnet Herr E als schwach. Mit den heutigen Kenntnissen würde er schon früher eine Therapie für sein Kind wählen, bei der die Arbeit an der Persönlichkeit und dem Selbstvertrauen des Kindes im Vordergrund stehen. Sprech- und Atemübungen erachtet er für die Behandlung des Stotterns als wenig hilfreich und nützlich.

Elternmitarbeit: In der logopädischen Therapie fanden sporadisch Elterngespräche im Sinne einer Standortbestimmung statt. Herr E nahm daran nur teil, weil es zum Programm gehörte. Oft ärgerte er sich bei diesen Zusammenkünften, weil es meist nur ein Geplauder war, das niemanden wirklich weiterbrachte. Erst in der Stottertherapie bei Herrn Amrein kam er mit einer effektiven Elternarbeit in Kontakt, bei der regelmässig Termine vereinbart und gemeinsam Ziele formuliert wurden. Neben den Informationen über einen adäquaten Umgang mit dem Stottern erachtet Herr E in der Elternmitarbeit auch das Thematisieren der eigenen Verhaltensweisen und der Eltern-Kind-Beziehung als wichtig. Diese

Ansichten beruhen auf seiner Meinung, dass einerseits beim Stottern nichts ausgeschlossen werden kann, und andererseits kein Mensch ohne Fehler ist. Seine grundsätzliche Einstellung gegenüber der Elternmitarbeit erklärt Herr E sowohl mit dem Angebot des Therapeuten als auch mit seiner Ausbildung zum Mediatoren. Letzteres habe viel dazu beigetragen, dass er für zwischenmenschliche Themen offener geworden sei, was sich nun positiv auf die Elternmitarbeit auswirken würde.

6.1.6 Frau F: Mutter von Ronny

Erklärungen: Ronny hatte im Alter von fünf Jahren eine erste Stotterphase. Frau F erklärte sich dies hauptsächlich mit seiner Frühgeburt. Ihr Sohn hatte über zwei Jahre immer wieder plötzliche Atemstillstände und sie konnte sich vorstellen, dass dies mit dem Stottern zu tun haben könnte. Einen weiteren Grund vermutet sie im perfektionistischen Charakter von Ronny, mit dem er sich selber sehr stark unter Druck setzt. Da der Vater ähnliche Züge aufweist, geht Frau F davon aus, dass dies bei ihrem Sohn genetisch und durch Nachahmung bedingt ist. Frau F stotterte in der Oberstufe für zwei Jahre selber auch, ist aber überzeugt, dass dies mit ihrer Angst vor dem Lehrer zu tun hatte. Als sie nicht mehr von ihm unterrichtet wurde, verlor sich bei ihr auch das Stottern wieder. Da ansonsten keine stotternden Familienangehörigen vorhanden sind, glaubt sie jedoch eher nicht an eine erbliche Anlage. Einen eigenen Anteil am Stottern zog Frau F bis zu der Stottertherapie bei Herrn Amrein nicht in Betracht. Erst da kam es zur Sprache, dass das Stottern vielleicht auch mit ihrer Angst, Ronny loszulassen, zu tun haben könnte. Sie schliesst diese Möglichkeit nicht aus, ist jedoch grundsätzlich der Ansicht, dass am Stottern verschiedene Faktoren beteiligt sind und es eine offizielle Erklärung dafür nicht gibt. Bis vor einem Jahr war es für Frau F wichtig, eine Erklärung für das Stottern zu haben, weil sie damit das Wissen um eine effektive Behandlung verband. Mit der Einsicht, dass es eine eindeutige Erklärung nicht gibt, verlor sich bei ihr auch zunehmend das Interesse daran.

Therapien: Während des Kindergartens stotterte Ronny nur über eine kurze Zeit. Frau F dachte damals, das sei in diesem Alter normal und vergass es dann wieder. Als er in der dritten Klasse erneut mit dem Stottern begann, machte sie sich zuerst noch keine grossen Gedanken darüber und hatte das Gefühl, das gehe wieder vorbei. Erst als das Stottern immer schlimmer wurde, meldete Frau F ihren Sohn bei der Logopädin im Schulhaus an. Es war ihr ein grosses Anliegen, dass Ronny nicht unter dem Stottern leiden musste. Sie wählte diesen Weg, weil sie die Logopädin durch den gemeinsamen Arbeitsort gut kannte und von ihrer Kompetenz überzeugt war. Diese verfügte zusätzlich über eine Ausbildung als Ergotherapeutin und arbeitete mit Ronny hauptsächlich an der Atmung und Entspannung. Er ging für eineinhalb Jahre bei ihr in die Therapie und verlor das Stottern dadurch wieder. Die Logopädin wies die Mutter allerdings darauf hin, dass das Stottern in der Pubertät wieder auftreten könnte, was dann auch tatsächlich der Fall war. Ronny begann

sehr stark zu stottern und zog sich immer mehr aus seinen sozialen Kontakten zurück. Da die frühere Logopädin unterdessen nicht mehr im Schulhaus arbeitete und Frau F von der Neuen keinen guten Eindruck hatte, meldete sie Ronny vor ca. einem Jahr bei Herrn Amrein an. Sie wurde durch sein Buch auf ihn aufmerksam und fühlte sich von seinen Ideen und seiner ganzheitlichen Betrachtungsweise des Stotterns angesprochen. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen ist Frau F der Ansicht, dass in der Stotterbehandlung bei Kindern sowohl an der Sprech- und Atemtechnik als auch an der Persönlichkeit des Kindes gearbeitet werden sollte. In der aktuellen Therapie vermisst sie die sprech- und atemtechnischen Anteile etwas, gerade weil Ronny bei der ersten Logopädin Erfolg damit hatte. Je nach Wirksamkeit schliesst sie deshalb nicht aus, sich bei Bedarf nach weiteren Therapiemöglichkeiten umzusehen.

Elternmitarbeit: In der logopädischen Therapie fanden halbjährlich Elterngespräche statt, bei denen über den Verlauf der Behandlung und die Fortschritte gesprochen wurde. Ab und zu gab die Logopädin Unterlagen mit, damit Frau F die Entspannungsübungen zu Hause mit Ronny ebenfalls durchführen konnte. Die eigenen Verhaltensweisen im Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind wurden nie thematisiert und kamen erst in der Therapie bei Herrn Amrein zur Sprache. Frau F war mit der Elternarbeit in der Logopädie dennoch zufrieden, zumal sie sich damals noch wenige Gedanken über einen möglichen eigenen Anteil am Stottern ihres Sohnes gemacht hatte. Sie befürwortet eine aktivere Elternmitarbeit mit dem Argument, dass man viel darüber lernt, wie man das Kind noch unterstützen oder ihm helfen kann und worauf in den Reaktionen auf das Stottern zu achten ist. Dazu gehört für sie auch das Reflektieren und Verändern des eigenen Verhaltens. Frau F begründet ihre Einstellung zur Elternmitarbeit mit ihrem eigenen pädagogischen Beruf mit Kindern, aus dem sie weiss, dass es besser vorwärts geht, wenn die Eltern auch mithelfen, die Probleme des Kindes zu lösen.

6.1.7 Herr G: Vater von Nina

Erklärungen: Obwohl Herr G selber auch stottert, misst er dem genetischen Anteil beim Stottern seiner Tochter keine oder nur eine geringe Bedeutung zu. Als Nina im Alter von ca. fünf Jahren zu stottern begann, hatten die Eltern zu Hause eine aufreibende Zeit, was das Stottern bei Herrn G vorübergehend verstärkte. Er ist deshalb der Meinung, dass Nina das bei ihm abgeschaut hat und es bei ihr durch Nachahmung entstanden ist. Eine genetische Komponente sieht Herr G eher im leicht aufbrausenden Charakter von Nina, den sie mit ihm gemeinsam hat, und der auch für das Stottern verantwortlich sein könnte. Als weitere Ursache kommt eine asthmatische Erkrankung in Frage, welche bei Nina im Kleinkindesalter zu stundenlangem nächtlichem Husten geführt hatte, was mit dem unflüssigen Sprechen in Zusammenhang gebracht werden könnte. Insgesamt geht Herr G davon aus, dass an der Entstehung des Stotterns sowohl genetische als auch persönliche

und psychosoziale Faktoren beteiligt sind, über deren Anteil an der Verursachung jedoch niemand wirklich Bescheid weiss. In Bezug auf sein eigenes Stottern beschäftigte er sich früher stark mit den Erklärungen dafür, weil er dann auch gewusst hätte, wie das Stottern am besten therapiert werden kann. Seit einigen Jahren denkt er jedoch nicht mehr viel darüber nach. Trotzdem würde er es auch heute noch begrüßen, wenn es eine wissenschaftliche Erklärung für das Stottern gäbe und dadurch eine wirkungsvolle Therapie gefunden werden könnte.

Therapien: Herr G suchte nach verschiedenen Möglichkeiten, um das Stottern seiner Tochter zu behandeln. Als erstes nahm er Kontakt mit der VERSTA auf, um Nina im Alter von sechs Jahren da bei einem Sprachtherapeuten abklären zu lassen. Dieser habe dann aber schnell gemerkt, dass er als Vater selber auch stottere und habe ihm unbedingt einen teuren Intensivkurs verkaufen wollen. Darauf liess sich Herr G nicht ein, weshalb es zu keiner Behandlung kam. In der Folge besuchte Nina nach einem Gespräch mit der Kindergartenlehrperson die Logopädie über die Schulgemeinde. Nina wollte dann aber schon bald nicht mehr gehen und weil auch die Logopädin der Ansicht war, das Stottern sei nicht so stark, als dass es zwingend behandelt werden müsste, wurde die Therapie nach etwas weniger als einem Jahr wieder abgebrochen. Da die Eltern die Meinung vertraten, das Stottern könnte durch das Asthma begründet sein, meldeten sie Nina etwas später bei einer Atemtherapeutin an. Diese wies zu Beginn darauf hin, sie wisse nicht, ob ihre Behandlung für das Stottern helfen würde. Die Eltern unternahmen trotzdem einen Versuch, beendeten aber die Therapie nach ungefähr einem halben Jahr wieder, weil sich keine Veränderung zeigte. Auf Empfehlung einer Bekannten probierten sie es noch bei einem Handaufleger, was jedoch auch erfolglos blieb. Im Internet stiess Herr G auf Therapieangebote aus Deutschland und Holland, die das Stottern mit Hilfe gezielter Atemtechniken wegzubringen versprachen. Er spielte mit dem Gedanken, es damit zu versuchen, liess es dann aber aufgrund verschiedener Faktoren bleiben. Als Nina etwa elf Jahre alt war, las er zufällig einen Artikel in der Zeitung über die Stottertherapie bei Herrn Amrein. Er fühlte sich von dessen Sichtweise angesprochen, dass nicht das verkrampfte Üben den Erfolg einer Behandlung ausmacht, sondern ein möglichst lockerer Umgang mit dem Stottern. Daraufhin meldete er seine Tochter bei Herrn Amrein an. Nach ungefähr einem Jahr wurde die Therapie im gegenseitigen Einvernehmen wieder beendet, da Nina nicht mehr gehen wollte und die Symptomatik bei ihr nicht so ausgeprägt war. Herr G betont, dass die Motivation für eine Therapie immer von ihm aus kam, weil er als Kind selber stark unter dem Stottern gelitten hatte. Nina hingegen litt bisher nicht darunter und war sozial immer gut integriert, weshalb sie sich nie sonderlich für eine Therapie interessierte. Heute kann Herr G akzeptieren, dass seine Tochter keine Behandlung will, obwohl sie nicht ganz stotterfrei spricht. Das Therapieangebot in der Schweiz beurteilt er als schwach. Zudem ist er der Ansicht, dass es manchen Anbietern hauptsächlich darum geht, möglichst viel Geld zu verdienen. Die fehlenden Erklärungen für das Stottern stellen daneben eine zusätzliche

Erschwernis für die Wahl einer Therapie dar. Idealerweise sollte nach Herrn G bei der Behandlung des Stotterns sowohl an der Sprech- und Atemtechnik als auch an der Persönlichkeit des Kindes sowie an seinem sozialen Umfeld gearbeitet werden.

Elternmitarbeit: Bedingt durch die verschiedenen Behandlungsarten war die Elternmitarbeit für Herrn G bis zur Stottertherapie bei Herrn Amrein kein grosses Thema. Mit der Logopädin fanden zwar vereinzelt Gespräche statt, diese drehten sich jedoch vorwiegend darum, ob eine Behandlung überhaupt noch angebracht ist oder nicht. Er findet die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit wichtig und bezeichnet es als selbstverständlich, dass man als Eltern mitarbeitet, wenn es von der Therapeutin oder vom Therapeuten gewünscht wird. Herr G begründet seine Haltung damit, dass man beim Stottern nicht wissen kann, ob es auch vom familiären Umfeld beeinflusst ist, weshalb auch das eigene Verhalten im Umgang mit dem Stottern und das zu Hause reflektiert werden sollten.

6.1.8 Herr H: Vater von Marco

Erklärungen: Herr H erklärt sich das Stottern seines Sohnes, das im Alter von drei bis vier Jahren begann, hauptsächlich mit genetischen Einflüssen, da er als Kind selber auch stotterte. Obwohl er als Vater heute nicht mehr hörbar stottert, nimmt er aus Angst vor Rückfällen bei schwierigen Anfangswörtern immer noch Satzumstellungen vor. Einen weiteren möglichen Grund sieht er in der Geschwisterposition von Marco. Als mittleres Kind habe er es immer etwas schwer gehabt, sich gegen seine eher dominanten Geschwister durchzusetzen, was möglicherweise ebenfalls zum Stottern beigetragen haben könnte. Einen möglichen eigenen Anteil am Stottern, ausser der Vererbung, schliesst Herr H nicht aus, da es in der Erziehung öfters zu Konflikten kam zwischen ihm und seinem Sohn, vor allem was dessen Entwicklung zur Selbstständigkeit anbelangte. Zum Stellenwert der Erklärungen kann Herr H nicht viel sagen, weil er sich bisher kaum damit beschäftigte. Er hatte das Stottern seines Sohnes immer etwas verdrängt und gehofft, es verliere sich von alleine wieder.

Therapien: In der Primarschulzeit ging Marco je nach Schwere des Stotterns mehr oder weniger intensiv in die Logopädie in der Schulgemeinde. Die Therapie kam auf Anraten der Lehrperson zustande, als Marco die erste Klasse besuchte. Zwischendurch versuchten es die Eltern auf Empfehlung der Logopädin und einer Bekannten mit der Osteopathie, was jedoch keinen Erfolg brachte. Als Marco in der sechsten Klasse eine schwere Stotterphase hatte, machte eine IF-Lehrperson die Eltern auf die Adresse von Herrn Amrein aufmerksam. Sie nahmen daraufhin Rücksprache mit der Logopädin und weil diese einen Therapiewechsel befürwortete, meldeten sie Marco vor wenigen Monaten für eine Behandlung bei Herrn Amrein an. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte Herr H das Gefühl, mit der Logopädie auf einem guten Weg zu sein. Rückblickend bedauert er es etwas, dass er nicht schon früher über die Möglichkeit einer spezifischen Stottertherapie informiert wurde.

Gleichzeitig räumt Herr H ein, er habe sich selber auch nie um andere Behandlungsmöglichkeiten gekümmert, weil er das Problem immer etwas verdrängt und vor sich hergeschoben habe. Dies sei sowohl aus Scham als auch aus der Hoffnung geschehen, das Stottern würde sich auswachsen. Erst die Unterlagen von Herrn Amrein, die die Eltern vor Therapiebeginn zugeschickt bekamen, gaben Herrn H die Möglichkeit, das Stottern mit anderen Augen zu betrachten. Es sei für ihn wie eine Befreiung gewesen, zu merken, dass sie nicht alleine seien mit diesem Problem und dass man etwas dagegen tun könne. Das Fachwissen, die ganzheitliche Betrachtungsweise und die Professionalität von Herrn Amrein gaben denn auch den Ausschlag dazu, eine Therapie bei ihm zu beginnen. Herr H bemängelt, dass die Krankenkasse es in ihrem Fall ablehnte, die Kosten für die Behandlung des Stotterns ausserhalb der schulischen Logopädie zu übernehmen. Er betrachtet dies als Hemmschwelle beim Entscheid für eine Therapie, weil die Abklärungen für eine Kostenbeteiligung seitens anderer Institutionen mit viel Aufwand und Ungewissheit verbunden ist. Insgesamt ist er der Meinung, dass in der Stottertherapie sowohl an der Sprech- und Atemtechnik als auch an der Psyche des Kindes gearbeitet werden sollte.

Elternmitarbeit: In die Elternarbeit in der Logopädie war Herr H nicht so stark eingebunden; das hatte mehr seine Frau übernommen. Es fanden aber gemeinsame Elterngespräche statt, bei denen das Stottern und die Fort- bzw. Rückschritte von Marco jeweils thematisiert wurden. Marco bekam auch Hausaufgaben in Form von Sprech- und Atemübungen, die die Eltern mit ihm zu Hause durchführten. Herr H meint, die Elternarbeit sei auf jeden Fall eine andere gewesen als die, die sie jetzt erleben würden. Sie hätten vorher jedoch nicht das Gefühl gehabt, von der Logopädin zu wenig unterstützt worden zu sein, es sei einfach eine andere Art gewesen. Die aktive Elternmitarbeit in der Stottertherapie beurteilt Herr H als sehr wichtig, weil er dadurch Hilfe bekommt für den Umgang mit dem Stottern und schwierige Themen sowie Erziehungsfragen mit dem Therapeuten besprochen werden können. Er ist zudem der Meinung, dass in einer Familie alle ihren Beitrag leisten müssen zur Lösung eines Problems und die Verantwortung nicht einfach an eine Drittperson abgegeben werden kann. Herr H begründet seine Einstellung zur Elternmitarbeit mit der Arbeitsweise von Herrn Amrein und mit seiner eigenen Grundhaltung der Offenheit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

6.2 Fallübergreifende Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse fallübergreifend in Bezug auf Kontraste und Zusammenhänge unter den jeweiligen Kategorien dargestellt (Anhang 4). Die zusammenfassenden Ausführungen werden an manchen Stellen zur Illustration und Charakterisierung durch Textpassagen aus dem Transkriptionsmaterial ergänzt. Die Angaben zur Häufigkeit der Aussagen können als Hinweis auf deren allgemeinen Bedeutung betrachtet werden, nicht aber als Mass für die individuelle Wichtigkeit. Zuweisungen zu den einzelnen Fäl-

len erfolgen nur da, wo damit Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien deutlicher sichtbar gemacht werden können.

6.2.1 Subjektive Theorien zu den Ursachen des Stotterns

Die befragten Mütter und Väter nennen verschiedenste Ursachen zur Entstehung des Stotterns ihres Kindes. Als Gründe werden gentische Anteile, neurophysiologische Vorgänge, der Charakter des Kindes, traumatische Ereignisse, die Geschwisterposition, Nachahmung und psychosoziale Faktoren genannt. Eine Mutter misst den gentischen und neurophysiologischen Einflüssen das grösste Gewicht zu, während sich eine andere Mutter das Stottern ihres Kindes ausschliesslich mit psychologischen und psychosozialen Faktoren erklärt. Sechs Elternteile sind der Ansicht, dass das Stottern multikausal bedingt ist und dass sich nicht genau sagen lässt, welche Faktoren wirklich dafür verantwortlich sind.

„(...) das ist wahrscheinlich ein Mix aus Verschiedenstem. Ich glaube nicht, dass es nur das oder das oder die Eltern sind schuld oder dieses ist. Ich glaube, es ist ein Mix, der dann halt auch auf den Menschen selber einwirkt. Der eine absorbiert das völlig locker und ein anderer (...) je nach Sensibilität, nimmt das halt anders auf (...).“ (E, Z. 39-43)

„(...) und ich würde behaupten, es sind mehrere Faktoren, die da zusammenspielen. Aber eben, ich weiss es nicht und ich erwarte auch keine Erklärung mehr dafür.“ (D, Z. 327-331)

Von den sechs Elternteilen, die eine multikausale Theorie vertreten, ist eine Mutter der Ansicht, dass sie am Stottern ihres Kindes keinen bewussten eigenen Anteil hat, während fünf Elternteile davon ausgehen, dass ein eigener Anteil in einem grösseren oder kleineren Mass mitverantwortlich sein könnte.

„Ich meine, das ist ganz klar, die Eltern kommen auch immer ins Gerede, wenn man so Sachen liest. (...) Ich persönlich muss ehrlich sagen, ich habe nicht das Gefühl, dass es an dem liegen könnte, dass wir irgendeinen Druck auf ihn ausgeübt haben oder so.“ (D, Z. 28-32)

„Und was ich glaube, das Umfeld spielt schon eine Rolle, das kann zu Hause etwas sein, das kann von irgendwo her sein und vielleicht auch von tief drinnen. Ich weiss es auch nicht.“ (G, Z. 423-425)

Den Erklärungen für das Stottern wird von den befragten Müttern und Vätern eher ein geringer Stellenwert beigemessen. Fünf Elternteile ist oder war es wichtig, eine Erklärung für das Stottern ihres Kindes zu haben. Der hauptsächlich genannte Grund dafür ist, dass mit dem Wissen um eine eindeutige Ursache des Stotterns auch eine entsprechende Therapie gemacht werden könnte. Ohne diese Kenntnisse wird es als schwierig erlebt, sich in Bezug auf die Behandlung des Stotterns zu orientieren. Bei vier von diesen Müttern und Vätern hat sich die Einstellung zu den Erklärungen des Stotterns mit dem älter werden ihres Kindes allerdings verändert. Heute beschäftigen sie sich mehr damit, wie sie ihr Kind möglichst gut begleiten können als mit Erklärungen für das Stottern. Drei Elternteile massen den Erklärungen für das Stottern nie eine grosse Bedeutung zu; entweder,

weil sie das Stottern eher verdrängten, nicht auf das Stottern fokussieren wollten oder das Gefühl hatten, dass es an der Tatsache des Stotterns nichts ändert.

„Also vor einem Jahr war es für mich schon noch wichtig, eine Erklärung zu haben. (...) Um einfach den Weg zu suchen zum Ziel, oder; dass man weiss, warum es so ist. Dann kann man das und das machen und dann ist man nachher dort. Das wäre das Einfachste, aber das gibt es ja nicht. Im Moment interessiert es mich nicht, weil ich denke, er macht seinen Weg selber, ja.“ (F, Z. 340-345)

„Also irgendwie haben wir uns gar nie so richtig damit befasst. Wir haben darüber gesprochen, dass ich ja auch gestottert hatte, von daher. (...) Aber so richtig befasst damit haben wir uns eigentlich nie. Wir haben es im Endeffekt eigentlich immer etwas weggeschoben.“ (H, Z. 261-265)

6.2.2 Therapien für das Stottern

Für die Wahl einer Therapie stellt sich die Frage, ob überhaupt eine Behandlung für das stotternde Kind in Betracht gezogen wird und wenn ja, welche Art Therapie von den Eltern gewählt wird. Diese Entscheidung ist von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Der offensichtliche Grund, für das Kind eine Therapie zu wählen, um das Stottern zu heilen, findet in der folgenden Darstellung der Resultate keine Berücksichtigung.

Arten der Therapien

Alle Kinder der befragten Mütter und Väter besuchten im Alter zwischen 7 bis 16 Jahren zwei oder mehrere Therapien. Die meisten Kinder begannen eine Therapie um das Kindergarten- bzw. Schuleintrittsalter herum. Eine Mutter wartete mit einer Behandlung für ihr Kind noch zu, weil sie es als natürliches Phänomen betrachtete, dass ein Kind im Kindergarten eine Stotterphase hat und sich das Stottern dann auch vorübergehend wieder verlor. Bei den Arten der Therapien ergibt sich ein relativ homogenes Bild, was einerseits durch die Wahl der Stichprobe und andererseits, wie sich später noch zeigen wird, durch ein beschränktes Angebot bzw. ein mangelndes Wissen über andere Angebote bedingt ist. Sechs Kinder besuchten die Logopädie über die Schulgemeinde, ein Kind machte eine spezifische Spieltherapie bei einer Logopädin und alle Kinder waren oder sind in der Stottertherapie bei Herrn Amrein. Sechs Elternteile schickten ihr Kind zuerst in die Logopädie bzw. Spieltherapie und wählten anschliessend die Stottertherapie, eine Mutter ging den umgekehrten Weg. Drei Elternteile berichten von zusätzlichen alternativen Therapien, die spezifisch für die Behandlung des Stotterns durchgeführt wurden; darunter befinden sich Homöopathie, Osteopathie, Atemtherapie und Handauflegen.

Diejenige Mutter, die sich das Stottern hauptsächlich neurophysiologisch erklärt (Frau B), bevorzugt eine sprech- und atemtechnische Behandlungsweise, während jene Mutter, für die nur eine psychologische Erklärung in Frage kommt (Frau C), psychotherapeutische Methoden favorisiert. Von jenen sechs Elternteilen, die von einer multikausalen Verursachung ausgehen, gibt ein Vater den psychotherapeutischen Vorgehensweisen den Vorzug,

die restlichen fünf Mütter und Väter finden sowohl sprech- und atemtechnische als auch psychologische Methoden wichtig. Eine von diesen Müttern ist allerdings der Ansicht, dass bei älteren Kindern die Arbeit an der Psyche im Vordergrund stehen sollte.

Motive für eine spezifische Therapien

Bei fast allen der befragten Mütter und Väter spielte die Empfehlung für die Wahl einer Therapie eine zentrale Rolle. Die Empfehlungen wurden durch Arztpersonen, Kindergarten- und Lehrpersonen, Logopädinnen und Bekannte abgegeben.

„Ganz genau, mit der Empfehlung von der Lehrerin her die er hatte und die meinte, wir sollten ihn doch einmal anmelden, um zu schauen, was das ist.“ (H, Z. 39-40)

„Er wurde von der Logopädin empfohlen. Sie kam zu uns und sagte, (...) ich weiss jemanden, der Alex vielleicht weiterhelfen könnte.“ (G, Z. 298-299)

Insbesondere bei der Wahl für die erste Therapie stand die Empfehlung als Motiv bei den meisten Müttern und Vätern im Vordergrund. Nur zwei Mütter nennen neben der Empfehlung noch weitere Gründe für die Motivation zur Therapie. Bei der einen Mutter war es die Unterstützung auf den Schuleintritt hin und bei der anderen Mutter die Sorge um den möglicherweise entstehenden Leidensdruck bei ihrem Kind sowie das Wissen um die Kompetenz der Logopädin.

Auch bei der Wahl von weiteren Therapien, im vorliegenden Fall für die Stottertherapie bei Herrn Amrein, spielte die Empfehlung für die meisten Mütter und Väter noch eine entscheidende Rolle. Daneben war für sechs Elternteile das Expertenwissen des Therapeuten ein ausschlaggebendes Motiv für die Wahl der Therapie.

„Ja, das war vor allem der Wissensstand von Herrn Amrein. Er weiss, das liegt nicht an der Atmung. Er weiss, es sind die Umstände, die der Mensch mitbringt und man muss über diese Umstände sprechen.“ (E, Z. 167-169)

„Also ich habe mal ein Buch von ihm gelesen und es dünkte mich extrem spannend, weil da Aspekte drin sind, die mir nie in den Sinn kamen. Da dachte ich, das ist jemand der etwas vom Stottern versteht, doch jetzt probieren wir es (...).“ (F, Z. 115-117)

„Also mich hat einfach die ganze Methodik, wie das ganze aufgebaut ist mit dem Stottern, also seine Professionalität angesprochen.“ (H, Z. 114-115)

Ausser dem Expertenwissen nennen sieben Elternteile die ganzheitliche Arbeitsweise des Therapeuten als Grund für die Wahl der Stottertherapie. Darunter verstehen die meisten Mütter und Väter, dass nicht nur am Sprechen selbst, sondern auch an der Persönlichkeit des Kindes und insbesondere an einem möglichst guten Umgang mit dem Stottern gearbeitet wird. Auch der Einbezug des gesamten Umfeldes des Kindes wird von mehreren Elternteilen erwähnt.

„Das war schon, weil einfach alles angeschaut wird. (...) Es wird nicht nur am Sprechen des Kindes gearbeitet, (...) es wird auch die Persönlichkeit angeschaut. Also ja, es wird ihm auch geholfen, wie es mit dem Stottern umgehen kann (...).“ (A, Z. 156-160)

„Also er hat dort schon geschrieben, er wolle nicht üben und er wolle nicht dieses verkrampfte Tun, sondern wenn halt einer Stottert, dann tut er es halt und er wolle dort schauen.“ (G, Z. 180-182)

„Ja einfach weil er den ganzen Menschen anschaut. Man hat alles rundherum angeschaut. Er hatte sehr schön beschrieben, von Kindern oder auch Erwachsenen, wie sie wollen, dass man mit ihnen umgeht, also mit dem Stottern.“ (F, Z. 122-124)

Für zwei Väter spielte die Sympathie für den Therapeuten ebenfalls eine Rolle bei der Wahl der Therapie.

„(...) er hat eine angenehme Stimme, ist sympathisch, sag ich mal, und er geht auf die Leute ein und ist noch so ein lockerer Typ.“ (G, Z. 128-129)

„Und ich denke, das ist immer auch das Verhältnis, das man zu einem Therapeuten hat. Ist er sympathisch, ist er nicht sympathisch? Ich denke, das spielt schon eine sehr wichtige Rolle (...).“ (H, Z. 212-214)

Jene Mutter, die den umgekehrten Weg wählte (Frau B), gibt als Motivation für die logopädische Behandlung Schulschwierigkeiten ihres Sohnes und ein einfacher Zugang zur Therapie an. Für sie stand nicht die Behandlung des Stotterns, sondern eine Unterstützung für ihren Sohn im Lesen und in der Rechtschreibung im Vordergrund, was über den logopädischen Dienst der Schule möglich war, ohne dass dafür lange Gesuche oder Abklärungen hätten gemacht werden müssen.

Bei denjenigen Elternteilen, die ausser der Logopädie und der Stottertherapie noch alternative Behandlungsmethoden wählten, bestanden bei deren zwei die hauptsächlichen Motive in der Empfehlung und im Gefühl, nichts unversucht lassen zu wollen. Ein Vater begründet die Motivation für die verschiedenen Therapieversuche mit seinen eigenen leidvollen Kindheitserfahrungen als Stotterer. Er sei deshalb lange bestrebt gewesen, für seine Tochter eine Therapie zu finden, mit der das Stottern weggebracht werden könne.

Für die meisten der Befragten Elternteile spielen die Erklärungen für das Stottern insofern eine Rolle, als dass sie ihrer Theorie gemäss eher eine sprechtechnische, eine psychologische oder eine ganzheitliche Behandlung bevorzugen.

„Ich wollte ja eine Therapie, wo ich auch Hilfe bekomme, weil ich wusste ja, an meiner Erziehung ist etwas falsch, wenn mein Kind stottert.“ (C, Z. 105-106)

„(...) also weil ich ja mehr von neurophysiologischen Ursachen ausgehe und ich weiss, dass er mit Atemtechniken oder sonst so verschiedenen Sprechtechniken lernen könnte, so Hürden am Satzanfang zu verbessern, könnte ich mir vorstellen, ihn zu einer solchen Therapie zu motivieren, wenn das möglich ist.“ (B, Z. 209-212)

„Ja also dafür haben wir ja dann auch diese Therapie gewählt. Also es geht ja nicht nur darum, das Kind zu therapieren in diesem Sinne. Das ist unsere Devise. Es ist eine ganzheitliche Therapie, wie bei vielen Sachen, die man nicht richtig erklären kann und das ist ja beim Stottern auch so.“ (A, Z. 51-53)

Gründe für einen Therapiewechsel

Die Gründe für einen Therapiewechsel lassen sich in intrinsisch und extrinsisch motivierte unterscheiden: Bei den extrinsischen Motiven erwähnen vier Elternteile, dass die Logopädin in ihrer Behandlung an Grenzen stieß und nicht mehr weiterkam oder dass sie mit dem Arbeiten aufhörte. Drei von diesen Elternteilen fügen als weiterer Grund hinzu, dass der Leidensdruck beim Kind plötzlich zunahm oder das Stottern stärker wurde. Zwei Elternteile erklären einen Wechsel der Therapie hauptsächlich damit, dass einerseits das Kind nicht mehr gehen wollte und andererseits die bisherigen Therapien keinen Erfolg brachten. Die intrinsisch motivierten Gründe beziehen sich auf die Unzufriedenheit mit der Therapie. Zwei Mütter berichten, sie hätten mit der vorherigen Therapie aufgehört, weil sie mit der Arbeitsweise der Therapierenden nicht einverstanden gewesen seien.

„Nein, ich kann nicht sagen nicht wohl, aber irgendwie der psychologische Schwerpunkt war mir einfach zu stark. (...) vielleicht ist das Personen abhängig, aber bei der Logopädie von der Schule her, bei dieser Frau wo wir waren, war das dann weniger so.“ (B, Z. 120-122)

„(...) ich war trotzdem immer unsicher, wie ich mit meiner Tochter umgehen soll. Sie hat mir das nicht erklärt, sie war mehr mit meiner Tochter beschäftigt. Aber ich, ich habe gemerkt, ich habe auch Probleme. Aber sie war einfach total fokussiert auf meine Tochter.“ (C, Z. 61-63)

Der Vergleich der Fälle zeigt, dass alle Elternteile, die sich das Stottern multikausal erklären, extrinsisch motivierte Gründe für einen Therapiewechsel nennen, während jene zwei Mütter, die eine eindeutigere Haltung den Erklärungen des Stotterns gegenüber einnehmen, intrinsische Motive für einen Wechsel der Therapie angeben (Frau B, Frau C).

Erschwerende Faktoren bei der Suche bzw. Wahl einer Therapie

Zwei der interviewten Mütter und Väter begaben sich über das Internet und Vorträge auf eine aktive Suche nach einer Therapie, die anderen sechs Elternteile suchten nicht aktiv nach Behandlungsmöglichkeiten. Die Befragung brachte zum Vorschein, dass für viele Eltern eines stotternden Kindes die Suche nach bzw. der Entscheid für eine Therapie von verschiedenen erschwerenden Faktoren begleitet ist oder war. Ein wesentlicher Punkt scheint zu sein, dass die betroffenen Kinder selber keine Therapie machen wollen, weil sie nicht unter dem Stottern leiden oder sich nicht daran stören. Insgesamt vier Elternteile machen dazu mehrere Aussagen.

„(...) er wollte auch nie etwas machen. Er wollte zu der Logopädin in der Gemeinde, aber sonst wollte er nichts. Ich habe ja dann versucht Sachen rauszufinden und er fand immer, das brauche ich nicht, mir geht es gut.“ (D, Z. 48-50)

„Und wenn ein Kind immer mühsam in die Therapie muss und nicht will, das ist einfach, ich denke, also ich kann mir nicht vorstellen, dass das etwas bringt.“ (B, Z. 309-310)

„(...) weil Nina wollte auch nie. Also es war schon immer mal wieder ein Thema, aber sie meinte, sie brauche nichts.“ (G, Z. 254-255)

Dieselben vier Elternteile berichten, sie hätten nicht auf weitere Therapien gedrängt oder damit noch zugewartet, weil das Kind sozial immer gut integriert gewesen sei und es in der Schule leistungsmässig keine Schwierigkeiten gehabt hätte. Alle dieser vier Mütter und Väter denken, dass sie wahrscheinlich mehr unternommen oder anders reagiert hätten, wenn ihr Kind ausgestossen worden wäre oder wenn es in der Schule Probleme gehabt hätte. Der Leidensdruck des Kindes ist grundsätzlich bei fast allen Elternteilen der wichtigste Gradmesser für bzw. gegen den Entscheid für eine Therapie.

Ein weiterer erschwerender Faktor bei der Wahl einer Therapie liegt im intermittierenden Auftreten des Stotterns: Sechs Elternteile fühlten sich durch die wechselnden Phasen verunsichert, ob eine Behandlung des Stotterns überhaupt notwendig ist oder ob es sich auch ohne Therapie wieder verliert.

„Ja, das ist auch noch so etwas, das manchmal schwierig ist, diese Phasen. Dann hat man das Gefühl, das hatte er früher stärker. Er hatte längere Phasen, sagen wir mal so in der dritten Klasse, wo praktisch nichts war und dann plötzlich kam wieder eine stärkere Phase und man konnte nicht erklären, woran es liegt.“ (D, Z. 149-152)

„Nein, es war eh immer so ein Auf und Ab zwischen guten, ganz guten Phasen und dann hat es wieder so Phasen gegeben, wo es schlechter ging. (...) Das macht es eben auch noch schwierig, ob man überhaupt eine Therapie machen soll oder nicht.“ (B, Z. 151-154)

Von den befragten Müttern und Vätern erwähnen deren fünf, sie hätten das Stottern ihres Kindes lange Zeit bagatellisiert, verdrängt oder nicht als eigentliches Stottern wahrgenommen. Bei manchen war damit die Hoffnung verbunden, das Stottern würde von alleine wieder aufhören. Diese Hoffnung gründete auf dem intermittierenden Auftreten des Stotterns, auf verharmlosenden Reaktionen seitens Verwandten, Bekannten und Fachpersonen, auf der Erfahrung, dass das Stottern bei früherer eigener Betroffenheit auch von alleine wieder verschwand und/oder auf Schamgefühlen. Eine Mutter erwähnt, sie hätten das Stottern in der Familie bewusst nicht thematisiert, weil sie den Fokus nicht auf die Sprechstörung des Kindes legen wollten.

„(...) und deshalb haben wir uns sehr lange gar keine Sorgen gemacht, eigentlich. Weil er so offen damit umgegangen ist und an Therapien oder Personen, an die ich heran gekommen bin, die haben immer gesagt, das wächst sich aus, das geht schon, schauen sie diesen Jungen an.“ (D, Z. 5-7)

„Und irgendwie ja, hat man das Stottern immer etwas weggeschoben. Man hat sich manchmal fast etwas geschämt dafür und dann hat man schon gedacht, ja, es wird dann schon wieder besser, es wächst sich dann raus.“ (H, Z. 55-57)

„Es war nicht so stark, dass wir gefunden hätten, er müsste jetzt noch weiter Therapie machen. Und wie gesagt, wir wollten auch gar nicht so auf das Stottern fokussieren.“ (B, Z. 140-141)

Weitere erschwerende Faktoren bei der Wahl für eine Therapie scheinen mangelndes Wissen seitens der Eltern und der Therapierenden, fehlende Informationen und ein mangelhaftes bzw. teures Therapieangebot zu sein. Insgesamt fünf Elternteile äussern sich zu diesen Themen. In Bezug auf das mangelnde Wissen wird von einigen Elternteilen beklagt, dass sie von der behandelnden Logopädin nicht früher auf andere Therapiemöglichkeiten aufmerksam gemacht wurden oder dass diese selber zu wenig wusste über die Behandlung des Stotterns. Zwei Väter sind der Ansicht, dass dadurch möglicherweise wertvolle Zeit verloren ging. Das Therapieangebot in der Schweiz wird von drei Elternteilen als schwach, unübersichtlich und/oder teuer beschrieben, wobei sich Letzteres auch auf Angebote im nahen Ausland bezieht. Jene zwei Elternteile, die sich aktiv auf eine Suche nach weiteren Therapiemöglichkeiten begaben, fühlten sich von den verschiedenen Angeboten verunsichert, weil sich die Seriosität der Anbieterinnen und Anbieter oder die Effektivität der angebotenen Methoden schwer einschätzen liess. Ein anderer Vater bemängelt, dass die Krankenkasse in ihrem Fall die Kosten für eine Behandlung des Stotterns ausserhalb der schulischen Logopädie nicht übernahmen, was für die Wahl einer spezifischen Therapie eine grosse Erschwernis darstellte.

„Und auch dort in der Logopädie; nicht wissen, wie müsste ich es denn als Lehrer machen, wie müsste ich es als Vater machen, als Eltern. Das sind Jahre einfach Ungewissheit und niemand weiss, um was es geht. Man macht einfach ein wenig etwas.“ (E, Z. 134-137)

„(...) und was ich erlebe, bei diesen verschiedenen Therapien oder den Leuten, die das anbieten, dass der eine den anderen manchmal etwas belächelt. (...) und ob so eine Akzeptanz da ist, das bezweifle ich manchmal. Die Angebote sind schon recht unübersichtlich und man kommt nicht recht draus, was gut ist und was nicht.“ (D, Z. 118-123)

„Das Angebot in der Schweiz, ja, das ist schon lange schwach. Und ich weiss nicht, aber ich habe manchmal schon das Gefühl, einige wollen das einfach ausnützen, die wollen einfach viel Geld verdienen, oder.“ (G, Z. 469-471)

6.2.3 Elternmitarbeit in der Therapie des Kindes

Die Resultate aus der Beschreibung der Einzelfälle zeigen, dass sich die Elternmitarbeit in der Logopädie bei allen Müttern und Vätern auf sporadische Gespräche über den Inhalt und Verlauf der Therapie, die Vergabe von Hausaufgaben und gelegentliche Besuche einer Logopädie-Stunde beschränkte. Eine Mutter, deren Kind eine logopädische Spieltherapie besuchte, erwähnt ausserdem, sie habe von der Logopädin auch Tipps für den Umgang mit dem Stottern bekommen, was für sie sehr hilfreich gewesen sei, weil sie damals noch nichts darüber gewusst habe. Sechs der befragten Mütter und Väter waren mit dieser Form der Mitarbeit grundsätzlich einverstanden und hatten nicht den Eindruck, dass sie

mehr in die Therapie hätten mit einbezogen werden müssen. Fast alle begründen diese Einstellung damit, dass sie nichts anderes kannten oder sich gar keine Gedanken darüber gemacht hatten. Eine Mutter sah keine Notwendigkeit dafür, weil die Therapie auch so erfolgreich verlief und eine andere Mutter (Frau B) wollte bewusst keinen stärkeren Einbezug. Zwei Elternteile äussern sich unzufrieden über die Elternarbeit in der Logopädie: Die eine Mutter fühlte sich zu wenig unterstützt von der Logopädin und ist der Ansicht, dass sie mit ihren Gefühlen, Gedanken und Sorgen mehr hätte in die Therapie mit einbezogen werden müssen, was sie der Logopädin auch mitteilte. Der eine Vater empfand die Gespräche als wenig effektiv und ärgerte sich häufig darüber, äusserte dies gegenüber den Therapierenden jedoch nie, weil, wie er sagt, sein Sohn immer dabei war und er die Fachpersonen in dessen Anwesenheit nicht kritisieren wollte.

Sieben von den acht befragten Müttern und Vätern erachten eine aktivere Elternmitarbeit mit einer regelmässigen Teilnahme an den Therapiesitzungen und Familiengesprächen, wie sie sie in der Stottertherapie bei Herrn Amrein erleben bzw. erlebten, als wichtig; eine Mutter (Frau B) empfindet es als weniger wichtig. Der offensichtliche Grund, das Kind durch die eigene Mitarbeit zu unterstützen, wurde von allen Elternteilen erwähnt und wird im folgenden Abschnitt nicht extra aufgeführt.

Gründe für oder gegen die Bereitschaft zu einer aktiveren Elternmitarbeit

Wenn ein Kind zu stottern beginnt, wissen die Eltern naturgemäss noch nichts oder wenig über den Umgang mit dem Stottern. Die meisten der befragten Elternteile geben an, dass sie sich im Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind verunsichert oder hilflos fühlten. Dementsprechend sind alle interviewten Mütter und Väter übereinstimmend der Meinung, die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit in der Therapie des Kindes sei wichtig, um Informationen und Hilfe für den Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind zu bekommen. Mehr Wissen darüber und konkrete Ideen, wie auf das Stottern reagiert werden kann, stellte für die meisten Elternteile bereits eine grosse Erleichterung dar.

„Ein Schlüsselerlebnis war für mich, dass Herr Amrein uns in der ersten Stunde das Pseudostottern gezeigt hat, weil er mir damit ein Instrument in die Hand gab, wie ich reagieren kann, wenn Luca beim Reden am Tisch hängen bleibt. Das hat für mich bis jetzt am meisten gebracht, weil ich war oft unsicher, was soll ich jetzt tun.“ (D, Z. 195-198)

„Da hat man etwas miteinander gemacht, was einem weiterbringt, oder. Nicht einfach etwas geplaudert, was sich nachher als irrelevant herausstellt. Und man lernt auch viel darüber, wie reagiere ich auf das Stottern, wie gehe ich überhaupt richtig damit um.“ (E, Z. 241-243)

Bei fünf Elternteilen spielt die eigene psychische Entlastung eine wichtige Rolle für die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Therapie. Alle fünf Mütter und Väter erwähnen, sie hätten sich durch die akzeptierende Haltung des Therapeuten dem Stottern gegenüber sehr entlastet gefühlt. Daneben werden in unterschiedlicher Gewichtung die Unterstützung bei

eigenen Problemen, das Besprechen von Erziehungsfragen und das Teilen von Verantwortung genannt.

„Wir waren fast ein wenig fixiert auf das Stottern. Es ist recht im Raum gestanden und noch belastend gewesen. Und durch die Elterngespräche hat man das dann auch etwas anders angeschaut und besser akzeptieren können. Das hat schon eine grosse Entlastung gebracht.“ (A, Z. 78-81)

„(...) ich glaube, es war etwa nach einem Monat, da hat Herr Amrein gesagt, ich glaube, sie brauchen auch Unterstützung. Sie könne auch mit Lara kommen. Ich arbeite eine halbe Stunde mit ihr und eine halbe Stunde mit ihnen. Das haben wir dann so gemacht und das hat mir sehr viel geholfen.“ (C, Z. 110-113)

„(...) und mich hat es auch entlastet, dass ich sagen konnte, das fragen wir dann Herrn Amrein oder frag das Herrn Amrein oder sag es ihm. Also dass nicht immer alles über mich läuft. (D, Z. 237-238)

Sechs der befragten Mütter und Väter begründen ihre Bereitschaft zur Elternmitarbeit damit, dass es wenig sinnvoll ist, nur das stotternde Kind alleine zu therapieren. Sie erachten deshalb das Reflektieren des eigenen Verhaltens und des familiären Umfeldes in einem kleineren oder grösseren Ausmass ebenfalls als wichtig.

„Ich glaube, es ist wichtig, dass man sich selber auch mit den eigenen Themen auseinandersetzt. (...) Wenn man merkt, dass es dann eine Verbesserung gibt, wenn man das eigene Verhalten ein wenig ändert, dann ist das ja der beste Erfolg.“ (A, Z. 169-177)

„Einfach das Grundlegendste ist, man muss das miteinander machen, die Therapie. (...) dass man das zu Hause auch anschaut, bei sich selbst auch schaut und nachher die Sachen, die man ihm nehmen kann, dass man die ihm wegnimmt und den Rest muss er selber machen.“ (F, Z. 363-366)

Drei Elternteile nennen als erschwerende Faktoren den zeitlichen und organisatorischen Aufwand, der mit der Elternmitarbeit verbunden ist. Sie erwähnen hierzu teilweise den langen Anfahrtsweg und/oder die häufige Teilnahme an den Therapiesitzungen. Die Hälfte der befragten Mütter und Väter empfindet die Verarbeitung und Umsetzung der angesprochenen Themen in der Elternarbeit als herausfordernd und manchmal auch als schwierig. Sie sind jedoch der Meinung, dass dies kein Grund gegen die Elternmitarbeit darstellt.

„Ja, ich meine, vor den Ferien waren wir jede Woche. Das ist noch streng, jede Woche nach L. zu kommen. Es ist ja kein kurzer Weg.“ (F, Z. 218-219)

„(...) aber man muss sich einfach mit dieser ganzen Materie auseinandersetzen, mit diesen Themen. Das ist nicht immer einfach.“ (H, Z. 230-231)

Konkrete Gründe für eine eingeschränkte Bereitschaft zur Elternmitarbeit äussern jene zwei Mütter, die sich einen eigenen Anteil am Stottern ihres Kindes eher weniger vorstellen können (Frau B, Frau D). Frau B ist generell der Ansicht, dass ein zu starker Einbezug

der Eltern in die Therapie des Kindes nicht unbedingt förderlich ist, weil damit dem Kind auch die Chance genommen werden kann, ein Vertrauensverhältnis zur Therapeutin oder zum Therapeuten aufzubauen. Frau D findet die Bereitschaft zur Elternmitarbeit grundsätzlich wichtig, ist aber der Meinung, dass weniger Einbezug notwendig ist, wenn das Stottern des Kindes nichts mit Problemen in der Familie zu tun hat.

Einflüsse auf die Einstellung zur Elternmitarbeit

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass offenbar viele Eltern dazu bereit sind, sich auf eine aktive Mitarbeit in der Therapie ihres Kindes einzulassen, wenn das Angebot dazu vorhanden ist. Ausser einer Mutter erwähnen alle Elternteile mehrere Faktoren, die sie in ihrer Einstellung zur Elternmitarbeit beeinflussten. Bei allen handelt es sich dabei um eine unterschiedliche Kombination zwischen dem Einfluss des Therapeuten, eigenen beruflichen Erfahrungen, den Erklärungen für das Stottern und einer grundsätzlichen Haltung der Offenheit und Selbstverständlichkeit.

„Also sicher hat das jetzt auch mit dem Therapeuten zu tun, dass er einem so mit einbezieht; aber meine Philosophie oder unsere von der Familie her war eigentlich immer, dass wir offen sind für eine Zusammenarbeit.“ (H, Z. 208-210)

„Ja, ich bin überzeugt, da hat natürlich auch meine Mediatoren-Ausbildung das ihre dazu getan. (...) Dadurch wurde ich viel offener und das war vielleicht optimal. (...) Und dann hat das sicher auch mit den Sitzungen bei Herrn Amrein zu tun, oder; mit dem Therapieprozess selbst.“ (E, Z. 246-253)

„Einerseits könnte es schon sein, weil ich mehr eine neurologische Ursache vermute und weniger so das Psychologische und andererseits, und das ist der grössere Teil, sehe ich auch ganz klar in der Arbeit im Spital, dass die Eltern oder Mütter sich oft zu stark involvieren in die Sache hinein, was das Ganze dann schwierig macht.“ (B, Z. 173-176)

Insgesamt fünf von diesen sieben Elternteilen machen Aussagen dazu, dass ihre Einstellung zur Elternmitarbeit teilweise von ihren Erklärungen für das Stottern beeinflusst ist, wobei der hauptsächlich genannte Grund darin liegt, dass beim Stottern nichts ausgeschlossen werden kann. Eine Mutter (Frau C) bringt ihre Einstellung zur Elternmitarbeit ausschliesslich mit ihren subjektiven Theorien zu den Ursachen des Stotterns in Verbindung. Sie ist der Meinung, dass die Eltern auch therapiert werden müssen, wenn das Kind stottert, weil diese aus ihrer Sicht als prägende Bezugspersonen hauptsächlich für das Stottern verantwortlich sind.

7 Diskussion

Die vorliegende empirische Arbeit befasst sich mit der Frage, ob die subjektiven Theorien der Eltern zum Stottern ihres Kindes die Wahl einer Therapie für das Kind und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei beeinflussen. Die Ergebnisse dazu werden im Folgenden auf der Grundlage der im ersten Teil dieser Arbeit angeführten Theorien diskutiert. Für einen Überblick erfolgt zunächst eine Zusammenfassung der zentralen theoretischen und empirischen Inhalte. Anschliessend werden die Ergebnisse interpretiert und Erkenntnisse zu der Fragestellung formuliert. Eine kritische Überprüfung des methodischen Vorgehens und ein Fazit mit weiterführenden Überlegungen schliessen die Arbeit ab.

7.1 Zusammenfassung

In der wissenschaftlichen Literatur werden die Ursachen des Stotterns kontrovers diskutiert: Während die einen Theorien dem Anteil der Eltern bei der Entstehung des Stotterns ein grosses Gewicht beimessen, legen andere den Fokus auf genetische und neurophysiologische Einflüsse. Je nach gesellschaftlicher Strömung standen abwechselnd mehr die psychologischen oder die physiologischen Erklärungsansätze im Vordergrund. Beiden gelang es jedoch bisher nicht, die Entstehung des Stotterns eindeutig aufzuklären. Aus dem Fehlen schlüssiger Ursachen setzten sich ab den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts vermehrt multifaktorielle Theorien durch. Darin wird versucht, physiologische, psycholinguistische und psychosoziale Faktoren zu ermitteln, die sowohl eine disponierende als auch eine auslösende oder aufrechterhaltende Wirkung haben können. Dies führte in der Folge zu einer Vielzahl verschiedenster Behandlungsansätze. In der Therapie von stotternden Kindern wird gegenwärtig eine individuell abgestimmte multimodale und methodenkombinierte Behandlung bevorzugt. Darin kommen sowohl sprech- und atemtechnische als auch psychologische und kommunikative Methoden zur Anwendung. Je nach Ursachenkonstrukt der Therapierenden stehen die einen oder anderen Vorgehensweisen mehr im Vordergrund. Die Effektivität der verschiedenen Praktiken konnte bislang jedoch noch nicht zufriedenstellend nachgewiesen werden. Einig sind sich die Fachpersonen hingegen darin, dass der Einbezug der Eltern in die Therapie des stotternden Kindes unerlässlich ist, weil diese durch einen adäquaten Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind massgeblich zu einem gelingenden Therapieprozess beitragen können. Neben sachgerechten Informationen über die Sprechstörung wird deshalb seitens der Therapierenden häufig auch eine Verhaltensänderung bei den Eltern angestrebt. Obwohl der Einstellung und Mitarbeit der Eltern in der Sprachtherapie des Kindes durchgängig ein hoher Stellenwert beigemessen wird, existieren bislang noch kaum Studien, die sich mit deren Sichtweise dazu befassen.

Unter dieser Ausgangslage hat die vorliegende qualitative Studie zum Ziel, zu untersuchen, ob und inwiefern die subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns

ihres Kindes die Wahl einer Therapie für das Kind und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei beeinflussen. Dazu wurden fünf Mütter und drei Väter eines stotternden Kindes im Alter von 8 bis 16 Jahren mittels problemzentrierter Interviews zu ihren Erklärungen für die Ursachen des Stotterns, den besuchten Therapien sowie der Wichtigkeit und Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei befragt. Hierbei gilt es zu beachten, dass der besseren Vergleichbarkeit halber nur Elternteile in die Stichprobe aufgenommen wurden, die über Erfahrungen mit einer aktiven Elternmitarbeit verfügten. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Eltern ihren subjektiven Theorien zu den Ursachen des Stotterns mehrheitlich nur wenig Bedeutung zumessen, sodass sie insgesamt auf die Wahl einer Therapie und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei nur einen geringen Einfluss ausüben. Dies hat insbesondere auch damit zu tun, dass es beim multifaktoriellen Erklärungsansatz, der von den meisten Eltern vertreten wird, die fehlenden schlüssigen Ursachen selbst sind, die die Wahl einer Therapie und die Bereitschaft zur Elternmitarbeit beeinflussen und nicht die verschiedenen darin enthaltenen Argumente. Hingegen konnten mit der vorliegenden Untersuchung die Erkenntnisse gewonnen werden, dass die Wahl einer Therapie vor allem durch das intermittierende Auftreten des Stotterns, fehlende Informationen und unzureichende Versorgungsstrukturen bestimmt ist. Die Bereitschaft zur Elternmitarbeit scheint ebenfalls vorwiegend vom vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Angebot abhängig zu sein und häufig nur in indirekter Weise mit den Erklärungen für das Stottern in Zusammenhang zu stehen.

7.2 Interpretation der Ergebnisse

Die Schwierigkeiten in der Forschung, für die Ursachen des Stotterns eine allgemeingültige Erklärung zu finden, zeichnen sich auch in den subjektiven Theorien der Eltern ab. Die meisten der befragten Mütter und Väter machen für das Stottern ihres Kindes mehrere Faktoren verantwortlich, ohne dass eine Gewichtung derselben möglich wäre. Neben einer genetischen Prädisposition werden dabei am häufigsten der Charakter des Kindes, die Geschwisterposition, traumatische Erlebnisse und psychosoziale Faktoren wie ein ungünstiges Erziehungs- oder Kommunikationsverhalten genannt. Eine Mutter erklärt sich das Stottern ihres Kindes ausschliesslich mit ihrem eigenen dominanten und überfürsorglichen Verhalten sowie Konflikten in der Familie, während eine andere Mutter zu neurophysiologischen Ursachen tendiert, die sie in einer fehlenden Vernetzung der Gehirnhälften vermutet. Analog der Studie von Marshall et al. (2007) werden physische Komponenten wie strukturelle Abnormitäten im Gehirn oder akustische Wahrnehmungsdefizite ausser von der einen Mutter von keinen Elternteilen erwähnt. Dies ist insofern interessant, als dass der Fokus der Forschung und Theoriebildung zu den Ursachen des Stotterns seit einigen Jahren auf organisch-physiologischen und linguistischen Variablen liegt. Dieser

Diskrepanz und ihrer möglichen Bedeutung für die Praxis wäre in weiteren Untersuchungen nachzugehen.

Allgemein messen die meisten der befragten Mütter und Väter den Erklärungen für das Stottern ihres Kindes keine allzu grosse Bedeutung zu. Für etwas mehr als die Hälfte wäre es früher wichtiger gewesen als heute, über eine Erklärung für das Stottern zu verfügen, weil sie damit eine Orientierung gehabt hätten, wie die Störung am besten behandelt werden kann. Mit dem Alter werden des Kindes und einer gleichzeitig zunehmenden Chronifizierung des Stotterns hat die Suche nach einer Erklärung jedoch für die meisten Eltern an Bedeutung verloren und sie sind mehr damit beschäftigt, einen möglichst guten Umgang mit dem Stottern zu finden. Daraus lässt sich ableiten, dass zumindest für jene Elternteile, die sich das Stottern multifaktoriell erklären, das Fehlen schlüssiger Ursachen selbst ein Hindernis für die Wahl einer Therapie darstellt. Entsprechend werden die Diskussionen um die erfolgreichsten Behandlungsmethoden für das Stottern in der Fachwelt kontrovers diskutiert, ohne dass bisher die Effektivität der einzelnen Ansätze zufriedenstellend nachgewiesen werden konnte, sodass für die Eltern eines stotternden Kindes von dieser Seite aktuell keine Entscheidungshilfe zu erwarten ist.

Neben der Stottertherapie bei Herrn Amrein (bedingt durch die Wahl der Stichprobe) wurden fast alle Kinder hauptsächlich über den Logopädischen Dienst der Schulgemeinde behandelt. Diese Wahl kam bei den meisten Eltern über eine Empfehlung zustande und war mit keiner spezifischen Motivation verbunden. Drei Elternteile versuchten es zusätzlich mit alternativen Therapiemethoden wie Homöopathie, Osteopathie, Atemtherapie und Handauflegen. Die Befragung zeigte etwas überraschend, dass sich nur zwei Elternteile aktiv auf eine Suche nach weiteren Therapiemöglichkeiten begaben. Ausser dem bereits genannten Faktor der fehlenden Ursachentheorie, scheint ein wesentlicher Grund dafür im Störungsbild selbst zu liegen. Das intermittierende Auftreten des Stotterns nährt bei vielen Müttern und Vätern die Hoffnung, die Sprechprobleme würden von alleine wieder verschwinden, was die Notwendigkeit einer Therapie zumindest phasenweise in Frage stellt. Die damit verbundene Bagatellisierung oder teilweise auch bewusste Nichtbeachtung des Stotterns wurde bei manchen Elternteilen durch verharmlosende Aussagen von Fachpersonen zusätzlich begünstigt. Hierin scheint sich die Einschätzung von Weikert (2003) zu bestätigen, dass die diagnosogene Theorie von Johnson (1955), die besagt, dem Stottern sei möglichst keine Beachtung zu schenken, um die Aufmerksamkeit des Kindes nicht auf sein Sprechen zu lenken, bis in die heutige Zeit Auswirkungen hat, obwohl sie längst revidiert wurde. Dies könnte bedeuten, dass seitens der Stotterexpertinnen und -experten zu Nutzen sowohl der Bezugspersonen des Kindes als auch der Therapierenden vermehrt Aufklärungsarbeit geleistet werden müsste. Das fehlende Wissen bezieht sich indes nicht nur auf die Symptomatik und den Verlauf des Stotterns, sondern auch auf die Therapiemöglichkeiten. Manche Elternteile erwähnen, dass sie von der Logopädin zu wenig über

andere Therapien aufgeklärt wurden oder diese selbst zu wenig über die Behandlung des Stotterns wusste. Hier stellt sich die Frage nach einer vermehrten interdisziplinären Zusammenarbeit, wie sie aufgrund der komplexen Behandlung des Stotterns von zahlreichen Autorinnen und Autoren in der wissenschaftlichen Literatur gefordert wird.

Ein anderer Faktor, der die Wahl einer Therapie ebenfalls erheblich einschränkt, zeigt sich in den ungenügenden Versorgungsstrukturen. Die Hälfte der befragten Mütter und Väter bemängeln das lückenhafte und teure Angebot in der Schweiz und/oder unklare Verhältnisse bei der Kostenübernahme. Durch die ungeklärten Ursachen des Stotterns und den ungeschützten Titel einer Stottertherapeutin bzw. eines Stottertherapeuten kursieren zudem Angebote im Internet, die von den Eltern nur schwer in Bezug auf ihre Seriosität und Effektivität eingeschätzt werden können. Hier wäre offenbar ein grosses Verbesserungspotenzial vorhanden, sowohl was die Therapieangebote als auch die Aufklärung der Eltern darüber betrifft. Dass die Eltern nur bedingt über Wahlmöglichkeiten verfügen, liess sich in der vorliegenden Studie dadurch bestätigen, dass einige Elternteile weite Anfahrtswege auf sich nehmen, um ihr Kind bei Herrn Amrein behandeln zu lassen.

Ein weiterer erschwerender Aspekt scheint im stotternden Kind selbst begründet zu liegen: Vier Elternteile berichten, dass ihr Kind nicht oder lange nicht unter dem Stottern litt und keine Therapie machen wollte. Der Leidensdruck scheint dabei mit der Schwere des Stotterns in Zusammenhang zu stehen und tendenziell mit dem Alter des Kindes zuzunehmen, wie dies auch im Phasenmodell von Bloodstein und Bernstein Ratner (2008) beschrieben wird. Dies kann die Eltern in eine Konfliktsituation bringen, weil einerseits ein möglichst früher Behandlungsbeginn empfohlen wird, um einer Chronifizierung des Stotterns vorzubeugen und andererseits Kinder im vorpubertären Alter offenbar noch wenig Interesse für eine Therapie zeigen. Auch bei einigen Elternteilen selbst scheint ein geringerer Handlungsbedarf zu bestehen, solange das Kind keinen Leidensdruck äussert, es sozial gut integriert ist und seine Schulleistungen nicht durch das Stottern beeinträchtigt werden. Hier müsste die Frage geklärt werden, ob Eltern vielleicht einfach das bessere Gefühl dafür haben, wann eine Behandlung notwendig ist, oder ob sie auf mehr Unterstützung angewiesen wären, ihr Kind für eine Therapie zu motivieren.

Als Gründe für einen Therapiewechsel geben alle sechs Elternteile, die sich das Stottern ihres Kindes multifaktoriell erklären, hauptsächlich äussere Motive an, während jene zwei Mütter, die mehr zu psychologischen bzw. neurophysiologischen Erklärungen tendieren, die Therapie aus Unzufriedenheit mit der Arbeitsweise der Therapeutin oder des Therapeuten wechselten. Dies könnte so interpretiert werden, dass Letztere aufgrund ihrer eindeutigeren Haltung den Ursachen des Stotterns gegenüber auch klarerer Vorstellungen darüber entwickelten, was sie von einer Therapie erwarten. Dafür spricht, dass beide Mütter ihrer Einstellung gemäss deutlich psychotherapeutische bzw. sprech- und atemtechnische Methoden für die Behandlung des Stotterns bevorzugen. Bei einigen von jenen Elternteilen, die sich das Stottern multifaktoriell erklären, könnte das Fehlen schlüssiger

Ursachen und die damit verbundene geringe Bedeutung dazu beigetragen haben, dass sie sich weniger Gedanken über weitere Behandlungsmöglichkeiten machten und folglich mit einem Therapiewechsel zuwarteten, bis der Anstoss von aussen kam. Die beschriebenen interagierenden Einflussfaktoren und die unterschiedlichen Verläufe des Stotterns bei den jeweiligen Kindern lassen darüber jedoch keine sicheren Aussagen zu. Was hingegen gesagt werden kann, ist, dass die meisten dieser Elternteile für die Behandlung des Stotterns sowohl die Arbeit an der Sprech- und Atemtechnik als auch an der Persönlichkeit des Kindes als wichtig erachten. Zusammen mit dem Expertenwissen war die ganzheitliche Arbeitsweise des Therapeuten denn auch für alle Mütter und Väter der multifaktoriellen Gruppe ausschlaggebendes Motiv für die Wahl der Therapie. Dass praktisch ausschliesslich diese beiden Motive genannt werden, könnte einerseits wiederum mit dem Fehlen schlüssiger Erklärungen und andererseits mit dem mangelnden Therapieangebot in Verbindung stehen. Die meisten dieser Elternteile brachten direkt oder indirekt zum Ausdruck, dass sie froh waren, jemanden gefunden zu haben, der etwas von der Behandlung des Stotterns versteht.

In Bezug auf die Elternmitarbeit berichten alle befragten Mütter und Väter übereinstimmend, dass sich die Mitarbeit in der Logopädie auf sporadische Gespräche und teilweise die Vergabe von Hausaufgaben beschränkte. Eine Mutter fügt hinzu, dass sie auch Tipps für den Umgang mit dem Stottern bekam. Diese Resultate bestätigen die Ergebnisse aus der Studie von Ritterfeld und Denhardt (1998), die darin zum Schluss kommen, dass zwischen Wunsch und Wirklichkeit eine grosse Diskrepanz besteht, wenn es um den tatsächlichen Einbezug der Eltern in die Sprachtherapie ihres Kindes geht. Als hauptsächliche Gründe dafür nennen die Autorinnen Unsicherheit bezüglich der Rolle den Eltern gegenüber und fehlende Handlungskompetenz, was auf die uneindeutige Position der Sprachtherapie zwischen Psychologie, Pädagogik und Medizin zurückzuführen sei. Zu dieser Argumentation kann die vorliegende Untersuchung keine Stellung beziehen, sie zeigt jedoch auf, dass hinsichtlich der Elternarbeit in der Logopädie Handlungsbedarf besteht. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass der Logopädische Dienst über die Schule für die meisten Eltern eines stotternden Kindes die erste Anlaufstelle ist und der Elternberatung für die weitere Behandlung des Kindes deshalb eine besondere Relevanz zukommt.

Aus der Befragung geht weiter hervor, dass die meisten Eltern zu einer intensiveren Mitarbeit bereit sind, wenn sie vom Therapeuten (hier handelt es sich konkret um Herrn Amrein) angeboten und gewünscht wird. Sie begründen ihre Bereitschaft zur Mitarbeit hauptsächlich mit dem Wissenszuwachs über den Umgang mit dem Stottern bzw. dem stotternden Kind und dem Erleben von psychischer Entlastung. Diese Aussagen bestätigen, dass es für Eltern eines stotternden Kindes von zentraler Bedeutung ist, Informationen über den Umgang mit dem Stottern zu bekommen, um dadurch mehr Sicherheit und Selbstwirksamkeit zu erfahren. Das Gefühl, selber etwas zur Verbesserung des Stotterns beitra-

gen zu können, bringt vielen Elternteilen schon eine grosse Entlastung, was durch die Theorie über die Elternmitarbeit bestätigt wird. Sechs der befragten Mütter und Väter erachten es zudem als wichtig, auch das eigene Verhalten und das familiäre Umfeld in der Therapie zu thematisieren und erklären dies häufig damit, dass beim Stottern nichts ausgeschlossen werden kann. Entsprechend weniger wichtig empfinden dies jene zwei Mütter, die das Stottern eher nicht mit einem eigenen Anteil in Verbindung bringen, wobei eine dieser beiden Mütter generell gegen einen zu starken Einbezug in die Therapie des Kindes ist. Die Resultate deuten einerseits darauf hin, dass unterschiedliche Bedürfnisse der Eltern wahrgenommen werden müssen, um eine kooperative Zusammenarbeit zu gewährleisten; andererseits zeigt die hohe Bereitschaft zur Selbstreflexion, die bei den Eltern auch eigene schwierige Themen auslösen kann, dass von den Therapierenden Kenntnisse über die sprachtherapeutische Beratung hinaus gefordert sind. Bereits Schoor (1992) wies darauf hin, dass die Behandlung eines stotternden Kindes unter Einbezug der Eltern sowohl logopädische als auch sonderpädagogische und psychotherapeutische Vorgehensweisen verlangt, was die Kompetenz einer einzelnen Fachperson in der Regel überfordert. Dementsprechend wichtig scheinen Weiterbildungen und vermehrte interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Berufsfeld zu sein.

Die Einstellung zur Elternmitarbeit ist bei fast allen Elternteilen geprägt durch eine unterschiedlich gewichtete Kombination zwischen einer grundsätzlichen Haltung der Offenheit, eigenen beruflichen Erfahrungen, den ungeklärten Ursachen zum Stottern und dem Einfluss des Therapeuten. Die meisten Mütter und Väter brachten explizit oder implizit zum Ausdruck, dass es für sie eine Selbstverständlichkeit ist, ihr Kind durch die eigene Mitarbeit in der Therapie so gut wie möglich zu unterstützen. Hier zeigt sich nochmals, dass Eltern offenbar einiges zu leisten bereit sind, wenn bei den Therapierenden die Ressourcen und Kompetenzen vorhanden sind, sie in die Behandlung des stotternden Kindes mit einzubeziehen und sie in ihrer Mitarbeit dabei anzuleiten. Grundsätzlich gegen zu viel Elternmitarbeit ist nur eine Mutter, die dies damit begründet, dass dem Kind auch die Chance genommen werden kann, ein Vertrauensverhältnis zu der Therapeutin oder zum Therapeuten aufzubauen, wenn die Eltern zu stark in die Therapie involviert sind. Dieses Argument verdient deshalb Beachtung, weil es auf die Möglichkeit hinweist, dass die Elternmitarbeit nicht für jede Eltern-Kind-Beziehung im selben Mass sinnvoll ist, wie das auch Hansen und Iven (2002) erwähnen.

7.3 Erkenntnisse zu der Fragestellung

Die Frage, ob die subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns ihres Kindes die Wahl einer Therapie für das Kind und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei beeinflussen, kann infolge der verschiedenen interagierenden Einflussfaktoren nicht eindeutig beantwortet werden. Vor allem hat sich gezeigt, dass die Eltern ihren subjektivi-

ven Theorien zu den Ursachen des Stotterns mehrheitlich nur eine geringe Bedeutung zumessen und deren Einfluss auf die Wahl einer Therapie und die Elternmitarbeit folglich kleiner ist, als im Vorfeld der Untersuchung angenommen wurde.

Allgemein kann dazu festgehalten werden, dass tendenziell eindeutig psychologische bzw. physiologische Ursachentheorien die Wahl einer Therapie mit beeinflussen. Dies zeigt sich darin, dass die betreffenden Elternteile die Therapie ihres Kindes eher aus eigener Initiative durch Unzufriedenheit mit der Vorgehensweise der Therapierenden abbrechen und nachfolgend eine Behandlung wählen oder wählen würden, die ihnen, begründet durch ihre Erklärungen für das Stottern, besser entspricht. Auch bei der Einstellung zur Elternmitarbeit lassen sich in einem unterschiedlich ausgeprägten Mass Einflüsse der subjektiven Theorien feststellen, wobei die Tendenz bei einer psychologischen Ursachentheorie Richtung verstärkter und bei einer physiologischen Ursachentheorie Richtung dosierter Elternmitarbeit geht. Da es sich hierbei um zwei Einzelfälle handelt, müssen diese Aussagen jedoch als hypothetisch betrachtet werden.

Bei jenen Elternteilen, die sich das Stottern ihres Kindes multifaktoriell erklären, stellen die fehlenden schlüssigen Ursachen und die damit implizierte Unerklärbarkeit selbst ein Hindernis für die Wahl einer Therapie dar, sodass hier nur indirekt von einem Einfluss darauf gesprochen werden kann. Diese Elternteile bevorzugen zwar ihren Erklärungen gemäss mehrheitlich eine Behandlung mit sowohl sprechtechnischen als auch psychologischen Elementen, doch kam die gewählte Therapie überwiegend durch verschiedenste Theorie unabhängiger Motive zustande, weshalb hierzu keine vertretbaren Schlüsse gezogen werden können. Für die Einstellung zur Elternmitarbeit hingegen lässt sich die Hypothese formulieren, dass ein multifaktorieller Erklärungsansatz die Bereitschaft zur Mitarbeit begünstigt, weil damit ein eigener möglicher Anteil am Stottern des Kindes meist nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

Entsprechend des eher geringen Einflusses der subjektiven Theorien der Eltern auf die Wahl einer Therapie und die Bereitschaft zur Elternmitarbeit kommt ihnen für die Praxis auch eine weniger grosse Bedeutung zu. Gestützt durch den explorativen Charakter der Studie konnten jedoch in Bezug auf die genannten Gebiete weitere Einflussfaktoren eruiert werden, die für die Forschung in der Stottertherapie bei Kindern von grösserer Relevanz sein könnten. So hat sich gezeigt, dass das Stottern durch das intermittierende Auftreten, verharmlosende Reaktionen aus dem Umfeld und Schamgefühle von den Eltern immer noch häufig verdrängt oder bagatellisiert wird, was mit einer Verunsicherung bezüglich der Notwendigkeit einer Behandlung einhergehen kann. Ein weiterer erschwerender Aspekt liegt in den offenbar unzureichenden Versorgungsstrukturen; einerseits führt der fehlende Effektivitätsnachweis der verschiedenen Therapiemethoden zu zahlreichen Angeboten im Internet, die von den Eltern nur schwer auf ihre Seriosität und Wirksamkeit eingeschätzt werden können; andererseits scheint es in der Schweiz zu wenig anerkannte

Therapieangebote zu geben, die spezifisch auf das Stottern ausgerichtet sind. Dazu stellt sich die Frage, ob die Eltern auf dem Logopädischen Dienst, der meist die erste Anlaufstelle ist, zu wenig bzw. zu spät auf andere Therapiemöglichkeiten hingewiesen werden. Eine weitere zu diskutierende Thematik liegt im scheinbar fehlenden Leidensdruck stotternder Kinder im vorpubertären Alter und der damit verbundenen Ablehnung einer Therapie. Auch dadurch können sich die Eltern verunsichert fühlen, ob überhaupt ein Bedarf für eine Behandlung besteht oder nicht. Dies ist insofern relevant, als dass von den Fachpersonen ein möglichst früher Therapiebeginn empfohlen wird, um einer Chronifizierung des Stotterns vorzubeugen.

Bezüglich der Elternmitarbeit konnte aufgezeigt werden, dass die meisten Eltern zu einer engagierten Mitarbeit bereit sind, wenn das Angebot dazu seitens der Therapierenden vorhanden ist. Gleichzeitig wurden mit der vorliegenden Studie jedoch auch die Resultate von Ritterfeld und Denhardt (1998) bestätigt, dass die Eltern in die Sprachtherapie ihres Kindes - hier betrifft das die Logopädischen Dienste der Schulgemeinde - meist viel weniger mit einbezogen werden, als dies gewünscht und gefordert wäre. Hier wäre zu diskutieren, ob die Fachpersonen auf dem Logopädischen Dienst über genügend Ressourcen und Kompetenzen verfügen für einen adäquaten Einbezug der Eltern in die Behandlung des stotternden Kindes oder ob hier zum Nutzen aller Beteiligten vermehrt interdisziplinäre Zusammenarbeit geleistet werden müsste.

7.4 Methodenkritik

Die qualitative Erhebungsmethode mittels problemzentrierter Interviews hat sich für die vorliegende Fragestellung bewährt, weil damit zu dem noch wenig erforschten Gebiet der Elternmitarbeit in der Sprachtherapie bei Kindern aus Sicht der Bezugspersonen umfassende und wertvolle Erkenntnisse für die Praxis gewonnen werden konnten. Aufgrund der kleinen Fallanzahl können die Resultate aus dieser Studie jedoch nicht verallgemeinert werden und gelten vorerst nur für die hier gewählte Stichprobe. Um die Relevanz der Ergebnisse zu bestätigen, müssten für die genannten Hypothesen und Themen weitere qualitative und quantitative Untersuchungen durchgeführt werden.

Die Auswahl der Stichprobe erfolgte zu einem grossen Teil über die Vermittlung des Logopäden und Stottertherapeuten Herrn Amrein. Hier kann eingewendet werden, dass dieses Vorgehen einer Vorselektion gleichkommt, indem vom Therapeuten möglicherweise tendenziell Mütter und Väter für die Interviews angefragt wurden, die der Elternmitarbeit grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Da sich bereits im Vorfeld der Untersuchung abzeichnete, dass die meisten Eltern aus den vorhergehenden Behandlungen nur über geringe Erfahrungen mit der Elternmitarbeit verfügen, wurden zudem nur Mütter und Väter in die Stichprobe aufgenommen, die mit ihrem Kind bei Herrn Amrein in der Therapie waren bzw. noch sind. Dies hat sich für die Vergleichbarkeit der Fälle als sinnvoll erwiesen,

allerdings kann damit nicht ausgeschlossen werden, dass die Aussagen der Eltern von seinen Ansichten und Vorgehensweisen beeinflusst sind. Auch ist zu bedenken, dass die soziale Erwünschtheit in den Antworten mancher Elternteile eine Rolle gespielt haben könnte, da einige Kinder zum Zeitpunkt der Befragung noch in Therapie waren. Trotz schwieriger Rekrutierung hätte es sich allenfalls gelohnt, zusätzlich Eltern mit anderen Therapieerfahrungen in die Stichprobe aufzunehmen, um die Aussagekraft der Resultate zu verstärken.

Die Kategorie Elternmitarbeit erwies sich in der Datenauswertung als wenig ergiebig, was auf die Fragestellungen zurückzuführen ist. Obwohl die Fragen bewusst offen gestellt wurden, hätten die Steuerungsfragen in dieser Kategorie spezifischer formuliert werden müssen, um mehr Informationen zum Thema generieren zu können. So hätte es sich zum Beispiel gelohnt, die Eltern auf Kompetenzen anzusprechen, die sie für eine gute Kooperation von den Therapierenden erwarten oder es hätte expliziter nach Gegenargumenten zur Elternmitarbeit geforscht werden können, was die Resultate in dieser Kategorie gehaltvoller und umfassender gemacht hätte.

7.5 Fazit und Ausblick

Die explorative Untersuchung dieser Arbeit hat gezeigt, dass sich eindeutige Erklärungen der Eltern für die Ursachen des Stotterns ihres Kindes tendenziell stärker auf die Wahl einer Therapie und die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei auswirken, als dies bei multifaktoriellen Erklärungsansätzen der Fall ist. Das liegt hauptsächlich darin begründet, dass es bei den multifaktoriellen Theorien das Fehlen schlüssiger Ursachen selbst ist, das die Wahl einer Therapie erschwert. Gleichzeitig stellte sich jedoch heraus, dass andere Faktoren grundsätzlich einen grösseren Einfluss auf die genannten Themengebiete ausüben als die Erklärungen der Eltern zu den Ursachen des Stotterns. Die formulierten Ergebnisse und Hypothesen dazu sollten mit nachfolgenden Forschungen auf ihre Gültigkeit überprüft und mit weiteren Studien konkretisiert werden. Vor allem müsste der Frage nachgegangen werden, wie und durch wen die Eltern gezielter aufgeklärt werden könnten sowohl über die Symptomatik des Stotterns als auch über verschiedene Therapiemöglichkeiten. Ein mangelndes Wissen darüber schränkt nicht nur die Handlungsfähigkeit der Eltern ein, es kann auch zur Aufrechterhaltung falscher Annahmen über das Stottern und einer Verunsicherung im Umgang damit beitragen, was sich wiederum negativ auf das Belastungserleben und möglicherweise auch auf den Stotterverlauf beim Kind auswirken könnte. Von Interesse wäre auch die Frage, inwieweit der scheinbar fehlende Leidensdruck bei Kindern im vorpubertären Alter mit der Stotterschwere und der Ausprägung der Begleitsymptomatik in einem Zusammenhang stehen, um deren Gründe für die Ablehnung einer Therapie näher zu erforschen. Aufschlüsse darüber könnten den Eltern in ihrem Entscheid für bzw. gegen eine Therapie Unterstützung bieten.

In Bezug auf die Elternmitarbeit wäre in einem weiteren Schritt insbesondere der Frage nachzugehen, ob und wie sich die Bereitschaft der Eltern zur aktiven Teilnahme an der Therapie des Kindes auf die Transferleistungen in den Alltag auswirkt bzw. welche Faktoren sich als förderlich oder hinderlich erweisen, damit diese gelingt. Da die Bereitschaft zur Mitarbeit bei den Eltern offensichtlich stark vom vorhandenen Angebot abhängig ist, wären als Ergänzung auch die Ressourcen und Kompetenzen der Fachpersonen zu befor-schen, die mit stotternden Kindern und dessen Bezugspersonen arbeiten.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass durch die Befragung der Eltern viele wichtige Themen bezüglich der Behandlung ihres stotternden Kindes und ihrer Mitarbeit dabei generiert werden konnten, sodass zu wünschen bleibt, dass deren Sichtweisen in weiteren Forschungen vermehrt berücksichtigt werden.

8 Literatur

- Amrein, J. (2009). *Neue Ideen für die Stottertherapie. Praxisbezogene Spiele, kreative Interventionen, wirkungsvolle Gesprächsformen*. Luzern: Eigenverlag
- Barbara, D.A. (1960). The psychodynamics of stuttering. In D.A. Barbara (Ed.), *Psychological and psychiatric aspects of speech and hearing* (pp. 363-384). Springfield: Charles C. Thomas.
- Baumgartner, S. (2008). *Kindersprachtherapie. Eine integrative Grundlegung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008). *A Handbook on Stuttering* (6th ed.). Clifton Park, New York: Delmar Learning.
- Bosshardt, H.G. (2010). *Frühintervention bei Stottern. Behandlungsansätze für Kinder im Vorschulalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Braun, O. (1992). Stottern im Schulalter. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Störungen der Redefähigkeit* (S. 135-163). Berlin: Edition Marhold.
- Brown, S., Ingham, R.J., Ingham, J.C., Laird, A.R. & Fox, P.T. (2005). Stuttered and fluent speech production; an ALE meta analysis of functional neuroimaging studies. *Human Brain Mapping, 25*, 105-117.
- Conture, E. G. (1990). *Stuttering*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Conture, E.G., Anderson, J.D. & Pellowski, M.W. (2001). Stottern in Therapie und Forschung. Träume der Theoriebildung treffen auf die empirische Wirklichkeit des Forschungsalltags. *Sprache, Stimme, Gehör: Zeitschrift für Kommunikationsstörungen, 25*, 1-9.
- Conture, E.G. & Curlee, R.F. (2007). *Stuttering and related disorders of fluency* (3rd ed.). New York: Thieme.
- Craig, A. & Tran, Y. (2005). The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology, 7*, 41-46.
- Deuse, A. (1992). Computergestützte Therapie mit Stotternden. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Störungen der Redefähigkeit* (S. 235-260). Berlin: Edition Marhold.
- Fiedler, P. & Standop, R. (1994). *Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Glogowska, M. & Campell, R. (2000). Investigating parental views of involvement in pre-school speech and language therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, 391-405.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hansen, B. & Iven, C. (2002). *Stottern und Sprechunflüssigkeit. Sprach- und Kommunikationstherapie mit unflüssig sprechenden (Vor-) Schulkindern*. München: Urban & Fischer.
- Helfferrich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Howell, P., Davis, S. & Williams, R. (2008). Late childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 669-687.
- Johannsen, H.S. (2001). Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Symptomatologie, Heredität und Händigkeit auf den Verlauf des Stotterns im Kindesalter. *Sprache, Stimme, Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen*, 25, 14-19.
- Johannsen, H.S. & Schulze, H. (2001). Ätiologie und Verlaufsbedingungen des kindlichen Stotterns: Darstellung der Inhalte und Zielsetzungen einer Längsschnittstudie. *Sprache, Stimme, Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen*, 25, 10-19.
- Johnson, W. (1955). A study of the onset and development of stuttering. In W. Johnson (Ed.), *Stuttering in children and adults*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Katz-Bernstein, N. (1992). Therapiebegleitende Elternarbeit bei stotternden Kindern. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Störungen der Redefähigkeit* (S. 378-398). Berlin: Edition Marhold.
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (2002). *Gruppentherapie mit stotternden Kindern und Jugendlichen. Konzepte für die sprachtherapeutische Praxis*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kollbrunner, J. (2004). *Psychodynamik des Stotterns. Psychosoziale Ursachen, Stottentheorien, tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Zukunftsperspektiven der Sprachtherapieausbildung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kussmaul, A. (1877). Die Störungen der Sprache. In H. v. Ziemssen (Hrsg.), *Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie, Bd. XII*. Leipzig: Verlag von F.C.W. Vogel.
- Lee, B.S. (1951). Artificial stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorder*, 16, 53-55.

- Mansson, H. (2000). Childhood stuttering: incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 45-57.
- Marshall, J., Goldbart, J. & Phillips, J. (2007). Parents' and speech and language therapists' explanatory models of language development, language delay and intervention. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42, 533-555.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10., neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Motsch, H.J. (1983). Stottern. In H. Aschenbrenner & K. Rieder (Hrsg.), *Sprachheilpädagogische Praxis* (S. 88-134). Wien: Jugend und Volk Verlagsgesellschaft.
- Murphy, A.T. & Fitzsimons, R.M. (1960). *Stuttering and personality dynamics*. New York: Ronald.
- Natke, U. & Alpermann, A. (2010). *Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden* (3., vollst. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Neumann, K. (2007). Stottern im Gehirn: Neue Erkenntnisse aus Humangenetik und Neurowissenschaften. *Forum Logopädie*, 21 (2), 6-13.
- Neumann, K., Preibisch, C., Euler, H.A., Wolff von Gudenberg, A., Lanfermann, H., Gall, V. & Giraud, A.L. (2005). Cortical plasticity associated with stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 23-39.
- Ochsenkühn, C., Thiel, M.M. & Ewerbeck, C. (2010). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Orton, S. T. (1928). A physiological theory of reading disability and stuttering in children. *New England Journal of Medicine*, 199, 1046-1052.
- Ritterfeld, U. (2003). Beratung. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 4. Beratung, Therapie und Rehabilitation* (S. 24-41). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ritterfeld, U. & Denhardt, Ch. (1998). Elternarbeit in der Sprachtherapie. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 7, S. 163-172.
- Sandrieser, P. & Schneider P. (2008). *Stottern im Kindesalter* (3., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

- Schoor, U. (1992). Stottern im Vorschulalter. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie, Bd. 5. Störungen der Redefähigkeit* (S. 105-134). Berlin: Edition Marhold.
- Schulze, H. (1992). Stottern und familiäre Interaktion. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Handbuch der Sprachtherapie. Bd. 5. Störungen der Redefähigkeit* (S. 83-102). Berlin: Edition Marhold.
- Sheehan, J.G. (1970). *Stuttering: research and therapy*. New York: Harper & Row.
- Silverman, F.H. (1996). *Stuttering and other fluency disorders: an overview for beginning clinicians*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sommer, M., Koch, M.A., Paulus, W., Weiller, C. & Büchel, C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *The Lancet*, 360, 380-383.
- Starkweather, W.C. & Gottwald, S.R. (1990). The demands and capacities model II: clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 369-375.
- Stewart, T. & Turnbull, J. (1998). *Redeflussstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stottertherapie in der Praxis*. Ulm: Gustav Fischer.
- Suchodoletz, W. v. (2009). Wie wirksam ist Sprachtherapie? *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 18, 213-221.
- Travis, L. E. (1931). *Speech Pathology*. New York: Appelton.
- Travis, L.E. (Ed.). (1957). *Handbook of speech pathology*. New York: Appelton.
- Van Riper, Ch. (1982). *The nature of stuttering* (2nd ed.). Engelwood Cliffs: Prentice-Hall.
- Weikert, K. (2003). Stottertherapie mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 4. Beratung, Therapie und Rehabilitation* (S. 211-234). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weltgesundheitsorganisation/Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Wendlandt, W. (2011). *Sprachstörungen im Kindesalter* (6., akt. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Yairi, E. (1997). Home environment and parent-child interaction in childhood stuttering. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: new directions* (2nd ed., pp. 24-48). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering. For clinicians by clinicians*. Austin, Texas: Pro-Ed.

9 Anhang

Anhang A: Anschreiben an die Interviewpartnerinnen und -partner

Anhang B: Interviewleitfaden

Anhang C: Kategoriensysteme Inhaltsanalyse

Anhang D: Kategorien-Interview-Matrix

Anhang A: Anschreiben an die Interviewpartnerinnen und -partner

Einladung zum Interviewtermin

Sehr geehrte Frau (*Name*)/ Sehr geehrter Herr (*Name*)

Ich danke Ihnen für Ihre Bereitschaft, an dem geplanten Interview teilzunehmen und ich freue mich auf das Gespräch mit Ihnen. Wie ich Ihnen bereits mitgeteilt habe, dauert das Interview ca. 45-60 Minuten. Gerne erwarte ich sie zum vereinbarten Termin vom (*Datum und Ort*).

Vorab sende ich Ihnen gerne noch einige Informationen zu:

Ich bin Studentin an der ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) im Departement Psychologie. Im Rahmen des Studiums schreibe ich meine Bachelorarbeit zum Thema Stottern bei Kindern. Dabei befasse ich mich insbesondere mit den subjektiven Theorien der Eltern zu den Ursachen des Stotterns Ihres Kindes und die Wahl einer Therapie bzw. die Bereitschaft zur eigenen Mitarbeit dabei.

Neben dem Studium arbeite ich in einem Teilzeitpensum von 50% als Kindergärtnerin.

Selbstverständlich werden die im Interview erhobenen Daten nach den Regeln des Datenschutzes vertraulich behandelt. Falls Sie weitere Informationen wünschen, erreichen Sie mich telefonisch unter der Nummer (*Nummer*) oder per E-Mail (*Adresse*).

Ich freue mich auf die Begegnung und grüsse Sie freundlich

Isabel Grüter

(*Meine Adresse,
Telefonnummer
und E-Mail
anfügen*)

Anhang B: Interviewleitfaden

Einleitung

Begrüßung und Einführung ins Interview

- Bedankung für die Bereitschaft zur Teilnahme am Interview
- Vorstellen der eigenen Person
- Kurzes Vorstellen der Arbeit und des Interviewablaufs
- Einverständniserklärung
- Name und Beruf der befragten Person
- Geschlecht, Alter und Geschwister des stotternden Kindes

Forschungsfrage 1

Es gibt viele verschiedene Theorien über die Ursachen des Stotterns. Bitte erzählen Sie mir etwas darüber, wie Sie sich das Stottern Ihres Kindes erklären.

- Welche anderen Erklärungen können Sie sich sonst noch vorstellen?
- Welche Erklärung steht für Sie im Vordergrund und weshalb?
- Wer oder was hat Sie in Ihren Erklärungen vorwiegend beeinflusst?
- Wie beurteilen Sie Ihren eigenen Anteil am Stottern?
- Können Sie Beispiele machen, wie sich dieser Anteil zeigt bzw. auswirkt?
- Wie wichtig ist es Ihnen, eine Erklärung für das Stottern zu haben? Warum ja oder nein?

Forschungsfrage 2

Bitte erzählen Sie mir etwas über die Therapien, die Ihr Kind schon hatte.

- Warum haben Sie sich für diese oder jene Therapie entschieden?
- Haben Sie aktiv nach weiteren Therapien gesucht? Weshalb ja oder nein?
- Wer hat Sie in Ihren Entscheidungen für eine Therapie beeinflusst?
- Welche Motive standen für Sie im Vordergrund bei der Wahl für eine Therapie?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit den bisherigen Therapien gemacht (Vor- und Nachteile)?

- Aus welchen Gründen haben Sie die Therapie gewechselt?
- Sollte in der Therapie Ihrer Meinung nach mehr sprechtechnisch oder psychotherapeutisch mit dem Kind gearbeitet werden? Begründung?
- Wie beurteilen Sie das therapeutische Angebot?

Forschungsfrage 3

Bitte erzählen Sie mir etwas darüber, wie Sie als Mutter/Vater in die bisherigen Therapien mit einbezogen wurden.

- Beurteilen Sie die aktive Elternmitarbeit grundsätzlich als wichtig? Weshalb ja oder nein?
- Wie beurteilen Sie Ihre Bereitschaft und Motivation zur Mitarbeit in der Therapie?
- Können Sie Ihre Bereitschaft für oder gegen eine aktive Mitarbeit begründen?
- Wer oder was hat Sie in Ihrer Einstellung zur Elternmitarbeit vorwiegend beeinflusst?
- Hätten Sie sich in den vorhergehenden Therapien schon mehr Elternmitarbeit gewünscht? Weshalb ja oder nein?

Abschluss

Wir sind nun am Ende des Interviews angelangt

- Möchten Sie noch etwas hinzufügen, das Ihnen wichtig ist?
- Sind während des Interviews noch Fragen aufgetaucht oder haben Sie noch ein spezielles Anliegen?
- Bedankung für Teilnahme am Interview.

Anhang C: Kategoriensysteme Inhaltsanalyse

Kategorien	Subkategorien	Definitionen	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Subjektive Theorien Erklärungen zu den Ursachen des Stotterns	genetisch g1: stotternde Familienangehörige g2: vererbter Charakter des Kindes	g1: Aussagen die sich auf stotternde Familienangehörige beziehen. g2: Aussagen die sich auf den vererbten Charakter oder das Temperament des Kindes beziehen.	„Bei uns in der Familie ist das so, also eine Tante von mir stottert und die Grossmutter von Beni hat auch gestottert.“ (A, Z. 6-7) „(...)oder einfach das sich selber unter Druck setzen. Er ist ein sehr grosser Perfektionist. (...) und der Vater ist auch so.“ (F, Z. 19-20)	g1: unter diese Kategorie fallen sowohl stotternde Angehörige als auch Elternteile die selber stottern. G2: die Aussagen über den Charakter des Kindes werden mit der Genetik bzw. Vererbung in Verbindung gebracht.
	neurophysiologisch	Aussagen die sich auf die Hirnvorgänge, die Sprachentwicklung und die Motorik beziehen.	„Es sind immer so ein wenig Wellenbewegungen gewesen, was man sich erklären könnte mit dem Wachstum des Gehirns.“ (B, Z. 11-12)	keine
	Trauma	Aussagen, die ein traumatisches Ereignis beschreiben.	„Er hatte einen Velounfall, kurz bevor er mit dem Stottern begann (...)“ (A, Z. 12-13)	keine
	Geschwisterreihe	Aussagen die sich auf die Geschwisterposition beziehen.	„Also das wo es am Schwersten hat ist eigentlich immer das in der Mitte.“ (H, Z. 267-268)	keine
	Nachahmung	Die Aussagen beziehen sich darauf, dass das Stottern durch Nachahmung entstand.	„Meine Theorie könnte sein, dass Nina als kleines Mädchen (...) mir das abgeschaut hat (...)“ (G, Z. 14-15)	keine
	psychosozial	Aussagen die sich auf psychosoziale Ursachen beziehen.	„...ich habe mein erstes Kind spät geboren und ich glaube das war der Grund, dass ich eine sehr autoritäre und dominante Mutter geworden bin.“ (C, Z. 4-6)	keine
	direkter eigener Anteil	Die Aussagen beziehen sich auf einen möglichen direkten eigenen Anteil durch die Persönlichkeit oder das Verhalten.	„(...) bin ich als Vater vielleicht einer, der eher fordernd ist, eine erzieherische Linie hat (...)“ (E, Z. 48-49)	keine
	kein direkter eigener Anteil	Die Aussagen beziehen sich darauf, dass ein direkter eigener Anteil nicht in Betracht gezogen wird.	„(...) ich habe nicht das Gefühl, dass es an dem liegen könnte, dass wir irgendeinen Druck ausgeübt haben oder so.“ (D, Z. 31-32)	keine
	eigentlich unerklärbar	Die Aussagen beziehen sich darauf, dass es für das Stottern eigentlich keine Erklärung gibt.	(...) aber ich glaube das gibt es gar nicht beim Stottern, so eine Erklärung in diesem Sinne.“ (D, Z. 327-328)	keine
Stellenwert der Erklärung	ist oder war wichtig	Aussagen die sich darauf beziehen,	„Mich hat es eine zeitlang schon stark be-	keine

gen		dass es wichtig war oder noch ist eine Erklärung zu haben.	schäftigt (...), weil wenn man wüsste woher es kommt, könnte man es auch besser therapieren.“ (G, Z. 44-46)	
	nicht wichtig	Aussagen die sich darauf beziehen, dass den Erklärungen keinen grossen Stellenwert beigemessen wird.	„Im Moment interessiert es mich nicht, weil ich denke, er macht seinen Weg selber, ja.“ (F, Z. 345)	keine
Therapien Arten	Logopädie	selbsterklärend		
	Stottertherapie	selbsterklärend		
	Spieltherapie	selbsterklärend		
	alternative Therapien	Alle Aussagen die sich auf alternative Therapien beziehen, die nicht bei einer logopädisch ausgebildeten Person stattfanden.	„(...) so zwei oder drei Mal glaube ich, waren wir bei einem Handaufleger.“ (G, Z. 250-251)	Es werden nur Aussagen über Therapien codiert, die explizit für das Stottern gemacht wurden.
bevorzugte Therapie	sprechtechnisch	Aussagen beziehen sich auf eine Bevorzugung der sprechtechnischen Methoden.	„So eine Therapie in Form von Techniken, die er dann selber anwenden könnte, das fände ich eine gute Möglichkeit.“ (B, Z. 213-214)	keine
	psychotherapeutisch	Aussagen beziehen sich auf eine Bevorzugung der psychotherapeutischen Methoden.	„Also ich finde es wichtiger an der Persönlichkeit zu arbeiten (...), Selbstvertrauen schaffen und nicht an der Atemtechnik.“ (E, Z. 195-197)	keine
	beides	Aussagen beziehen sich darauf, dass beides wichtig ist.	„Also ich würde jetzt kombinieren. Ich bin der Meinung es braucht Sprech- und Atemtechnik und die Arbeit an der Persönlichkeit, oder.“ (F, Z. 179-180)	keine
Motive für die Wahl einer Therapie	Empfehlung	Aussagen die sich darauf beziehen, dass die Empfehlung bei der Wahl der Therapie eine Rolle spielte.	„Ganz genau, mit den Empfehlungen von den Lehrerinnen her, die er hatte und die meinten, wir sollten ihn doch einmal anmelden.“ (H, Z. 39-40)	keine
	Fachwissen / Kompetenz	Aussagen die sich darauf beziehen, dass die Therapie wegen der Kompetenz und des Fachwissens der Therapierenden gewählt wurde.	„Ja, das war vor allem der Wissenstand, also Herr A. weiss, das liegt nicht an der Atmung (...).“ (E, Z. 167) „(...) und ich wusste, dass die Logopädin einfach sehr gut ist.“ (F, Z. 13)	keine
	ganzheitliche Arbeitsweise	Aussagen die sich darauf beziehen, dass das Stottern ganzheitlich behandelt wird, ohne dass es in Bezug mit den eigenen Erklärungen steht.	„(...) und eben auch an anderen Sachen arbeitet, nicht nur am Reden, dass der Rest auch bestimmen muss, körperlich, psychisch.“ (G, Z. 188-189)	Aussagen die sich darauf beziehen, dass mehr als das Sprechen behandelt wird und/oder das Umfeld einbezogen wird.

	Sympathie	Aussagen die sich darauf beziehen, dass die Sympathie der Therapeutin des Therapeuten eine Rolle spielte.	„(...) das ist immer auch das Verhältnis, das man zum Therapeuten hat. Ist er sympathisch, ist er nicht sympathisch.“ (H, Z. 212-213)	keine
	einfacher Zugang	Aussagen die sich darauf beziehen, dass keine langen Abklärungen für die Therapie nötig waren.	„Das ist dann auch viel einfacher, oder, da muss man nicht gross Gesuche machen.“ (B, Z. 97-98)	keine
	subjektive Theorien	Alle Aussagen die in einem direkten Zusammenhang mit den Erklärungen zum Stottern der Eltern stehen	„Ich wollte ja eine Therapie, wo ich auch Hilfe bekomme, weil ich wusste, an meiner Erziehung ist etwas falsch, wenn mein Kind stottert.“ (C, Z. 105-106)	Die Eltern stellen für die Wahl einer Therapie einen direkten Bezug zu ihren Erklärungen des Stotterns her.
Gründe für Therapiewechsel	externe Faktoren	Aussagen die sich auf externe Faktoren beziehen.	„Und die Logopädin hat dann eben mal zu mir gesagt, dass sie mit ihrem Latein am Ende sei.“ (D, Z. 100-101)	Die Aussagen beziehen sich darauf, dass ein Wechsel der Therapie durch äussere Gründe zustande kam.
	interne Faktoren	Aussagen die sich auf interne Faktoren beziehen.	Nein, ich kann nicht sagen, nicht wohl, aber der psychologische Schwerpunkt war mir irgendwie zu stark.“ (B, Z. 120-121)	Die Aussagen beziehen sich darauf, dass ein Wechsel der Therapie durch eine innere Unzufriedenheit zustande kam.
erschwerende Einflussfaktoren	Kind will nicht und/oder leidet nicht	Aussagen die sich darauf beziehen, dass das Kind keine Therapie wollte und/oder nicht litt.	„Weil Nina wollte auch nie, also es war schon immer mal wieder ein Thema, aber sie meinte, sie brauche nichts.“ (G, Z. 254-255)	Alle Aussagen die sich darauf beziehen, dass das Kind nicht will, nicht leidet, sozial gut integriert und in der Schule gut ist.
	Stottern nicht so stark oder intermittierend	Aussagen die sich darauf beziehen, dass das Stottern nicht so stark ist und/oder dass es in wechselnden Phasen auftritt.	„(...) er hatte längere Phasen, sagen wir mal so in der dritten Klasse, wo praktisch nichts war und dann plötzlich kam wieder eine Phase (...).“ (D, Z. 150-151)	keine
	Stottern bagatellisiert	Aussagen die sich darauf beziehen, dass das Stottern bagatellisiert wurde bzw. die Hoffnung bestand, es gehe von alleine wieder weg.	„(...) hat man schon gedacht, ja...es wird dann schon wieder besser, es wächst sich dann raus.“ (H, Z. 56-57)	Alle Aussagen die sich auf bagatellisieren, verdrängen, wegschieben und nicht darauf fokussieren wollen beziehen.
	Fehlendes Wissen und mangelndes Angebot.	Aussagen die sich auf fehlendes Wissen und fehlende Informationen beziehen und/oder die das Angebot von Therapien thematisieren.	„(...) es müsste der Schritt früher kommen an die Fachstelle. Also wenn man weiss, dass es spezifisch etwas für das Stottern gibt, nicht einfach sagen wir probieren das oder dieses.“ (H, Z. 174-175)	keine

Elternmitarbeit Logopädie	sporadische Gespräche	Aussagen die sich darauf beziehen, dass sporadisch Gespräche stattfanden.	„(...) einfach jedes halbe Jahr sind wir zusammengekommen und sie hat das mit uns so besprochen, wie es so geht.“ (F, Z. 106-107)	keine
	Hausaufgaben und Besuche	Aussagen die sich auf die Vergabe von Hausaufgaben und Besuche einer Logopädie-Stunde beziehen.	„Sie gab mir dann Blätter mit nach Hause, um Entspannungsübungen zu machen.“ (F, Z. 98)	keine
	Umgang mit dem Stottern	Aussagen die sich darauf beziehen, dass es in den Gesprächen um den Umgang mit dem Stottern ging.	„Wie wir mit dem Stottern umgehen, also wir haben da sicher auch schon einen Teil darüber gesprochen.“ (A, Z. 130-131)	keine
	zufrieden	Aussagen die sich darauf beziehen, dass die Eltern mit der Elternarbeit in der Logopädie zufrieden waren.	„Zu diesem Zeitpunkt muss ich sagen, hat es für mich eigentlich oder für uns gestimmt.“ (H, Z. 173)	keine
	unzufrieden	Aussagen die sich auf Unzufriedenheit mit der Elternarbeit in der Logopädie beziehen.	„(...) ich habe das nur mitgemacht, weil es zum Programm gehörte. Ich habe mich oft sehr aufgeregt an den Elterngesprächen.“ (E, Z. 203-204)	keine
Gründe für bzw. gegen eine aktivere Elternmitarbeit	Information und Wissen	Aussagen die sich darauf beziehen, dass es wichtig ist Informationen oder Wissen im Umgang mit dem Stottern zu bekommen.	„Und man lernt auch viel darüber, wie reagiere ich auf das Stottern, wie gehe ich überhaupt richtig damit um.“ (E, Z. 242-243)	Alle Aussagen die sich auf den Umgang mit dem Stottern, reagieren auf das Stottern und hilfreiche Verhaltensweisen beziehen.
	Entlastung	Aussagen die sich darauf beziehen, dass durch die Elternmitarbeit psychische Entlastung erfahren wird.	„(...) und mich hat es auch entlastet, dass ich sagen konnte, dass fragen wir dann Herrn A. (...).“ (D, Z. 238-239)	keine
	eigenes Verhalten und Familiendynamik reflektieren	Aussagen die sich darauf beziehen, dass nicht nur das Kind therapiert werden muss, sondern auch das eigenen Verhalten und das familiäre Umfeld angeschaut werden muss.	„Wir können nicht sagen, jetzt bist du es und wir alle drei haben nichts (...). Das ist ja nicht der Sinn und Zweck.“ (G, Z. 265-266)	Die Aussagen beziehen sich darauf, dass es wichtig ist auch das eigene Verhalten zu reflektieren und/oder dass das familiäre Umfeld an sich wichtig ist.
	nicht förderlich	Aussagen die sich darauf beziehen, dass Elternmitarbeit für das Kind nicht unbedingt förderlich ist.	„(...) man kann den Kindern so auch eine Chance wegnehmen einen Zugang zu finden zum Therapeuten.“ (B, Z. 180-181)	keine
	Zeitaufwand	Aussagen die sich darauf beziehen, dass der zeitliche und/oder organisatorische Aufwand gross ist.	„Ja, ich meine, vor den Ferien waren wir jede Woche. Das ist noch streng, jede Woche nach L. kommen.“ (F, Z. 218-219)	keine

	Umsetzung/Verarbeitung	Aussagen die sich darauf beziehen, dass die Umsetzung oder Verarbeitung der besprochenen Themen als schwierig erlebt wird.	(...) man muss sich einfach mit der ganzen Materie auseinandersetzen, mit diesen Themen. Das ist nicht immer einfach.	Alle Aussagen die sich auf die eigene Verarbeitung der Themen oder deren Umsetzung in den Alltag beziehen.
Einflüsse auf Einstellung	Therapeut/therapeutisches Angebot	Aussagen beziehen sich darauf, dass die Einstellung vom Therapeuten und/oder dessen Angebot beeinflusst wurde.	„(...) und wenn der Therapeut will, dass wir mit einbezogen werden, dann muss man das unterstützen.“ (G, Z. 262-263)	keine
	berufliche Erfahrungen	Aussagen beziehen sich darauf, dass die Einstellung zur Elternmitarbeit von eigenen beruflichen Erfahrungen beeinflusst ist.	„Ich bin überzeugt, da hat natürlich auch meine Mediatoren-Ausbildung das ihre dazu getan.“ (E, Z. 246)	keine
	eigene Grundhaltung	Aussagen die sich darauf beziehen, dass die Einstellung einer eigenen Grundhaltung entspringt.	„(...) aber meine Philosophie ist oder unsere von der Familie her war eigentlich immer, dass wir offen sind für eine Zusammenarbeit.“ (H, Z. 208-209)	keine
	subjektive Theorien	Aussagen beziehen sich direkt auf die Erklärungen, die die Eltern für das Stottern haben.	„(...) man muss die Eltern auch therapieren, wenn das Kind stottert. (...) Stottern entsteht durch Probleme in der Familie.“ (C, Z. 190-191)	Es gibt in den Aussagen einen direkten Zusammenhang zu den Erklärungen der Eltern zum Stottern.

Anhang D: Kategorien-Interview-Matrix

		Frau A	Frau B	Frau C	Frau D	Herr E	Frau F	Herr G	Herr H
Subjektive Theorien Erklärungen	genetisch/physiologisch		x						
	psychologisch			x					
	multikausal ohne direkten eigenen Anteil				x				
	multikausal mit direktem eigenem Anteil	x				x	x	x	x
	eigentlich unerklärbar				x		x	x	
Stellenwert Erklärungen	war oder ist wichtig	x		x		x	x	x	
	nicht wichtig oder nicht überlegt		x		x				x
Therapien Arten	Logopädie		x	x	x	x	x	x	x
	Spieltherapie	x							
	Stottertherapie	x	x	x	x	x	x	x	x
	alternative Therapien	x						x	x
bevorzugte Therapie	sprech- und atemtechnisch		x						
	psychotherapeutisch			x	x	x			
	beides	x			x		x	x	x
Motive für Therapiewahl	Empfehlung	x	x	x	x	x		x	x
	Fachwissen / Kompetenz	x			x	x	x	x	x
	ganzheitliche Arbeitsweise	x		x	x	x	x	x	x
	Sympathie						x		x
	einfacher Zugang		x						
	subjektive Theorien	x	x	x				x	
Gründe für Therapiewechsel	externe Faktoren	x			x	x	x	x	x
	interne Faktoren		x	x					
zusätzliche Einflussfaktoren	Kind will nicht/leidet nicht	x	x		x			x	
	Stottern nicht so stark oder intermittierend		x		x	x	x	x	x
	Stottern bagatellisiert		x		x	x	x		x
	mangelndes Wissen und/oder Angebot			x	x	x		x	x
Elternmitarbeit Logopädie	sporadische Gespräche	x	x	x	x	x	x	x	x
	Hausaufgaben und/oder Besuche			x	x		x		x
	Umgang mit dem Stottern	x							
	zufrieden	x	x		x		x	x	x
	nicht zufrieden			x		x			

aktivere Eltern- mitarbeit	wichtig	x		x	x	x	x	x	x
	weniger wichtig		x						
Gründe für bzw. gegen aktivere Elternmitarbeit	Information und Wissen	x	x	x	x	x	x	x	x
	psychische Entlas- tung	x		x	x				x
	familiäres Umfeld wichtig	x		x		x	x	x	x
	nicht förderlich		x						
	zeitlicher Aufwand						x	x	x
	Verarbeitung, Um- setzung					x	x	x	x
Einflüsse auf Einstellung	berufliche Erfah- rungen		x			x	x		
	Therapeut/Angebot	x			x	x		x	x
	eigene Grundhal- tung / Selbstver- ständlich	x					x	x	x
	Subjektive Theorien	x	x	x	x	x		x	

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: