

## **Facharbeit zur staatlich anerkannten Logopädin**

Analyse des Kommunikationsverhaltens zwischen Therapeut  
und Patient in der Stottertherapie mithilfe von  
ausgewählten methodischen Elementen der  
Transaktionsanalyse nach Eric Berne zur Überprüfung einer  
möglichen Effektivitätssteigerung in der  
Desensibilisierungsarbeit nach Charles Van Riper im Rahmen  
einer Einzelfallstudie an der BFS Würzburg

**Bearbeitungszeit:** von Juli 2013 bis April 2014

**Ausbildungskurs:** 2011 / 2014

**Mirjam Klein**, Dürrbachtal 49, 97080 Würzburg, **E-Mail:** mirjam-klein@t-online.de

Analyse des Kommunikationsverhaltens zwischen Therapeut und Patient in der Stottertherapie mithilfe von ausgewählten methodischen Elementen der Transaktionsanalyse nach Eric Berne zur Überprüfung einer möglichen Effektivitätssteigerung in der Desensibilisierungsarbeit nach Charles Van Riper im Rahmen einer Einzelfallstudie an der BFS Würzburg

- Abstract -

## 1. Vorstellung des Projektes

Die Effektivität einer logopädischen Therapie kann nicht ausschließlich durch fachlich-methodische Sicherheit sowie durch die entsprechende Umsetzungskompetenz gewährleistet werden. Darüber hinaus wird der Therapieerfolg maßgeblich durch den Kontakt zwischen Therapeut und Patient beeinflusst. Dies betrifft insbesondere das Kommunikationsverhalten des Logopäden. Im Rahmen der Desensibilisierungsphase in der Redeflusstherapie mit erwachsenen Stotterern „muss der Therapeut in der Lage sein, die Bedingungen der Kommunikation zu kontrollieren (...)“ (Van Riper, 1986, S.71), um dem Patienten zur Enttabuisierung seiner Sprechstörung zu verhelfen. Um grundlegende Strukturen innerhalb einer Kommunikation verstehen und genauer untersuchen zu können, eignet sich besonders gut die Transaktionsanalyse nach Eric Berne, die neben der kommunikationsanalytischen Funktion in erster Linie eine psychotherapeutische Richtung bedient.

In diesem Zusammenhang sei auch besonders auf Zückner verwiesen, der mit seinem Therapieansatz „Intensivmodifikation Stottern“<sup>1</sup> im Rahmen von „additiven Desensibilisierungsmaßnahmen“ (vgl. Zückner, 2009, S. 76) Elemente aus einer weiteren psychotherapeutischen Richtung, der Kognitiven Verhaltenstherapie, mit in die Stottertherapie einfließen lässt. Er verfolgt damit das Anliegen, die Effektivität dieser Therapiephase auch bei Stotterern zu gewährleisten, bei denen das gängige Vorgehen nach

---

<sup>1</sup> Hartmut Zückner. Intensivmodifikation Stottern: Die Desensibilisierung. Informationen für Therapeuten. 1. Auflage (2009). Natke Verlag. Neuss.

Van Riper nicht ausreicht, um adäquat gegen auf das Stottern bezogene Ängste und dysfunktionale Kognitionen zu desensibilisieren. Die Zielsetzung, Querverbindungen zwischen ausgewählten Methoden aus der Psychotherapie und der logopädischen Therapie bei Redeflusspatienten mit der Diagnose Stottern zu ziehen, ist folglich keine neue Idee, sondern bereits in Theorie und Praxis zur Anwendung gekommen.

Auf der Grundlage dieser Informationen ist also einerseits davon auszugehen, dass die systematische Analyse des Kommunikationsverhaltens von Therapeut und Patient innerhalb der Desensibilisierungsarbeit nach Charles Van Riper in der Stottertherapie sinnvoll ist. Zum anderen lässt dies die Schlussfolgerung zu, dass mit einer gezielten Auswahl an kommunikationswirksamen Methoden aus der Transaktionsanalyse nach Eric Berne und den daraus abgeleiteten, veränderten Kommunikationsstrategien in der therapeutischen Anwendung, das Desensibilisieren für den Patienten effektiver gestaltet wird.

Darauf aufbauend ergeben sich die folgenden Leitfragen:

- Wie lässt sich das eigene Kommunikationsverhalten einordnen?
- Welche Auswirkungen hat es auf das Kommunikationsverhalten des Patienten?
- Welche Verhaltensweisen und Strategien im Kommunikationsverhalten des Patienten sind als problematisch einzuschätzen?
- Welche Therapieziele lassen sich entsprechend für die Desensibilisierung formulieren?
- Wie wirken sich bewusst modifizierte Aspekte im eigenen Kommunikations- / Interaktionsstil auf den Therapieprozess aus?

## **2. Gliederung der Facharbeit**

### 1. Einleitung

### 2. Theoretischer Hintergrund

#### 2.1 Die Desensibilisierungsphase im Konzept der Stottermodifikation nach Charles Van Riper

#### 2.2 Zentrale Begriffe der Transaktionsanalyse nach Eric Berne

- 2.3 Der konzeptuelle Zusammenhang zwischen der Desensibilisierungsarbeit in der Stottertherapie mit Erwachsenen und der exemplarischen Anwendung des kommunikationsanalytischen psychotherapeutischen Verfahrens der Transaktionsanalyse
3. Methodik
- 3.1 Durchführung einer Einzelfallstudie
- 3.2 Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten mithilfe der Transaktionsanalyse nach Berne
- 3.3 Gewichtung der Ergebnisse in der weiteren Therapieplanung
4. Untersuchungen / Ergebnisse
- 4.1 Darstellung und erste Interpretation der Ergebnisse aus der funktionellen Analyse der Ich-Zustände
- 4.2 Gewichtung der Ergebnisse
- 4.3 Auswertung des modifizierten therapeutischen Vorgehens im weiteren Therapieverlauf
5. Diskussion
6. Gesamtreflexion
- 6.1 Fazit
- 6.2 Ausblick auf weiterführende Fragestellungen
7. Literatur- und Quellenverzeichnis
8. Anhang
- 8.1 Transkripte
- 8.2 Exemplarisch funktionelle Analyse der Ich-Zustände (schematisch)
- 8.3 Exemplarisch funktionelle Analyse der Ich-Zustände (inhaltlich)
9. Erklärung

#### **4 Literaturangaben**

- Natke, U. (2002 / 2005). Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Ham, R. (2000). Techniken in der Stottertherapie. 1.Auflage. Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.

- Fiedler, P. Standop, R. (1994). Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. 4. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Bloodstein, O. (1993). Stuttering. The Search for a Cause and Cure. 1. Auflage. Boston: Allyn and Bacon.
- Van Riper, C. (2006). Die Behandlung des Stotterns. 6. Auflage. Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.
- Zückner, H. (2009). Intensivmodifikation Stottern: Die Desensibilisierung. Informationen für Therapeuten. 1. Auflage. Neuss: Natke Verlag.
- Stewart, I. Joines, V. (1990). Die Transaktionsanalyse. Eine neue Einführung in die TA. Mit zahlreichen Abbildungen, Übungen und Hinweisen für die Praxis. 8. Auflage. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Hennig, G. Pelz, G. (1997). Transaktionsanalyse. Lehrbuch für Therapie und Beratung. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Gührs, M. Nowak, C. (2006). Das konstruktive Gespräch. Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse. 6. Auflage. Meezen: Limmer Verlag.
- Stavemann, H. H. (2010). Einführung in die KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen. 4. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Berne, E. (2008). Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowolt Taschenbuch Verlag.
- Ellis, A. Ellis, D. J. (2012). Rational-Emotive Verhaltenstherapie. 1. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Theoretischer Hintergrund
  - 2.1 Die Desensibilisierungsphase im Konzept der Stottermodifikation nach Charles Van Riper
  - 2.2 Zentrale Begriffe der Transaktionsanalyse nach Eric Berne
  - 2.3 Der konzeptuelle Zusammenhang zwischen der Desensibilisierungsarbeit in der Stottertherapie mit Erwachsenen und der Anwendung des kommunikationsanalytischen psychotherapeutischen Verfahrens der Transaktionsanalyse
3. Methodik
  - 3.1 Durchführung einer Einzelfallstudie
  - 3.2 Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten mithilfe der Transaktionsanalyse nach Berne
  - 3.3 Gewichtung der Ergebnisse in der weiteren Therapieplanung
4. Untersuchungen / Ergebnisse
  - 4.1 Darstellung und erste Interpretation der Ergebnisse aus der funktionellen Analyse der Ich-Zustände
  - 4.2 Gewichtung der Ergebnisse
  - 4.3 Auswertung des modifizierten therapeutischen Vorgehens im weiteren Therapieverlauf
5. Diskussion
6. Gesamtreflexion
  - 6.1 Fazit
  - 6.2 Ausblick auf weiterführende Fragestellungen
7. Literatur- und Quellenverzeichnis
8. Anhang
  - 8.1 Transkripte
  - 8.2 exemplarisch funktionelle Analyse der Ich-Zustände (schematisch)
  - 8.3 exemplarisch funktionelle Analyse der Ich-Zustände (inhaltlich)
9. Erklärung

## 1. Einleitung

Der Beruf des Logopäden ist in erster Linie ein Kommunikationsberuf. Die Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen erfordert neben fundierten fachlich-methodischen Kompetenzen auch ein hohes Maß an kommunikativem Geschick im Umgang mit Menschen. Der Therapieerfolg wird in der praktischen Umsetzung maßgeblich durch die Qualität des Kontaktes zwischen Therapeut und Patient beeinflusst.

Das Kommunikationsverhalten des Logopäden spielt im Rahmen der Behandlung von Stotterern eine besonders große Rolle, da der Bereich des Sprechens als elementare zwischenmenschliche Kommunikationsform in Folge der gestörten sprechmotorischen Abläufe häufig mit negativen Gefühlen einhergeht oder im Ernstfall auch stark angstbesetzt ist. Im Rahmen der Desensibilisierungsphase in der Redeflusstherapie mit erwachsenen Stotterern „muss der Therapeut in der Lage sein, die Bedingungen der Kommunikation zu kontrollieren (...)“ (Van Riper, 1986, S.71), um dem Patienten zur Enttabuisierung seiner Sprechstörung zu verhelfen.

Um grundlegende Strukturen innerhalb einer Kommunikation verstehen und genauer untersuchen zu können, eignet sich besonders gut die Transaktionsanalyse nach Eric Berne, die neben der kommunikationsanalytischen Funktion in erster Linie eine psychotherapeutische Richtung bedient. In diesem Zusammenhang sei auf Zückner verwiesen, der mit seinem Therapieansatz „Intensivmodifikation Stottern“<sup>1</sup> im Rahmen von „additiven Desensibilisierungsmaßnahmen“ (vgl. Zückner, 2009, S. 76) Elemente aus einer weiteren psychotherapeutischen Richtung, der kognitiven Verhaltenstherapie, mit in die Stottertherapie einfließen lässt. Er bezieht sich hierbei insbesondere auf das ABC-Schema zur Identifikation und Disputation irrationaler und dysfunktionaler Kognitionen, sowie deren Umformulierung in rationale und positive Überzeugungen. Er verfolgt damit das Anliegen, die Effektivität dieser Therapiephase auch bei Stotterern zu gewährleisten, bei denen das gängige Vorgehen nach Van

---

<sup>1</sup> Hartmut Zückner. Intensivmodifikation Stottern: Die Desensibilisierung. Informationen für Therapeuten. 1. Auflage (2009). Natke Verlag. Neuss.

Riper nicht ausreicht, um adäquat gegen auf das Stottern bezogene Ängste und dysfunktionale Kognitionen zu desensibilisieren, die als aufrechterhaltende Faktoren wirken. Die Zielsetzung, Querverbindungen zwischen ausgewählten Methoden aus der Psychotherapie und der logopädischen Therapie bei Redeflusspatienten mit der Diagnose Stottern zu ziehen, ist folglich keine neue Idee, sondern bereits in Theorie und Praxis zur Anwendung gekommen.

Auf der Grundlage dieser Informationen ist also einerseits davon auszugehen, dass die systematische Analyse des Kommunikationsverhaltens von Therapeut und Patient innerhalb der Desensibilisierungsarbeit nach Charles Van Riper in der Stottertherapie sinnvoll ist. Zum anderen lässt dies die Schlussfolgerung zu, dass mit einer gezielten Auswahl an kommunikationswirksamen Methoden aus der Transaktionsanalyse nach Eric Berne und den daraus abgeleiteten, veränderten Kommunikationsstrategien in der therapeutischen Anwendung das Desensibilisieren für den Patienten effektiver gestaltet wird.

Darauf aufbauend ergeben sich die folgenden Leitfragen:

- Wie lässt sich das eigene Kommunikationsverhalten einordnen?
- Welche Auswirkungen hat es auf das Kommunikationsverhalten des Patienten?
- Welche Verhaltensweisen und Strategien im Kommunikationsverhalten des Patienten sind als problematisch einzuschätzen?
- Welche Therapieziele lassen sich entsprechend für die Desensibilisierung formulieren?
- Wie wirken sich bewusst modifizierte Aspekte im eigenen Kommunikations- / Interaktionsstil auf den Therapieprozess aus?

Anspruch dieser Arbeit ist es nicht, quantitative Belege im Sinne einer möglichst umfangreichen empirischen Datensammlung für die Zielführung zu liefern. Viel mehr werden im Rahmen dieser Einzelfallstudie fundierte und differenzierte qualitative Veränderungen im Detail dokumentiert, analysiert und im Hinblick auf ihre Bedeutung für den weiteren Therapieprozess und -erfolg hinreichend diskutiert und interpretiert



## **2. Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Die Desensibilisierungsphase im Konzept der Stottermodifikation nach Charles Van Riper**

In den 1930er Jahren postulierten Charles Van Riper et al. an der University of Iowa die Stottermodifikation als neues Therapiekonzept in der Redeflusstherapie. Theoretischer Ausgangspunkt dieses Therapieansatzes stellt die Hypothese dar, „(...), dass der Großteil der Abnormität des Stotterns aus Verhaltensweisen [besteht], die Reaktionen auf die Bedrohung durch oder die Erfahrungen von Unterbrechungen des kontinuierlichen flüssigen Sprechens sind.“ (Van Riper, 1986, S. 7). Er sieht also jegliche Form von Begleitsymptomatik als erlernte oder konditionierte Verhaltensweisen an, um auf den sprecherischen Kontrollverlust zu reagieren. Daher werden im Wesentlichen zwei Zielsetzungen verfolgt: die Reduktion von auf das Sprechen bezogenen Ängsten und Schamgefühlen, sowie das Sprechverhalten so zu modifizieren, dass es die verbale Kommunikation weniger stark beeinflusst.

Sheedan (1970) und Wendtland (1992) entwickelten diesen Gedanken weiter, indem sie die das Konzept als Non-Avoidance-Ansatz auslegten. Hierbei wird die Relevanz der Desensibilisierungsphase offensichtlich: das Vermeiden des Stotterns eröffnet gewissermaßen einen Teufelskreis aus auf das Stottern bezogenen Ängsten und daraus resultierendem weiteren Vermeideverhalten. Durch die Desensibilisierungsarbeit innerhalb der Stottermodifikation nach Van Riper „sollen demzufolge das Vermeidungsverhalten abgebaut und gleichzeitig negative Einstellungen gegenüber dem Sprechen reduziert werden.“ (Natke, 2002 / 2005, S. 83).

Neben diesem Hauptziel rücken weitere Teilziele in den Vordergrund. Zunächst ist die Konfrontation mit dem eigenen Stottern unerlässlich. Darüber soll ein gelassenerer und offenerer Umgang mit den eigentlichen Kernsymptomen, sowie gegenüber den Reaktionen der Umwelt auf das Stottern erreicht werden. Über „(...) die Konfrontation mit der Störung selbst (...)“ (Van Riper, 1986) werden also im Wesentlichen zwei Effekte

angestrebt: zum Einen die Enttabuisierung der Sprechstörung generell und zum Anderen die Erhöhung der Toleranzschwelle für den sprechmotorischen Kontrollverlust durch die Kernsymptomatik, die sekundär eine Abbau der Begleitsymptomatik in Form von Vermeide-, Aufschub-, oder Fluchtverhalten und der muskulärer Anspannung bewirkt.

Geleistet wird dies im Wesentlichen mittels zwei übergeordneter methodischer Interventionsmöglichkeiten: dem Erlernen der Technik des Pseudostotterns oder dem bewussten und absichtlichen Zulassen des primären Stotterns im sogenannten In-Vivo-Training. Durch dieses Mittel können die auf das Stottern bezogenen Ängste kontrolliert und reguliert werden, indem mithilfe eines individuell hierarchisch gestaffelten Konfrontationstrainings die auslösenden Momente der Ängste im Sinne einer Exposition bewusst gesucht, trainiert und ausgehalten werden. Dies umfasst beispielsweise Telefontraining, das Ansprechen von fremden Personen in gehäufter Anzahl oder auch das Sprechen vor Publikum und die damit einhergehende Konfrontation mit den Zuhörerreaktionen.

Pseudostottern wirkt als servotherapeutische Methode zusätzlich enttabuisierend, verfolgt aber in erster Linie die Zielsetzung, die propriozeptive Kontrolle während des Sprechens zu schulen, um die auditiven Rückkopplungsprozesse zu umgehen, weil „(...) es so aussieht, als ob das Versagen des auditiven Verarbeitungssystems die Grundstörung [des Stotterns] hervorruft.“ (Van Riper, 1986, S. 3)

Es wird in der Art angewandt, dass der Stotterer Symptome absichtlich produzieren soll, die den echten Kernsymptomen möglichst ähnlich sind, allerdings ohne Anspannung und unter Ausschluss jeglichen Begleitverhaltens. Das Einbeziehen des Pseudostotterns in das weitere In-Vivo-Training macht zur Enttabuisierung individuell nur dann Sinn, wenn der jeweilige Stotterer nur sehr wenige und kurze Kernsymptome zeigt. Andernfalls steht die echte Kernsymptomatik im Vordergrund.

„In the desensitization phase, they [the stutterers] practice calming themselves while stuttering and performing their blocks without shame and panic.“ (Bloodstein, 1993, S. 161).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Angst und die Scham vor dem Stottern in den meisten Fällen als deutlich belastender erlebt werden, als das eigentliche Stottern selbst. Daher zeigt sich eine kleinschrittige, patientenorientierte und effektive Desensibilisierungsarbeit als elementarer Bestandteil für das weitere Vorgehen in der Therapie, vor allem auch deswegen, weil die Patienten sonst Gefahr laufen, die in der anschließenden Phase erlernten Modifikationstechniken als Vermeidungsverhalten umzudeuten.

## **2.2 Zentrale Begriffe der Transaktionsanalyse nach Eric Berne**

„Die Transaktionsanalyse ist eine Theorie der menschlichen Persönlichkeit und zugleich eine Richtung der Psychotherapie, die darauf abzielt, sowohl die Entwicklung wie auch Veränderungen der Persönlichkeit zu fördern.“ (Stewart, Joines, 1990, S. 23).

Als psychotherapeutische Richtung wurde die Transaktionsanalyse Mitte der 50er Jahre durch den Psychiater Eric Berne begründet. Mit seiner Theorie wurden einige neue Ansätze laut. Zunächst betrachtet Berne Therapeut und Klient als gleichberechtigte Partner innerhalb der Zusammenarbeit. Dies sichert er durch die sogenannte „Vertragsarbeit“ ab. Somit werden gemeinsame Zielsetzungen und wechselseitig Verantwortlichkeiten festgehalten. Diesbezüglich strebte Berne weiterhin an, dass die methodischen Begrifflichkeiten der Transaktionsanalyse auch für Laien gut verständlich sein müssen. Ferner spielt die Selbstreflexion des Therapeuten eine übergeordnete Rolle, insofern, dass im Therapieprozess immer eruiert wird, inwieweit Emotionen und intuitive Reaktionen des Therapeuten die nötige Distanz zum Klienten beschränken. Hierfür wurden eigens Ethikrichtlinien entworfen.

Konkret zeigt sich die praktische Umsetzung dieser ethischen Leitsätze durch die Präferenz der existenziellen Grundposition „Ich bin okay, du bist okay“ (vgl. Gührs, Nowak, 2006, S. 68), die den Bezugsrahmen für die therapeutischen Kommunikation und Interaktion stellt. In Anwendung dieser Grundhaltung fühlen sich beide Kommunikationspartner weder über-, noch unterlegen und es besteht kein Anlass zur Manipulation. Beide übernehmen Verantwortung für sich selbst, wobei der Therapeut immer

die professionelle Verantwortung für den Patienten trägt. Man gesteht sich und dem Gesprächspartner somit auch ein, Fehler zu machen. Eine solche Grundhaltung wirkt sich förderlich und begünstigend auf eine effektive Kommunikation und Zusammenarbeit aus.

Grundlegend für die Transaktionsanalyse steht außerdem das Modell der Ich-Zustände nach Berne. Es veranschaulicht, in welcher Form ein Mensch seiner Persönlichkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt Ausdruck verleiht. Berne definiert einen Ich-Zustand als „(...) die Gesamtheit von zusammenhängenden Verhaltensweisen, Denkmustern und Gefühlen.“ (Stewart, Joines, 1990, S.24), die als Ausdruck der menschlichen Persönlichkeit gesehen werden können. Berne unterscheidet in der Analyse der Ich-Zustände nach Funktion und Struktur, indem er jeweils eine andere Matrix anlegt. Mithilfe des funktionellen Modells lassen sich basal drei Ich-Zustände unterteilen.

Im Zentrum steht das Erwachsenen-Ich (ER). Darunter subsummiert Berne alle Verhaltensweisen, Gedanken und Emotionen, die in direkter Konsequenz und Reaktion auf Geschehnisse in der realen Gegenwart ihre Anwendung finden und unter der Nutzung aller Möglichkeiten, die einem erwachsenen Menschen zur Verfügung stehen, auftreten. Der Eltern-Ich-Zustand (EL) umfasst hingegen alle Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle, die man von Eltern und engen Bezugspersonen übernommen hat. Analog finden sich Denkmuster, Gefühle und Verhaltensweisen, die man in der Kindheit gezeigt hat und die in der Gegenwart wieder auftreten, im Kind-Ich (K) wieder. Das Funktionsmodell beschäftigt sich mit den interpersonellen Prozessen oder mit der Frage, wie sich die einzelnen Ich-Zustände im Kommunikationsprozess bemerkbar machen. EL und K können im Einzelnen noch weiter differenziert werden.

Zunächst spricht man vom positiv-kritischen oder kontrollierenden EL, wenn Mitmenschen elterlich anmutende Gebote auferlegt werden, die aber als oberstes Ziel deren Schutz und Förderung verfolgen. Im Gegensatz dazu äußern sich im negativ-kritischen und kontrollierenden EL abwertende Verhaltensweisen. Eine weitere Komponente dieses Ich-Zustandes stellt das fürsorgliche oder nährendes EL dar. Im positiven

Sinne zeigt es sich sorgend, helfend und kümmernd aus ehrlichem Respekt der betreffenden Person gegenüber. Im negativen Sinne findet eine Überbehütung, Bevormundung oder sogar eine Entmündigung aus einer Überlegenheitsposition heraus statt.

Auch im Kind-Ich versammeln sich unterschiedliche Ausprägungen ein und desselben Ich-Zustandes. Im freien K zeigt sich der Erwachsene bestenfalls sehr selbstbestimmt und lässt sich in seinem Tun und seinen Emotionen im Sinne einer freien und individuellen Selbstverwirklichung nicht durch elterliche Regeln begrenzen. Eher negativ besetzt zeigt sich das ungehemmte Ausleben kindlich-individueller Bedürfnisse und Verhaltensweisen auf Kosten der sozialen Konsequenzen und mit einer zu starken Gewichtung egoistischer Vorstellungen. Kindlich anmutende Verhaltensweisen zeigen sich aber auch angepasst oder rebellisch. Dann spricht man vom positiv angepassten beziehungsweise negativ angepassten oder rebellischen K. Zeigt man sich angepasst, indem soziale Regeln und Normen unbewusst befolgt werden, die sich für die eigene Person und unsere Mitmenschen als produktiv erweisen, dann spricht man vom positiv-angepassten K. Wohingegen Verhaltensweisen, die ehemals in Reaktion auf elterliche Erwartungen gezeigt wurden und im Erwachsenen-Dasein nicht mehr angemessen sind, als solche im negativ-angepassten oder rebellischen K vorhanden sind.

Innerhalb einer effektiven und konstruktiven Gesprächsführung werden bestimmte Ich-Zustände stärker favorisiert als andere. Dies betrifft vor allem die positiven Anteile des nährenden EL, des ER und des freien K. Diese produktiven Ich-Zustände sind besonders dann stark wirksam, „(...), wenn es um Konfliktbewältigung, Kooperation, Konsensfindung oder um eine persönliche Entscheidung geht, (...)“ (Gührs, Nowak, 2006, S.111).

Die genaue funktionelle Aufschlüsselung der interpersonell wirksamen Eigenschaften der Ich-Zustände erleichtert vor allem eine verhaltensbezogene und soziale Einordnung des Kommunikations- und Interaktionsstils einer Person.

Hingegen beschäftigt sich die strukturelle Analyse der Ich-Zustände mit den intrapersonellen oder intrapsychischen Aspekten, also mit der Frage nach dem Inhalt, beziehungsweise den Introjekten der verschiedenen Ich-Zustände. Diese werden innerhalb einer Kommunikation weniger auf den ersten Blick ersichtlich, da es sich um innere Prozesse handelt, die in Form von Erinnerungen und Strategien im Unterbewusstsein gespeichert sind. Somit liegt der Fokus eher auf einer lebensgeschichtlichen oder phänomenologischen Diagnosestellung.

Die genaue Trennung zwischen diesen beiden Modellen ist unmittelbar wichtig, da die Untersuchung zwischenmenschlichen Verhaltens und Umgangs, sowie der Einfluss des eigenen Kommunikations- und Interaktionsstils auf den des Gegenübers die Anwendung des funktionellen Modells erfordert, während das Strukturmodell zweiter Ordnung lediglich offenlegen will, „(...), was im Einzelnen innerlich abläuft.“ (Stewart, Joines, 1990, S. 69). Letzteres ist also für die Zielführung dieser Arbeit nicht geeignet, da die interpersonelle Relevanz verloren geht.

Ein weiterer zentraler Begriff des transaktionsanalytischen Arbeitens ist der der Transaktion. Sie bezeichnet nach Stewart und Joines (1990) eine Kommunikation zwischen zwei Menschen, innerhalb welcher beide Gesprächspartner aus einem bestimmten Ich-Zustand heraus mit dem Gegenüber interagieren oder kommunizieren. „Die Verwendung des Ich-Zustands-Modells zur Analyse einer Folge von Transaktionen wird Transaktionsanalyse im engeren Sinn genannt.“ (Stewart, Joines, 1990, S. 25).

Die einfachste Form der Transaktion bildet die Komplementär- oder Paralleltransaktion. Hierbei reagiert der Kommunikationspartner aus dem durch den Stimulus angesprochenen Ich-Zustand heraus, die Vektoren im funktionalen Diagramm verlaufen also parallel. Diese Transaktion eignet sich besonders gut zur Kontaktaufnahme, da der Gesprächspartner durch die Reaktion auf der gleichen Ebene verstanden und ernst genommen fühlt.

Sofern der Kommunikationspartner aus einem Ich-Zustand heraus reagiert, der von dem abweicht, welcher durch den Stimulus angesprochen wurde, spricht man von einer (Über-) Kreuztransaktion. In der funktionellen Matrix kreuzen sich die Vektoren entsprechend. Folglich wird der Kommunikationsfluss unterbrochen, gestört oder mittels eines Perspektivenwechsels thematisch in eine andere Richtung gelenkt. Solch ein Wechsel der Ich-Zustände ist für das Ansprechen der gesamten Persönlichkeit eines Menschen unerlässlich. Wird dies bewusst durch den Therapeuten initiiert, spricht man von therapeutischer Kreuztransaktion. Hierbei wird der Therapeut vorwiegend aus dem ER kreuzen, um das Gespräch nicht zur Eskalation zu führen.

Weiterhin existiert die Möglichkeit, dass der Sender simultan zwei Botschaften auf verschiedenen Ebenen an den Empfänger sendet. Somit kommuniziert er doppelbödig. Man spricht dann auch von latenten oder verdeckten Transaktionen. Während die offene Botschaft auf der sozialen Ebene in der Regel von ER zu ER gesendet wird, erreicht die verdeckte oder latente Botschaft den Empfänger auf der psychologischen Ebene. In diesem Fall wird der Stimulus von EL zu K oder umgekehrt gesendet. Im Falle der verdeckten Transaktion unterscheidet man im Einzelnen zwei Typen genauer. Der Duplex-Typ wird auch als Eigenkreuzung bezeichnet, „(...)“, weil die verdeckt übermittelte psychologische Botschaft die eigene ausgesprochene Botschaft auf der sozialen Ebene kreuzt.“ (Stewart, Joines, 1990, S.109). Im zweiten Fall bilden die Botschaften auf der psychologischen und der sozialen Ebene einen Winkel im Diagramm, daher wird diese Unterform als angulärer Typ oder Winkeltransaktion bezeichnet. Im Regelfall erfolgt der offene Stimulus von ER zu ER, der verdeckte, psychologische Stimulus richtet sich aus dem EL an das K. Als Paradebeispiel für diesen Typus lassen sich manipulative Beratungs- und Verkaufsgespräche anführen.

Eine letzte Subgruppe stellt die der redefinierenden oder umdeutenden Transaktionen dar. Diese greifen immer dann, wenn reale Ereignisse die eigene, subjektive Lebenswirklichkeit, das persönliche Lebensskript beschädigen könnten. Durch das Umbewerten der jeweiligen Lebens-

situation kommt es zu einer „Verzerrung der Wahrnehmung der Realität“ (Stewart, Joines, 1990, S. 26). Dies macht sich entweder über das Aneinander-Vorbei-Reden oder das Blockieren bestimmter kommunikativer Stimuli bemerkbar. Ersteres bezeichnet Berne als Tangentialtransaktion, da sich Stimulus und Reaktion nicht auf die gleichen Inhalte beziehen oder aus einem anderen Blickwinkel heraus reagiert wird. Im zweiten Fall liegt eine blockierende Transaktion vor. Der Sachverhalt, der durch den Stimulus angestoßen wurde, wird durch die Reaktion verneint oder sogar blockiert. Daher sind längere Abfolgen von blockierenden Transaktionen sehr unwahrscheinlich.

Aber auch Redefinitionen können therapeutisch wirksam genutzt werden, um einen Perspektivenwechsel zu initiieren. Über das bewusste Missverstehen von Botschaften ergeben sich neue Sichtweisen auf Probleme.

### **2.3 Der konzeptuelle Zusammenhang zwischen der Desensibilisierungsarbeit in der Stottertherapie mit Erwachsenen und der Anwendung des kommunikationsanalytischen psychotherapeutischen Verfahrens der Transaktionsanalyse**

Desensibilisierung meint im eigentlichen Sinne des lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischen Paradigmas in der klinisch angewandten Psychologie die konsequente Exposition oder Konfrontation mit dem Angstgegenstand. Hierbei wird davon ausgegangen, dass durch Entkoppelung von konditioniertem Stimulus und konditionierter Reaktion, der konditionierte Stimulus wieder zu einem neutralen Stimulus oder Reiz umgewandelt wird. Somit ist es möglich, dass ein Stotterer mithilfe einer gewissenhaften Exposition mit durch das Stottern stark belasteten Sprechsituationen, die auf das Stottern bezogene Angst deutlich verringern kann.

Nach der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) nach Ellis und Joffe Ellis

„ (...), liegt der Schlüssel zu Verständnis und Überwindung von Störungen [wie zum Beispiel Ängsten] darin, irrationale Überzeugungen zu identifizieren und herauszufinden, wie sie Unglücklichsein und Störungen erzeugen und aufrechterhalten, sie zu disputieren und Überzeugungen zu rationalem, sich



selbst helfenden und lebensbejahenden Überzeugungen umzudenken und umzuformulieren.“ (Ellis, Joffe Ellis, 2012, S. 26).

Dieses stark analytische, verhaltenstherapeutisch inspirierte Vorgehen im Setting einer logopädischen Stottertherapie setzt zuallererst eine präzise und differenzierte Selbstwahrnehmung des Stotterers voraus. Weiterhin bedarf es eines klaren, sachlich-neutralen Kommunikationsstils in der Interaktion zwischen Patient und Therapeut, um eine effiziente und kleinschrittige Untersuchung der eigenen Gefühle, Gedanken, Überzeugungen, Bewertungen und Verhaltensweisen sicher zu stellen.

In diesem Zusammenhang sei auch besonders auf Zückner verwiesen, der mit seinem Therapieansatz „Intensivmodifikation Stottern“<sup>2</sup> im Rahmen von „additiven Desensibilisierungsmaßnahmen“ (vgl. Zückner, 2009, S. 76) ebenfalls Elemente aus der Kognitiven Verhaltenstherapie aufgreift und in die Desensibilisierungsarbeit mit Stotterern einfließen lässt. Er verfolgt damit das Anliegen, die Effektivität dieser Therapiephase auch bei Stotterern zu gewährleisten, bei denen das gängige Vorgehen nach Van Riper nicht ausreicht, um adäquat gegen auf das Stottern bezogene Ängste und dysfunktionale Kognitionen zu desensibilisieren. Die Zielsetzung, Querverbindungen zwischen ausgewählten Methoden aus der Psychotherapie und der logopädischen Therapie bei Stotterpatienten zu ziehen, ist folglich keine neue Idee, sondern bereits in Theorie und Praxis zur Anwendung gekommen.

Die Transaktionsanalyse als weiteres psychotherapeutisches Verfahren betont in ihrer Anwendung die Reflexion und die differenzierte Umsetzung des Kommunikationsverhaltens von Therapeut und Patient im gemeinsamen Interaktionsprozess. Dieser Gedanke findet seine Analogie in der REVT genauso, wie in der leicht abgewandelten und auf das Stottern angepassten Situationsanalyse nach Wendlandt. Um im Wesentlichen einen tiefen Analyseprozess von Überzeugungen, Gefühlen und Verhaltensweisen zu gewährleisten, die ihrerseits zu bestimmten Widrigkeiten und negativen Konsequenzen führen, muss effektiv und klar

---

2 Hartmut Zückner. Intensivmodifikation Stottern: Die Desensibilisierung. Informationen für Therapeuten. 1. Auflage (2009). Natke Verlag. Neuss.

kommuniziert werden. Dies ist aber nur dann tatsächlich umsetzbar, wenn der Therapeut sich seines eigenen Kommunikations- und Interaktionsstils bewusst ist, sich die Konsequenzen auf das Kommunikationsverhalten des Patienten transparent macht und ungünstige Verhaltensweisen entsprechend modifiziert.

An diesem Punkt offenbart sich das Bindeglied zum praktischen Anwendungsgebiet der Transaktionsanalyse, die „(...) affektive, behaviorale und cognitive [sic!] Ansätze integriert.“ (Hennig, Pelz, 1997, S. 182). Somit liegt der Schlüssel zu einer effektiven Bestandsaufnahme der zu desensibilisierenden Faktoren mit dem Schwerpunkt auf den kognitiven Techniken im situationsadäquaten Kommunikationsverhalten des Stotterers und des Logopäden. Hilfsmittel dafür liefert der methodische Unterbau der Transaktionsanalyse.

### **3. Methodik**

#### **3.1 Durchführung einer Einzelfallstudie**

Das methodische Vorgehen dieser Arbeit erfordert zunächst die Auswahl eines geeigneten Probanden. Folgende Kriterien werden hierfür angelegt:

- Der Patient ist erwachsen.
- Es wurde die Diagnose chronisches, idiopathisches Stottern gestellt.
- Innerhalb der logopädischen Redeflusstherapie wird aktuell an der Desensibilisierung gearbeitet.
- Die Desensibilisierungsarbeit gestaltet sich als schwierig und es sind zusätzliche Maßnahmen notwendig, um diese Therapiephase effektiv abzuschließen.

Sämtliche Kriterien treffen auf Patientin P zu, die sich bereits seit 15.05.2012 an der Berufsfachschule für Logopädie Würzburg in Therapie befindet. Im Zuge der Facharbeit wird diese Patientin für einen Zeitraum

von 10 bis 15 Therapiesitzungen übernommen. Die logopädische Betreuung erfolgt jeweils einmal pro Woche im Rahmen einer 45-minütigen Therapiesitzung. Jede Therapiestunde wird über die fest installierte Kamera im Therapieraum aufgenommen und entsprechend digitalisiert um im Folgenden als Anschauungsmaterial für die therapeutische Selbstreflexion und das Erstellen von Transkripten zu dienen. Zusätzlich erfolgt die an der BFS übliche Therapiedokumentation.

### **3.2 Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten mithilfe der Transaktionsanalyse nach Berne**

Mithilfe der DVD-Aufnahmen werden exemplarische Transkripte zu besonders aussagekräftigen Transaktionsketten angefertigt. Die Notation der Kommunikation zwischen Therapeutin und Patientin P erfolgt wortlautgetreu. Nach Bedarf werden mimische, gestische, sowie konnotative Auffälligkeiten zusätzlich festgehalten. Um die Gesprächsausschnitte auch ohne die parallel vorliegende Aufnahmen im situativen Rahmen erfassen zu können, geht jeder im Transskript fixierten Situation eine kurze inhaltlich-beschreibende Einleitung voraus.

Basierend auf diesen ausgewählten Transskripten erfolgt die transaktionsanalytische Diagnosestellung bezüglich des therapeutischen Kommunikationsverhaltens, sowie des der Patientin mittels der funktionellen Analyse der Ich-Zustände nach Berne in zwei Teilschritten. Hierbei wird wiederum nach Transaktionen selektiert, die sich für den Kommunikationsprozess zwischen Therapeutin und Patientin als ungünstig oder unproduktiv erweisen. Im ersten Schritt werden diese ausgewählten Transaktionen rein schematisch in Anlehnung an die funktionelle Matrix graphisch analysiert. Als jeweilige Graphikunterschrift wird die betroffene Transaktion mit notiert. Im zweiten Schritt folgt eine exemplarische inhaltlich-funktionelle Analyse. Anschließend werden die Resultate der Analyse hinsichtlich ihrer Funktionalität für den therapeutischen Kommunikationsprozess und für das methodische Vorgehen innerhalb der Desensibilisierungsarbeit hinterfragt und interpretiert.

### **3.3 Gewichtung der Ergebnisse in der weiteren Therapieplanung**

Die Ergebnisse aus der rein qualitativen funktionellen Analyse werden im Verlauf entsprechend ihrer Relevanz für die weitere Therapieplanung gewichtet. Weiterhin werden Alternativen im Umgang mit ungünstigen Transaktionsmustern eruiert, Schwerpunkte für einen im Detail veränderten Interaktionsstil in der therapeutischen Anwendung gesetzt, sowie daraus resultierende neue Therapieziele formuliert. Diese sollen die bereits vorhandene Therapieplanung im Bereich der Desensibilisierungsarbeit ergänzen. Im Fokus steht hierbei die Frage, wie das Kommunikationsverhalten durch die Therapeutenhaltung möglichst positiv beeinflusst werden kann.

Darüber hinaus werden transaktionsanalytische Arbeitsweisen in Erwägung gezogen, die als potenzielle Interventionsmöglichkeiten im Therapiesetting zusätzlich zur Anwendung kommen können.

In einem abschließenden Schritt werden der Einfluss des veränderten therapeutischen Kommunikationsverhaltens auf den Therapieerfolg der Patientin innerhalb der Desensibilisierungsphase durch einen differenzierten qualitativen Vergleich anhand der fortlaufenden Transkription, sowie der funktionellen Analyse in schematischer und inhaltlicher Form herausgestellt.

## **4. Untersuchungsergebnisse**

### **Ergebnisse und deren Interpretation aus der funktionellen Analyse der Ich-Zustände**

Aus der funktionellen Betrachtungsweise<sup>3</sup> ist ersichtlich, dass Therapeutin und Patientin in ihrem Kommunikationsverhalten immer wieder bestimmte

---

<sup>3</sup> vgl. fortlaufende Transkripte und funktionale schematische und inhaltliche Analyse im Anhang

Verhaltensweisen zeigen, die die Abfolge an Komplementärtransaktionen unterbrechen. Diese gilt es im Folgenden näher zu beleuchten und im Hinblick auf deren Funktionalität für den Therapieprozess entsprechend zu interpretieren.

#### Wie lässt sich das Kommunikationsverhalten der Therapeutin einordnen?

Die DVD-Aufnahmen der ersten drei Therapiesitzungen zeigen überwiegend eine Kommunikationsinitiation auf sachlich-neutraler Ebene aus dem ER. Es überwiegt die Anregung von Komplementärtransaktionen.

Gemäß den Ergebnissen aus der exemplarischen Transaktionsanalyse nach dem Funktionsmodell sind allerdings auch immer wieder abweichende Transaktionsmuster beobachtbar. Darunter tritt im Vergleich zu den übrigen Transaktionsarten insbesondere die verdeckte Transaktion gehäuft auf. Die Therapeutin kommuniziert von Zeit zu Zeit verdeckt und sendet somit unbewusst doppelbödige Botschaften an die Patientin. Hierbei fällt auf, dass der latente Stimulus auf der psychologisch-verdeckten Ebene in den meisten Fällen aus dem EL gesendet wird.

Eine weitere Transaktionsform, die hin und wieder im Kommunikationsverhalten der Therapeutin beobachtbar ist, ist die Tangentialtransaktion. Durch die Umdeutung oder Redefinition des Inhaltes der vorangegangenen Aussage entsteht bei eingehender Beobachtung der Eindruck des „Aneinander-Vorbei-Redens“, da die Reaktion auf den Stimulus nicht aus demselben Bezugsrahmen heraus geschieht.

#### Welche Auswirkungen hat es auf das Kommunikationsverhalten der Patientin?

Sofern die Patientin aus dem ER angesprochen wird, reagiert sie aus eben diesem Ich-Zustand und die parallelen Transaktionen können ungehindert fortgeführt werden.

Im Falle einer latenten Stimulation aus dem EL der Therapeutin reagiert sie überwiegend aus dem angepassten K heraus, unabhängig davon, ob der kritisch-normative Teil oder der fürsorglich-nährende Teil des EL für den latenten Stimulus auf der psychologischen Ebene verantwortlich ist.

Wenn die Therapeutin dem Stimulus der Patientin mit einer tangentialen Reaktion begegnet, benötigt die Patientin zumeist eine klärende, komplementäre Reaktion in Form eines Perspektivenwechsels aus demselben Ich-Zustand (ER), um ihrerseits adäquat auf die Aussage der Therapeutin reagieren zu können.

Welche Verhaltensweisen und Strategien im Kommunikationsverhalten der Patientin sind als problematisch einzuschätzen?

Auffällig ist die Tatsache, dass die Patientin ihrerseits ebenfalls häufig verdeckt kommuniziert, das heißt, doppelbödige Transaktionen initiiert. Analog zur Besetzung der Ich-Zustände bei durch die Therapeutin ausgelösten verdeckten Transaktionen, sendet die Patientin die verdeckte Botschaft vor allem aus dem angepassten K an das EL der Therapeutin. Diese Beobachtung ist insofern als dysfunktional oder problematisch einzuschätzen, da sie die Gefahr für die Eröffnung eines psychologischen oder manipulativen Spiels birgt, denn „Spieleinladungen erfolgen in Gestalt von Abwertungen und / oder verdeckten Transaktionen.“ (Gührs, Nowak, 2006, S.141). Spiele haben zwar in der Regel verschiedene Nutzeffekte, zeichnen sich jedoch laut Stewart und Joines (1990) in erster Linie dadurch aus, dass im Endeffekt beide Beteiligten abgewertet, beziehungsweise discountet werden. Des Weiteren ist ein Hauptziel der Desensibilisierungsarbeit nach Van Riper die Enttabuisierung des Stotterns durch „(...) die Konfrontation mit der Störung selbst.“ (Van Riper, 1986, S. 76). Das tabulose Thematisieren eines Defizits beinhaltet jedoch im Allgemeinen unbedingt eine offene Kommunikationsform. Das Verwenden latenter Transaktionen kann aber nie als offene Kommunikation gewertet werden, da neben der offenen Botschaft auf der sozialen Ebene die Fortführung der Kommunikation maßgeblich durch die verdeckte Botschaft auf der psychologischen Ebene bestimmt wird: die dritte Kommunikationsregel nach Berne besagt, dass „Der weitere Verlauf einer Kommunikation (...) im Rahmen einer verdeckten Transaktion auf der psychologischen und nicht auf der sozialen Ebene entschieden [wird].“ (Stewart, Joines, 1990, S.110).

Darüber hinaus zeigt die Patientin in Situationen, in denen sie durch die Fragen der Therapeutin irritiert ist oder deren Intention missverständlich auffasst, gelegentlich Überkreuztransaktionen. „Durch das Kreuzen ist die Kommunikation behindert und kann nur dann ungestört fortgeführt werden, sofern ein oder beide Kommunikationspartner den Ich-Zustand wechseln.“ (Stewart, Joines, 1990, S. 106). Dies ist aber nicht ausschließlich als negativer Störfaktor einzuordnen, sondern kann dem Gespräch auch einfach eine neue Wendung geben. Wichtig ist es, offen zu legen, ob eine Projektion oder Übertragung im psychologischen Sinne vorliegt. In diesem Fall wäre davon auszugehen, dass der Empfänger den Sender in einen anderen Ich-Zustand einordnet und die Reaktion daher aus Sicht des Empfängers „(...) vermeintlich parallel (...)“ (Hennig, Pelz, 1997, S. 45) verläuft. Somit sind aber Missverständnisse vorprogrammiert und es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass verdeckt, also doppelbödig weiter kommuniziert wird, womit wiederum ungünstige Bedingungen für eine effektive Desensibilisierungsarbeit vorlägen.

### **Gewichtung der Ergebnisse**

Auf Basis der Ergebnisse aus der funktionellen Analyse der Ich-Zustände, sowie deren Interpretation in Hinblick auf die Auswirkungen im Therapiegesehen ergeben sich einige Änderungsvorschläge für das therapeutische Kommunikationsverhalten und es lassen sich bestimmte zielorientierte Strategien finden, um auch das Kommunikationsverhalten der Patientin positiv zu beeinflussen.

Zunächst gilt es doppelbödige Transaktionen nach Möglichkeit zu vermeiden. Dies betrifft insbesondere das analytische Arbeiten mit dem ABC-Schema zur Eruiierung etwaiger dysfunktionaler Denkmuster und Bewertungssysteme, die sich negativ auf das Stottern auswirken. Mittels der Kommunikation über offene Botschaften kann es sehr viel leichter gelingen, zu logisch-analytischen Schlussfolgerungen zu kommen, die für die kognitive Umstrukturierung in Anlehnung an die rational-emotive Verhaltenstherapie von Nöten sind.

Sofern die Patientin verdeckt kommuniziert, stehen im Wesentlichen zwei Möglichkeiten zur Auswahl, um ihr dies so einfach wie möglich bewusst zu machen: es ist zum einen möglich, „die doppelbödige Kommunikation [zu] konfrontieren“ (Gühns, Nowak, 2006, S. 131), oder „zu einer direkten Botschaft auf[zufordern“ (Gühns, Nowak, 2006, S. 131). Ersteres bedarf vor allem der therapeutischen Kompetenz, gezielte und klare Fragen aus dem Erwachsenen-Ich an die Patientin zu richten. Letzteres erfordert ebenfalls Transparenz in der Formulierung des Anliegens, sowie Differenziertheit im Feedback, um weiteren Missverständnissen vorzubeugen. Eine weitere Möglichkeit im Umgang mit verdeckten, psychologischen Botschaften stellt die therapeutische Kreuztransaktion aus den produktiven Ich-Zuständen dar. Darunter subsumieren Gühns und Nowak in erster Linie das ER, aber auch das freie K und das nährendes EL (vgl. Gühns, Nowak, 2006, S. 111). Man kann den „(...) Gesprächspartner einladen, in einen produktiven Ich-Zustand zu wechseln“ (Gühns, Nowak, 2006, S. 128) und hat auf diese Weise ein effektives Mittel an der Hand, um das Fortführen des Austausches latenter Botschaften zu stoppen. Das Besetzen dieser produktiven Ich-Zustände stellt zudem eine Erleichterung dar, wenn es darum geht, zu einem gemeinsamen Konsens zu kommen oder persönliche Konflikte zu lösen. Dies ist in der intensivierten Desensibilisierungsarbeit durch das Hinterfragen und Aufdecken eigener, innerer Haltungen, Kognitionen und Bewertungen in jedem Fall gegeben oder auch bei der Erforschung von Kausalitäten für die individuelle Begleitsymptomatik des stotternden Patienten von Belang.

Des Weiteren sollte ein besonderes Augenmerk auf der Verwendung des ER im Gespräch liegen. Dieser Punkt macht sich vor allem im Rahmen einer effektiven Vertragsarbeit zwischen Therapeutin und Patientin bemerkbar, die wiederum den Grundstein für eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Zielführung für die Stottertherapie legt. Hierfür ist „(...) die Betonung der klaren Wahrnehmung der inneren und äußeren Situation, das Bewußtsein (sic!) für die eigene Aktivität und die Folgen des Verhaltens“ (Hennig, Pelz, 1997, S. 173) unabdingbar, die das ER auszeichnen. Dies beinhaltet ferner, Redefinitionen ausschließlich dann in therapeutischer Funktion zu verwenden, wenn deren Einsatz darauf



abzielt, eindimensionalen Gesprächen eine neue Wendung zu geben. Beispielweise fällt es der Patientin partiell immer noch sehr schwer, im Rahmen des In-Vivo-Trainings in englischer Sprache kleine Teilerfolge wahrzunehmen und diese in positiver Art und Weise für sich zu formulieren. Hier kann sich das inhaltliche Umdeuten oder auch das bewusste Missverstehen einer Botschaft als sinnvoll gestalten, um der Patientin die Erreichung eines Teilziels bewusst zu machen. Bisweilen sollte man in diesem Fall aber „den unterschiedlichen Bezugsrahmen thematisieren“ (Gührs, Nowak, 2006, S. 199) um trotzdem ausreichend Transparenz und Realitätsbezug zu gewährleisten.

Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit, der ersten Transaktion, die zur Kontaktaufnahme mit der Patientin zu Anfang einer Therapiesitzung abläuft, einen besonderen Stellenwert beizumessen. Mittels der bewussten Steuerung und besonders intensiven Beobachtung der sogenannten „Initialtransaktion“, (vgl. Hennig, Pelz, 1997, S. 178) lassen sich viele Informationen über die aktuelle Besetzung der Ich-Zustände durch die Patientin erfahren, aber auch Rückschlüsse über mögliche ungünstige Transaktionsmuster ziehen, sowie auf der Grundlage dieser Beobachtungen das eigene Kommunikationsverhalten im Verlauf der Sitzung entsprechend ausrichten. Hier macht es außerdem Sinn, nach Möglichkeit alle produktiven Ich-Zustände anzusprechen, um die kommunikative Flexibilität des Gegenübers anzuregen.

„In Beratung und Psychotherapie ist die parallele Kommunikationsform besonders wichtig, wenn der Klient sich verstanden fühlen soll. Dies gilt ganz besonders für die Eröffnung von Gesprächen und die Rückformulierung bei vermuteten Missverständnissen.“ (Hennig, Pelz, 1997, S. 175)

Daher sollte die bereits beobachtete therapeutische Grundtendenz, im Gespräch mit der Patientin möglichst die Parallel-Transaktion zu fokussieren, definitiv beibehalten werden.

In Anlehnung an das transaktionsanalytische Arbeiten nach Berne kristallisieren sich einige Methoden zur gezielten therapeutischen Intervention im Rahmen der Desensibilisierungsarbeit mit der Patientin zusätzlich als denkbar heraus.

Über den gezielten Einsatz von Vertragsarbeit wird zum einen die gemeinsame Zielformulierung für den Gegenstand der Therapie in den Fokus gestellt. Außerdem klärt der Behandlungsvertrag ganz grundlegend, welche Aufgaben, Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Bedingungen an Therapeut und Patient von beiden Seiten herangetragen werden. In der Stottertherapie mit Erwachsenen stellt dieser Punkt ein sehr wichtiges Kriterium für das Gelingen der Therapie dar. Letztlich ist der Stotterer selbst für das Ausmaß des Therapieerfolges verantwortlich. Im Gegenzug muss er vom Logopäden erwarten können, für das eigenverantwortliche Arbeiten das nötige Hintergrundwissen und entsprechende Methoden und Techniken an die Hand zu bekommen. Besonders in der Desensibilisierung wird dies sehr transparent: der Logopäde kann über die Vermittlung von Hintergrundwissen und die Wahrnehmungsausrichtung nur zur Konfrontation mit negativen Einstellungen, Emotionen und Bewertungen zum Stottern anregen, während der Stotterer sich selbst und in eigener Verantwortung, regelmäßig und konsequent über In-Vivo-Training mit der Sprechangst konfrontiert, um langfristig eine Enttabuisierung zu erreichen. Die patientenorientierte, kleinschrittige und realitätsnahe Zielformulierung, zum Beispiel in Form des Erstellens einer individuellen Angsthierarchie zum In-Vivo-Training, ermöglicht im Therapieverlauf immer wieder die Veranschaulichung der bereits erreichten Therapieerfolge. Ferner lässt sich so leichter ein Fazit darüber ziehen, ob die Vertragsgrundlage veränderungswürdig ist, oder ob noch an den Interessen des Patienten gearbeitet wird. Letzteres impliziert vorrangig die von Berne empfohlene existenzielle Grundhaltung, mit der Therapeut und Patient sich nach Möglichkeit begegnen sollten, um als möglichst gleichberechtigte Vertragspartner zusammen zu arbeiten: „Ich bin okay, Du bist okay“ (vgl. Gührs, Nowak, 2006, S. 68). Dies minimiert zudem das Risiko, über verdeckte Transaktionen die Rolle des Opfers oder Retters im Drama-Dreieck zu besetzen und somit auf psychologische Spiele einzusteigen.

Wahrnehmungsförderung repräsentiert sowohl in der klassischen Desensibilisierungsarbeit nach Van Riper als auch im transaktionsanalytischen Arbeiten einen möglichen methodischen Ansatz. Im Rahmen

der Servotherapie und des Erlernen des Pseudostotterns schult der der Stotterer seine taktil-kinästhetische Eigenwahrnehmung, sowie insbesondere die propriozeptive Kontrollfunktion während des Artikulationsvorgangs. Hennig und Pelz (1997) schlagen als weitere methodische Möglichkeit innerhalb der Transaktionsanalyse vor, dass der Patient über solche Mittel wie visuelle Kontrolle über das Spiegelbild, indirektes Feedback über eine Audioaufnahme oder direktes Feedback über den Therapeuten in seiner Eigenwahrnehmung gefördert wird. Dies lässt sich optimal mit dem servotherapeutischen Vorgehen vereinbaren und begünstigt beispielsweise auch eine differenzierte Analyse von Kern- und Begleitsymptomatik, für die eine gute Eigenwahrnehmung eine unerlässliche Voraussetzung darstellt.

Die Mikroanalyse dient in der Transaktionsanalyse als Verfahren, „(...) um Zusammenhänge exakt zu erfassen und damit auch oft schon eigene blockierende Interpretationen [und] Fehldeutungen (...) zu korrigieren.“ (Hennig, Pelz, 1997, S. 201). Diese Zielsetzung lässt sich genauso auf die Methode der kognitiven Umstrukturierung aus der rational emotiven Verhaltenstherapie übertragen, die Zückner in vereinfachter Form auch innerhalb seiner additiven therapeutischen Interventionen aufgreift (vgl. Zückner, 2009). In diesem Zusammenhang lassen sich Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen „(...) in Zeitlupe nacherleben und so wesentliche Zusatzinformationen zum Problemverständnis finden.“ (Hennig, Pelz, 1997, S. 202). Auch die Analyse des mehrdimensionalen Bedingungsgefüges nach W. Wendlandt macht sich diesen Effekt zu Nutze. Mithilfe der zeitlich verzögerten Reflexion über die durchlebte Sprechsituation werden die Beobachtungen zu den bereits genannten Parametern wie mit dem Blick durch eine Lupe zunehmend konkretisiert und analysiert.

Es ergeben sich in Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse aus Analyse und Interpretation die folgenden Zielformulierungen für das Therapeutenverhalten für den weiteren Therapieverlauf:

- Fokussierung des Eltern-Ichs in der Sender-Position

- Gewichtung der Initialtransaktion: Ansprechen aller produktiven Ich-Zustände
- Präferenz für Komplementär- / Paralleltransaktionen, insbesondere zur Festigung des Therapeuten-Patienten-Kontaktes
- Vermeidung von redefinierenden und verdeckten Transaktionen, es sei denn, diese werden bewusst zur therapeutischen Intervention eingesetzt
- Vertragsarbeit als festen Bestandteil in die Therapie integrieren
- Erprobung zusätzlicher transaktionsanalytischer Arbeitsweisen, die sich problemlos mit den Therapiezielen aus der Desensibilisierungsarbeit nach Van Riper kombinieren lassen

### **Auswertung des modifizierten therapeutischen Vorgehens im weiteren Therapieverlauf**

In den folgenden zehn Therapiesitzungen wurden nahezu alle Zielsetzungen für die Modifikation der therapeutischen Intervention erreicht. Die Erprobung zusätzlicher methodischer Elemente aus dem transaktionsanalytischen Arbeiten war bis auf den Punkt Vertragsarbeit nicht notwendig, um die qualitativ messbaren Fortschritte der Patientin innerhalb der vertiefenden Desensibilisierungsarbeit zu erreichen. Der Punkt Wahrnehmungsförderung wurde nicht explizit methodisch integriert, da durch das stark analytische und selbstreflektierende Arbeiten im Bereich der kognitiven Umstrukturierung bereits indirekt die Eigenwahrnehmung der Patientin gefordert und geschult wurde.

Mithilfe der konsequenten Dokumentation des weiteren Therapieverlaufs ließen sich die folgenden modifizierten Elemente im Therapeutenverhalten beobachten:

- Die Therapeutin verstärkte die bereits vorhandene Grundtendenz, Paralleltransaktionen aus dem Erwachsenen-Ich zu initiieren.
- Die Initialtransaktion zu Beginn der jeweiligen Sitzung wurde besonders stark gewichtet. Über das Ansprechen möglichst aller produktiven Ich-Zustände erhielt die Therapeutin die Gelegenheit, das aktuelle Befinden der Patientin möglichst ganzheitlich zu

erfassen, sowie kommunikative Auffälligkeiten bereits im Eingangsgespräch wahrzunehmen.

- Verdeckte Transaktionen wurden bis auf den gezielten Einsatz als therapeutisches Mittel komplett aus dem therapeutischen Kommunikationsstil herausgenommen.
- Die therapeutische Kreuztransaktion fand immer wieder dann Anwendung, wenn die Patientin dazu neigte, sich in die frühere angepasste und selbstunsichere Position zurückzufallen.

Zudem sind signifikante Veränderungen im Kommunikations- und Interaktionsverhalten der Patientin feststellbar:

- Die Patientin kommuniziert vorrangig aus dem Erwachsenen-Ich.
- Folglich gelingt es ihr besser, Botschaften von der sachlich-neutralen Ebene aus zu senden.
- Sofern sie anderer Meinung als die Therapeutin ist oder ein Missverständnis vorliegt, frequentiert sie deutlich häufiger die sachlich-neutrale Ebene als die latente Botschaft, um zu einer effektiven Klärung der Verhältnisse beizutragen und ihren eigenen Standpunkt selbstbewusst aber konstruktiv vorzubringen.
- Die Patientin interagiert insgesamt selbstbestimmter, selbstsicherer und wirkt in ihrem Verhalten weniger gehemmt.
- Die verbleibende Unsicherheit und Angepasstheit der Patientin, mit der sie im Alltag auf Konflikte und Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen reagiert, ist nicht als Folge der Sprechstörung zu sehen, sondern vielmehr als Persönlichkeitsmerkmal oder Charaktereigenschaft.

Folgende Fortschritte im Rahmen der Desensibilisierungsphase wurden inhaltlich erreicht:

- Die veränderte Präferenz der Patientin für die sachlich-neutrale Kommunikation aus dem Erwachsenen-Ich ermöglicht ihr eine differenzierte und profunde Analyse und Diskussion der eigenen Gefühle, Gedanken, Einstellungen und Bewertungen bezüglich ihres Stotterns in schwierigen Sprechsituationen.

- Es gelingt ihr selbstständig und differenziert, die eigenen dysfunktionalen Kognitionen und Bewertungen im Detail offen zu legen, deren Funktionalität und Realitätsbezug zu diskutieren und positive Alternativen zu formulieren.
- Die Patientin stottert in der Therapiesituation selbstbewusst und ohne Einsatz von Vermeide- und Aufschubverhalten.
- Die noch bestehende muskuläre Anspannung steht in Relation mit dem Schweregrad der Blockierungen und ist daher nicht als Sekundärsymptomatik zu bewerten.
- Das In-Vivo-Training für das angstfreie Sprechen auf Englisch erwies sich im therapeutischen Rahmen als sehr effektiv: im privaten Setting mit der Therapeutin und vor einem kleinerem Publikum von fünf bis zehn Zuhörern kann die Patientin nahezu flüssig im Englischen Texte laut lesen, Kurzvorträge halten, Fragen beantworten und Gespräche führen. Im therapeutischen Setting ist die kognitive Umstrukturierung gelungen.

Es besteht noch Handlungsbedarf in den folgenden Bereichen:

- Die Faktoren psychosozialer Stress, sowie emotionale Instabilität wirken sich noch deutlich als Risikofaktoren auf die Wirksamkeit der kognitiven Umstrukturierung aus, die Patientin stottert bei psychischer und emotionaler Belastung sehr viel stärker und erlebt das Stottern dann als unangenehm und angstbesetzt.
- Außenfaktoren wie situativer Kontext, Setting, Anzahl und Anonymität des Publikums, sowie dessen Zuhörerverhalten haben aber nur dann einen störenden Einfluss auf das Memorieren der positiven Alternativkognitionen, wenn die Patientin durch eine anderweitige Stressbelastung emotional angreifbar ist.
- Sämtliche aufgelistete Punkte wirken aber nur dann als Risikofaktoren, wenn sie nicht auf eine sprecherische Anforderung zurückzuführen ist und somit keinen direkten Bezug zum Stottern haben.

## 5. Diskussion

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit das bereits beschriebene methodische Vorgehen zu einer qualitativen Effektivitätssteigerung der Desensibilisierungsarbeit beigetragen hat. Bezüglich der Methodenreflexion und -diskussion muss hierbei eine klare Trennung zwischen zwei Ansätzen geschehen, die in Kombination im Rahmen der Einzelfallstudie zur Anwendung gekommen sind: zum einen das modifizierte Therapeutenverhalten durch die Anwendung der Transaktionsanalyse und dessen Auswirkungen auf das Verhalten der Patientin und zum anderen die Nutzung der kognitiven Umstrukturierung in Anlehnung an die rational-emotive Verhaltenstherapie nach Ellis und Ellis.

Sicherlich hat das modifizierte verhaltenstherapeutische Vorgehen stark dazu beigetragen, dass die Desensibilisierungsarbeit nun erfolgreich beendet werden konnte. Die Umstrukturierung und Neubewertung auf kognitiver Ebene konnte der Patientin den Zugang zum eigentlichen Gegenstand der Desensibilisierungsarbeit deutlich erleichtern. Mithilfe der detaillierten und tiefgreifenden Reflexion und Analyse ihrer Gefühle, Gedanken, Bewertungsmuster und Verhaltensweisen bezüglich des Stotterns in unterschiedlichen Sprechsituationen in Kombination mit regelmäßigem Konfrontationstraining konnten die dysfunktionalen Bewertungen und negativen Emotionen weitestgehend erfolgreich abgebaut werden.

Insbesondere die Analyse nach dem adaptierten ABC-Schema konnte aber nur deswegen so effizient wirken, da sich das modifizierte Therapeutenverhalten, sowie der veränderte favorisierte Interaktionsstil so förderlich auf die Reflexionskompetenz der Patientin ausgewirkt haben. Für eine profunde und kleinschrittige kognitive Analyse bedarf es immer einer klaren, sachlich-neutralen und vor allem eindeutigen Kommunikation. Die Fragen der Therapeutin müssen gezielt, aber offen formuliert werden. Sie sollten daher weder Suggestivcharakter besitzen, noch zu geschlossen gestellt sein oder durch eine zu große Informationsfülle

inhaltlich überfordern. Diese Schritte wurden mittels der transaktionsanalytischen Intervention im Kommunikationsverhalten der Therapeutin angepasst und fortlaufend weiter beobachtet.

Folglich stand die Transaktionsanalyse im Rahmen der Einzelfallstudie zu jeder Zeit als Medium und zentraler Faktor für das Gelingen des gesamten methodischen Unterbaus der Redeflusstherapie im Mittelpunkt. Interessanterweise erfüllte sie diese tragende Funktion, obwohl sie für die Patientin im Therapieschehen nie als offensichtliche und transparente Intervention direkt sichtbar war, sondern vielmehr als indirekte methodische Struktur fungierte.

Die Frage nach quantitativen Belegen für die trennscharfe Wirksamkeit der beiden methodischen Ansätze im klassischen Sinne einer empirischen Datenerhebung ist durchaus berechtigt. Im Hinblick auf die Hypothese und Fragestellung dieser Arbeit ist es allerdings sehr viel wertvoller für die Modifikation des Therapeutenverhaltens, sich mittels der fortlaufenden Dokumentation der Therapie auf die qualitativen Veränderungen im Detail zu stützen.

Die Faktoren Therapeutenverhalten, Patientenkontakt, Kommunikation und Interaktion sind Parameter, die aufgrund ihrer zwischenmenschlichen Komplexität niemals durch eine quantitative Analyse in zielführender Art und Weise graduiert werden können. Die qualitative Beurteilung ist im Einzelnen sehr viel sinnvoller, da sie ein Messinstrument darstellt, das zwischenmenschliche Aspekte tiefenwirksam eruiert. Deswegen kann sie nie anonym erfolgen und nur bis zu einem gewissen Grad objektiv sein. Dennoch war durch die kontinuierliche Videodokumentation und die schematische Untersuchung mithilfe der feststehenden Schemata des Funktionsmodells aus der Transaktionsanalyse ein möglichst objektiver Rahmen geschaffen.



## 6. Gesamtreflexion

### Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die detaillierte und differenzierte Reflexion des eigenen Therapeutenverhaltens sowohl für den Patienten, als auch für die Weiterentwicklung der therapeutischen Kompetenzen im Patientenkontakt sehr bereichernd wirkt.

Die Patientin hat sowohl aus fachlich-therapeutischer als auch aus persönlicher Sicht von der veränderten Gesprächsführung profitiert. In direkter Relation mit ihren Fortschritten in der kognitiven Umbewertung schwieriger Sprechsituationen, sowie der Enttabuisierung des Stotterns wuchsen auch ihr Selbstbewusstsein und ihre Selbstakzeptanz.

Die Therapeutin kann ihre Stärken und Schwächen in den Bereichen Gesprächsführung, Kommunikations- und Interaktionsverhalten, aber auch hinsichtlich Patientenkontakt und therapeutischer Grundhaltung noch differenzierter einschätzen und bewusster einsetzen. Darüber hinaus wurden insbesondere die sozial-kommunikativen Kompetenzen im Einzelnen weiterentwickelt und gestärkt.

Durch die ständige intensive Selbst- und Fremdbeobachtung, die Analyse der Wechselwirkungen zwischen Therapeuten- und Patientenverhalten, die daraus abgeleiteten veränderten Kommunikationsstrategien und deren Anwendung im weiteren Therapieprozess, wurde also die Effektivität der Desensibilisierungsarbeit für die Patientin signifikant gesteigert. Dieser Fortschritt war aufgrund der fortlaufend sehr eng an den Bedürfnissen der Patientin orientierten Therapieplanung möglich. Des Weiteren kann eine derartig indirekte Beeinflussung des Therapiegeschehens nur dann so positiv wirken, wenn im Vorhinein die Wahl des therapeutischen Ansatzes, beziehungsweise weiterer parallel greifender Methoden so patientenorientiert und sinnvoll gewählt worden ist, dass man mit der gesprächsanalytischen Intervention ohne Hindernisse ansetzen kann. In diesem Fall haben sich Transaktionsanalyse, Elemente aus der rational-emotiven

Verhaltenstherapie, sowie das klassische Vorgehen innerhalb der Desensibilisierungsphase nach Van Riper sich optimal ergänzt.

### **Ausblick auf weitere Fragestellungen**

Der komplexe und umfassende Themenbereich der gesprächsanalytischen Intervention in der logopädischen Therapie ist mit dieser Arbeit sicherlich noch nicht erschöpfend behandelt.

Es ergeben sich folgende weiterführende und mögliche Fragestellungen:

- Erprobung und Analyse einer direkten therapeutischen Intervention mit transaktionsanalytischen Methoden im Rahmen einer Einzelfall- oder Gruppen-Langzeitstudie mit Stotterpatienten mittels der Anwendung eines selbst erstellten Fragebogens
- Überprüfung der Wirksamkeit von modifiziertem Therapeutenverhalten nach Nutzung ausgewählter transaktionsanalytischer Methoden bei Stotterpatienten, die nicht additiv desensibilisiert werden müssen
- Eruierung weiterer Therapiebereiche und Störungsbilder, in denen gesprächsanalytisches Arbeiten und Intervenieren sinnvoll und effektiv sein kann

## **7. Literatur- / Quellenverzeichnis**

Natke, U. (2002 / 2005). Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Ham, R. (2000). Techniken in der Stottertherapie. 1. Auflage. Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.

Fiedler, P. Standop, R. (1994). Stottern. Ätiologie, Diagnose, Behandlung. 4. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union.

Bloodstein, O. (1993). Stuttering. The Search for a Cause and Cure. 1. Auflage. Boston. London. Toronto. Sydney. Tokyo. Singapore: Allyn and Bacon.

Van Riper, C. (2006). Die Behandlung des Stotterns. 6. Auflage. Köln: Demosthenes Verlag der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.

Stewart, I. Joines, V. (1990). Die Transaktionsanalyse. Eine neue Einführung in die TA. Mit zahlreichen Abbildungen, Übungen und Hinweisen für die Praxis. 8. Auflage. Freiburg im Breisgau: Herder.

Hennig, G. Pelz, G. (1997). Transaktionsanalyse. Lehrbuch für Therapie und Beratung. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Herder.

Gührs, M. Nowak, C. (2006). Das konstruktive Gespräch. Ein Leitfaden für Beratung, Unterricht und Mitarbeiterführung mit Konzepten der Transaktionsanalyse. 6. Auflage. Meezen: Limmer Verlag.

Stavemann, H. H. (2010). Einführung in die KVT: Die Therapie emotionaler Turbulenzen. 4. Auflage. Weinheim: Beltz.

Berne, E. (2008). Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch Verlag.

Ellis, A. Ellis, D. J. (2012). Rational-Emotive Verhaltenstherapie. 1. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

<http://www.awakeningnetwork.net/TA/TAJArticlesInGerman/RedefiningGerman.pdf>, aufgerufen am 19.09.2013, 19:08

[http://www.choehn.net/gloeckner/images/stories/Transaktionen\\_2010.pdf](http://www.choehn.net/gloeckner/images/stories/Transaktionen_2010.pdf), aufgerufen am 19.09.2013, 18:45

<http://www.drzeplin.com/fuehrungstips2/images/Funktionsmodell.gif>, aufgerufen am 31.03.2014, 18:36

## 8. Anhang

### 8.1 Transkripte

Transkript vom 24.09.2013 (1. Therapiesitzung)

#### Situation 1:

*(Einstiegsgespräch zu Beginn der Stunde)*

**T:** „Was wissen Sie denn schon darüber, wie es mit dieser Therapie jetzt weiterlaufen wird?“

**P:** „Also, Frau Y *(vorherige Therapeutin)* hat gemeint, dass Sie die Facharbeit halt über... *(P. befindet sich in einer starken Blockierung mit hoher muskulärer Anspannung im Gesichtsbereich und Mitbewegungen der Beine und des Kopfes, die Hände sind zu Fäusten geballt, sie bricht kurzzeitig den Blickkontakt ab)*

**T:** *(hält den Blickkontakt)* „Jetzt sind Sie gerade, in einem ganz starken Block drin, oder?“

**P:** *(nickt)*... D...Desensibilisierung schreiben.“

**T:** „Wie war das gerade? Das war wahrscheinlich ziemlich anstrengend, oder?“

**P:** „Ja, hmm.“ *(nickt heftig)*

**T:** „Haben Sie eine Idee, wo das herkam?“

**P:** „Puh,...also, ähm...so genau kann man das ja nicht sagen.“ *(hebt dabei die Augenbrauen und gestikuliert mit den Händen)*

**T:** *(überlegt)* „Hm...fühlen Sie sich gerade irgendwie angespannt?“

**P:** „Nee, denke ich nicht.“ *(hat dabei ihre Arme fest vor der Brust verschränkt)*

**T:** „Ok...genau, es geht um die Desensibilisierung...“

## **Situation 2:**

**T:** *(erklärt zunächst, warum Vertragsarbeit wichtig ist)* „Ok, ich habe es schon angekündigt, mir geht es nochmal darum, dass wir überlegen: was sind Ihre Ziele für die nächsten Stunden? Was möchten Sie erreichen, im Rahmen der Desensibilisierung, was haben Sie vielleicht bis jetzt auch schon erreicht? Gibt es da was Konkretes?“

**P:** „Also, mir geht es hauptsächlich darum, dass ich im Englischen flüssiger rede.“ *(schreibt das Ziel auf Anregung der Therapeutin hin auf einen Zettel)*

**T:** „Genau, das ist ja auch so ein Punkt, an dem schon gearbeitet wurde. Können Sie das noch ein Bisschen konkreter machen?“

**P:** „Naja, also ich habe im Englischen große Probleme, weil ich ziemlich starke Blocks hab. *(senkt kurz den Blick und spricht dann weiter)* Ja und ich möchte zum Einen, dass ich aus diesen Blocks leichter wieder raus komme, sodass ich dann auch flüssiger insgesamt rede.“

**T:** „Genau. Schön finde ich, dass Sie das Ziel positiv formuliert haben. Ok. Was gibt's noch für Ziele, die momentan im Vordergrund stehen?“

**P:** „Eigentlich gar nicht so...“

**T:** *(nickt)* „Mhm...das ist das Hauptziel, an dem Sie arbeiten möchten?“

**P:** „Mhm.“ *(nickt)*

**T:** „Gut. Jetzt muss man sich, betrachtet auf die Zeit, überlegen, wie realistisch ist es, dass ich in einer bestimmten Zeit flüssig im Englischen sprechen kann. Können Sie da vielleicht auch nochmal überlegen, wie konkret Sie das noch ein Bisschen kleinschrittiger fassen können? Verstehen Sie was ich meine?“

**P:** „Mhm...puh..., es geht mir hauptsächlich...so halt um, um Gespräche und Diskussionen. Also, weil bei den Vorträgen geht es meistens gut. Also, wenn ich reinkomme, dann geht's fast immer.“

**T:** „Hmmm..., ich versuch's mal mit anderen Worten zu erklären. Ihr großes Überziel, was Sie jetzt aufgeschrieben haben, ist ja, dass Sie im Englischen flüssig sprechen können. Wir müssen jetzt überlegen, oder, es ist gut zu überlegen, welche Ziele auf dem Weg dahin Sie sich vornehmen, denn das ist ja ein sehr großes Ziel.“

**P:** *(nickt, reagiert aber nicht)*

**T:** „Überlegen Sie mal, was könnten Sie sich da vornehmen oder formulieren? Einen ersten Schritt in die Richtung, zum Beispiel.“

**P:** *(schaut irritiert und wirkt leicht verärgert)* „Na, dass ich leichter aus den Blocks rauskomme!“ *(schreibt es auf Nachfrage mit auf den Zettel)*

### **Situation 3:**

*(gemeinsam wurde noch ein weiteres Ziel für die Desensibilisierung erarbeitet: die Länge der Sprechsituationen im Englischen nach und nach steigern)*

**T:** „Das kann auch ein kleines Ziel auf dem Weg dahin sein. Das dürfen Sie gerne mit aufnehmen, wenn sie möchten. Wie können Sie's formulieren?“

**P:** *(wirkt ratlos und nimmt Blickkontakt zu T auf)* „Ich weiß nicht, wie ich das jetzt aufschreiben soll.“

**T:** „Sie haben was von Entspannung gesagt, kann man das aufnehmen?“

**P:** *(nickt und schreibt es sofort auf den Zettel)*

**T:** „Gut. Haben wir alles, was für Sie wichtig ist, aufgenommen, oder gibt's noch was zu ergänzen?“

**P:** *(schüttelt den Kopf)* „Mm.“ *(meint „nein“)*

Transkript vom 10.10.2013 (2. Therapiesitzung)

### **Situation 1:**

*(kurzes Gespräch zum Stundeneinstieg, in der vergangenen Stunde beobachtete T., dass P. sehr angespannt und aufgeregt wirkte)*

**T:** „Vorneweg, bevor wir nochmal überlegen, was wir heute machen, hab‘ ich noch eine Frage an Sie. Und zwar, wir haben heute keine Zuschauer. Ich habe das bewusst so gemacht, weil ich das Gefühl hatte, dass es vielleicht für Sie eine Art Störfaktor sein könnte. Ich wollte das aber nochmal erfragen.“

**P:** „Eigentlich weniger, weil..., eigentlich nich, ja.“

**T:** Ok, gibt es denn grundsätzlich noch etwas anderes, was wir anders machen können, was ich anders machen kann, dass Sie sich hier in der Therapie sehr entspannt fühlen? Das wäre mir ganz wichtig!“

**P:** *(nickt, überlegt und schüttelt dann den Kopf)*

**T:** „... so momentan ist alles in Ordnung, fühlen Sie sich wohl?“

**P:** *(nickt)* „Ja.“

**T:** Bitte immer rückmelden, weil das ist schon wichtig.“ *(lacht unsicher)*

**P:** *(lächelt ebenfalls unsicher)* „Mhm...“

**T:** „Das ist ja auch für mich angenehmer, wenn es da draußen still ist. Also letztes Mal fand ich’s zu laut, das habe ich denen auch gesagt, hinterher...“

**P:** *(fällt T. ins Wort)* „*(mit fester Stimme)* Das kann auch sein, dass die relativ laut waren, also..., ja, das ist dann doof!“

**T:** *(nickt erleichtert)* „Ja, das stört uns beide denke ich einfach, wenn wir hier konzentriert zusammenarbeiten wollen... Von dem her glaube ich, ist das so besser.“

**P:** *(nickt bestätigend)*

## **Situation 2:**

*(bevor P. den Inhalt einer Kurzgeschichte auf Englisch zusammenfassen soll, werden mithilfe des MDBG-Modells nach Wendlandt die Gefühle bezogen auf das Stottern / die folgende Sprechsituation erhoben)*

**T:** „Wenn wir jetzt so eine Sprechsituation haben, wo ein bestimmter Anspruch sprecherisch an Sie gestellt wird, dann kann man vorher schon mal überlegen, was habe ich vorher für Gefühle bezüglich dieser Situation oder... ja, genau. Das könnten Sie sich zu Beispiel jetzt mal überlegen für vorher.“

**P:** Ja, mhm... ja, vorher – aufgeregt.“

**T:** „Mhm, sind Sie jetzt im Moment auch ein Bisschen aufgeregt?“

**P:** „Mhm, (*nickt*) ja, ein Bisschen.“

**T:** „Ok, Sie dürfen das gerne aufschreiben. (...) Ok, „aufgeregt“ ist das Gefühl. Gibt’s noch ein Gefühl, was gerade so da ist...“

**P:** „Nee.“ (*schüttelt den Kopf*)

**T:** „...oder ist das gerade so das, was überlagert...also, ist es das, was gerade so da ist?“

**P:** „Mhm, ja.“ (*nickt*)

**T:** „In Ordnung. Wir behalten das so ein Bisschen im Hinterkopf...“

**P:** „Mhm.“ (*nickt mehrmals*)

**T:** „... und nachher gucken wir, ob sich das vielleicht noch ein Bisschen verändert hat – währenddessen oder hinterher.“

**P:** „Mhm.“ (*nickt*)

### **Situation 3:**

*(Analyse der Gefühle während und nach der Sprechaufgabe)*

**T:** „Ok, wir haben vorher überlegt, was für ein Gefühl da war...“

**P:** „Mhm.“ (*nickt*)

**T:** „... da war ein Gefühl von Aufregung.“

**P:** (*nickt mehrmals*)



**T:** „Hat sich das verändert, im Verlauf, währenddessen und jetzt hinterher?“

**P:** (*überlegt kurz, nimmt dann den Stift und will etwas notieren*) „Mhm..., also Aufregung war da dann eigentlich nicht mehr...“

**T:** „Mhm...“

**P:** „Vielleicht so ein Bisschen das Gefühl... (*streicht sich über das Gesicht*)  
...ich weiß nicht, wie man das beschreiben kann...(*fasst sich an die Stirn*)  
...vielleicht so ein Bisschen Unsicherheit.“ (*schreibt es auf*)

**T:** „Unsicherheit... auf was war die Unsicherheit bezogen?“

**P:** „Ähm, auf das Reden, dass das klappt, so...“

**T:** „Mhm, im Englischen, wahrscheinlich?“

**P:** „Mhm.“ (*nickt bestätigend*)

**T:** „Ok, wenn Sie möchten, können Sie das in Klammern noch dazu notieren.“

**P:** „Mhm.“ (*notiert*)

**T:** „Dann weiß ich das auch noch für die nächsten Stunden, das würde ich nämlich gerne aufheben...“

**P:** „Und danach: eher Erleichterung.“ (*schreibt es auf*)

**T:** „Ok... Gab's noch ein anderes Gefühl danach außer Erleichterung?  
Oder war das das Einzige, was jetzt so spontan einfällt?“

**P:** (*denkt nach, richtet den Blick nach unten auf den Tisch*) „Also spontan fällt mir jetzt nur das ein...“

**T:** „Mhm, in Ordnung.“

**P:** (*denkt nochmals nach*) „Ja...“ (*nickt*)

#### **Situation 4:**

*(daran anschließende Analyse von Gedanken, Bewertungen, Haltungen und typischen Denkmustern vor, während und nach der Sprechaufgabe)*

**T:** „Gab's noch was an Gedanken oder eine... eine Bewertung vielleicht oder ein typisches Denkmuster, was Sie bei sich gefunden haben, **in** der Situation?“

**P:** „Sowas, ähm... *(schreibt etwas auf)* also **das** hatte ich noch...“

**T:** *(liest)* „Mhm *(nickt und liest vor, was P geschrieben hat)* Ich will das schaffen. Ok. Wenn Sie jetzt diese Sätze hier angucken, *(zeigt auf das Blatt)* vor allem **in** der Situation, können Sie daraus irgendeine Bewertung ableiten, die Sie in dem Moment über sich selbst gemacht haben? Oder über Ihr Sprechverhalten...“

**P:** *(fällt ins Wort)* „Na das ist ja eher positiv, ne?“

**T:** „Mhm. *(nickt)* Finden Sie eine konkrete Formulierung oder ist das eher schwierig?“

**P:** *(denkt nach)* „Ich... hmmm... sowas wie: Ich versuche Hilfestellungen zu nutzen, oder?! *(schaut T fragend an)*“

**T:** „Mhm..., das ist auch eher ein Gedanke als eine Bewertung. *(sagt daraufhin schnell:)* Das können Sie aber wunderbar auch noch mit aufnehmen.“

**P:** *(schreibt auf)*

**T:** „Ok, gibt's noch was zu ergänzen oder ist das gerade ausreichend?“

**P:** „Ich glaube, das ist erst mal alles.“

#### **Situation 5:**

*(jetzt wird analysiert, welche der eruierten Denkmuster sich dysfunktional auf das Stottern ausgewirkt haben)*

**T:** „Wie war das, als Sie in den Blocks drin waren, wie haben Sie das erlebt? War das unangenehm... oder möglicherweise negativ?“

**P:** *(denkt nach, stützt ihren Kopf auf den Händen ab und verengt die Augen)* „Mhm, ja..., doch. *(spricht langsam)* Un-an-ge-nehm. Schon. *(scheibt es auf)* Und dann hab ich halt vorher das Pseudostottern angewendet... ähm... *(überlegt weiter)*“

**T:** „Was überlegen sie gerade, vielleicht kann ich Ihnen helfen.“

**P:** „Na, das Pseudostottern hat ja nicht zu dem Stottern geführt!“ *(wirkt irritiert)*

**T:** „Genau, ja, *(nickt)* ganz richtig. Uns geht's jetzt eher nochmal um den Gedanken. (...) Welche Gedanken, die Sie gehabt haben währenddessen oder vielleicht auch schon davor, könnten denn dazu geführt haben,...“

**P:** *(ruft laut aus)* „Ach so!“ *(fängt an, etwas aufzuschreiben)*

**T:** „... dass Ihnen das Stottern, also die Blocks, die aufgetreten sind, **unangenehm** waren?“

**P:** *(hält kurz inne)* „Jaaa.“

**T:** „Welche Gedanken waren dafür verantwortlich?“

**P:** „Vielleicht vorher das: Hoffentlich kann ich reden.“

**T:** „Mhm.“

**P:** „Beziehungsweise währenddessen vielleicht auch ein Bisschen mit, ähm: Ich will das schaffen!“

**T:** „Jahaa! *(nickt bestätigend)* Genau! Wenn Sie jetzt die beiden Gedanken nochmal angucken, können Sie daraus irgendeine Anforderung ablesen, die Sie an sich gestellt haben, in dem Moment? In dem letzten Satz, finde ich, steckt da einiges drin...“

**P:** *(nickt)* „Also, es ist vielleicht sowas wie eher vielleicht... ich selbst sage zwar: ich **will** das schaffen, aber vielleicht ist es eigentlich: ich **muss** das schaffen, ne? Also...“

**T:** „Genau! Das finde ich ganz ganz wichtig, was Sie da gerade gesagt haben. Dass Sie vielleicht... also hier in dem Gedanken, wie Sie den jetzt

formuliert haben, haben Sie **will** verwendet, aber eigentlich haben Sie ein **Muss** gedacht!“

P: „Mhm.“ (*schreibt*)

T: „Das heißt, Sie haben letztlich sich selbst unter eine Art Leistungsdruck gesetzt in dem Moment...“

P: „Ja, genau, mhm.“ (*notiert es*)

T: Jetzt haben wir entlarvt, warum es Ihnen unangenehm gewesen ist, zu Stottern, in dem Moment.“

### **Situation 6:**

(*abschließend werden alternative, positive Kognitionen entworfen*)

T: „Dann habe ich noch ein Blatt, das ist nochmal so ein Bisschen fortführend. Da geht's jetzt darum, dass man sich überlegt, welche von diesen Bewertungen oder Gedanken, der irgendwie eher dysfunktional ist, zu überlegen, was könnte ich **stattdessen** denken. Was würde mir denn mehr helfen, um das Stottern nicht so negativ zu empfinden?“

P: Also, man kann ja sowas sagen, wie: es ist nicht schlimm, wenn ich es nicht schaffe.“

T: „Mhm...“ (...)

P: „Ich überlege gerade, weil da kommt jetzt zweimal das **nicht** drin vor. (...) Und wenn man diesen Satz jetzt lernt, dass man eigentlich sagt: es ist **schlimm**, wenn ich das nicht schaffe.“

T: „Ja, das finde ich eine gute Idee und vielleicht können wir das hinkriegen, dass Sie das positiv formulieren...“

P: „Mhm...“ (*nickt*)

T: „Also mit dem gleichen Inhalt, nur anders formuliert. Haben Sie eine Idee?“

P: (*überlegt*)

**T:** „Also, mir ist gerade ein Satz eingefallen, ich bin mir aber nicht sicher, ob das genau das trifft, was Sie sich vorstellen oder vornehmen. Und zwar ist der der Satz: Ich mache es so gut wie ich kann!“

**P:** *(nickt erfreut)* „Ja! Das ist gut! Ja!“ *(notiert den Satz)*

**T:** „Trifft das im Kern das, was Sie auch ausdrücken wollen?“

**P:** „Ja, mhm!“

**T:** „Schön! Wenn Sie noch eine andere Idee haben oder eine andere Formulierung haben, gerne noch dazu notieren!“

Transkript vom 17.10.2013 (3. Therapiesitzung)

### **Situation 1:**

*(zur Vorbereitung eines Rollenspiels zu einem In-Vivo-Vortrag auf Englisch steht die Zielsetzung von P. im Vordergrund)*

**T:** „Ich würde ganz gerne noch, bevor Sie einsteigen, überlegen, was sind Ihre Ziele, jetzt für diese Sprechsituation oder: Was wollen Sie versuchen? Genau..., dass Sie sich das nochmal überlegen, für sich selbst.“

**P:** *(nickt)* „Mhm...Na, also, in den Vortrag rein zu gehen, also sozusagen... durch zu kommen!“

**T:** *(nickt)* „Mhm, genau...ok...ähm, wenn Sie möchten, können Sie versuchen, das Pseudostottern auch einzusetzen. Wenn Sie das Gefühl haben, es geht eigentlich auch so relativ flüssig und Sie kommen nicht in so ein Symptom rein, dann einfach ganz entspannt weitersprechen.“

**P:** „Mhm, ja.“

### **Situation 2:**

*(P. schildert ihr Gefühle während des In-Vivo-Vortrags im Rahmen der Situationsanalyse nach Wendlandt)*

**T:** „Mhm..., das ist vielleicht eher ein Gedanke. Würden Sie mir da recht geben oder würden Sie's eher unter Gefühle fassen wollen?“

**P:** (*schüttelt energisch den Kopf*) „Eher Gedanke!“

**T:** (*nickt bestätigend*) „Mhm!“

### **Situation 3:**

(*P. sucht nach positiven Alternativkognitionen im Rahmen der Situationsanalyse nach Wendlandt*)

**P:** „Vielleicht könnte ich da sagen: Wenn ich Angst habe, nicht weiter zu kommen, verwende ich das Pseudostottern. Das ist aber vielleicht zu lang, oder?“ (*schaut T. fragend und unsicher an*)

**T:** (*überlegt kurz*) „Nee! (*mit Nachdruck*) Das können Sie gerne mit aufnehmen!“

**P:** „Mhm...“ (*wirkt deutlich erleichtert und schreibt es auf*)

**T:** „Mhm, das Pseudostottern ist ja quasi eine Hilfe für Sie, oder eine Technik, um..., ja, ich sag mal entspannter dann in so einer Situation agieren zu können. Ähm...“

**P:** (*unterbricht T.*) „Vielleicht kann ja auch sein: Ich **muss** keine Angst haben...“ (*nimmt Blickkontakt zu T. auf*)

**T:** (*erwidert den Blickkontakt*) „Mhm..., weil Sie eine Hilfe haben, in Form des Pseudostotterns.“

**P:** (*P. schreibt auf: „Ich muss keine Angst haben, weil ich das Pseudostottern habe.“*)

**T:** „Gut! Das finde ich... ist auch auf jeden Fall positiver formuliert als die erste These... (*verbessert sich schnell*) Was nicht heißt, dass das nicht so sein **darf!**“

**P:** „Ja, ja!“ (*nickt heftig*)

**T:** „Das ist ja ein Prozess, in dem wir das erarbeiten!“

**Situation 1:**

*(erste Reflexion nach dem In-Vivo-Vortrag auf Englisch vor Publikum und laufender Kamera)*

**T:** „Wie war das für Sie, heute?!“

**P:** „Anstrengend!“

**T:** „Hm, ja..., das habe ich gemerkt. Es war doch von der Anforderung, hat man gemerkt, wirklich höher, als das letzte Mal!“

**P:** *(nickt immer wieder)* „Mhm, ja!“

**T:** „Haben Sie sich sehr unwohl gefühlt, in der Situation?“

**P:** „Doch, dann ja.“ *(nickt)*

**T:** „Mhm... Wurde es mehr im Verlauf?“

**P:** „Ja!“ *(nickt heftiger)*

**T:** „Mhm, woran könnte das gelegen haben?“

**P:** „Naja, vielleicht mit dem Stottern an sich, oder mit dem nicht so richtig reden können.“

**T:** „Mhm. *(nickt)* Genau! Es waren viele Blocks, ne? Es waren auch sehr lange Blockaden dabei. Ok, ich würde sagen, wir gehen nochmal ein Bisschen systematisch ran, an das Ganze. Mmm, oder gibt's was, was Sie von sich aus gerade noch gerne reflektieren möchten?“

**P:** *(schüttelt den Kopf)*

**T:** „Ok. Alles klar.“

**Situation 2:**

*(Analyse und Interpretation der aufgespürten Denkmuster und Bewertungen hinsichtlich Dysfunktionalität im Rahmen der Situationsanalyse nach Wendlandt)*

**T:** „Ich hätte es gerne besser geschafft. Wenn Sie jetzt den Satz lesen, glauben Sie, der ist eher begünstigend dafür, dass Sie mit einem relativ guten Gefühl durch die Sprechsituation kommen oder macht der eher das Gegenteil?“

**P:** „Ist dann vielleicht eher das Gegenteil...“

**T:** „Warum?“

**P:** „Naja, weil’s mir ja dann so gar nicht gut genug war.“

**T:** „Mhm. (*nickt*) Das heißt, was impliziert das, was haben Sie in dem Moment für eine Anforderung an sich gestellt? Oder was sagen Sie über sich in dem Moment?“

**P:** „Ich habe ein höhere Anforderung an mich gestellt, als ich geschafft habe.“

**T:** „Mhm. (*nickt*) Und wenn Sie’s aber besser machen **wollten**, was machen Sie dann in dem Moment mit Ihrem Selbst?“

**P:** „Ähm, vielleicht, dass man dann minderwertig wird.“

**T:** „Mhm! (*nickt bestärkend*) Das heißt, Sie werten sich ab, könnte man sagen.“

**P:** „Mhm.“ (*schreibt es auf*)

### **Situation 3:**

*(die Patientin wirkt nach wie vor sehr enttäuscht über den Verlauf der In-Vivo-Übung und stellt ihre Misserfolge stark in den Vordergrund, daher versucht T. über das konkrete Abarbeiten der Zielformulierungen für die Desensibilisierungsarbeit, P. die Teilerfolge bewusst zu machen)*

**T:** „Wenn Sie in so eine Sprechsituation reingehen, was sind dann die Ziele, die Sie dabei verfolgen?“

**P:** „Naja, dass ich in Englisch auch kommunizieren kann.“

**T:** „Mhm. Haben Sie denn in Englisch kommuniziert?“



**P:** „Naja, zum Teil ja, aber auf die Fragen konnte ich gar nicht antworten.“

**T:** „Mhm. (*nickt*) Das heißt, Sie haben nicht in dem Maße auf Englisch kommuniziert, wie Sie sich's wünschen, aber ganz wichtig finde ich, dass Sie auf Englisch kommuniziert **haben**, ne?! Und das ist etwas, was man nicht abwerten muss!“

**P:** „Ja, genau!“ (*nickt mehrfach*)

#### **Situation 4:**

*(P. hat die Aufgabe, ebenfalls im Rahmen der Situationsanalyse, positive Alternativkognitionen zu entwerfen, die einer Selbstabwertung entgegenwirken)*

**T:** (...) „Vielleicht können Sie nochmal für sich zusammenfassen, welche Gedanken oder Denkmuster das Ganze von einer positiveren Seite beleuchten.“ (...)

**P:** „Vielleicht sowas: Ich muss nicht enttäuscht sein, wenn ich nicht alles geschafft habe.“ (*schreibt es auf*)

**T:** „Mhm.“

**P:** „Ich kann ja auch sagen: Ich kann mich über **Teilerfolge** freuen!“

**T:** „Ja, sehr gut! Genau das hätte ich jetzt auch noch angestoßen, wenn Sie nicht von selbst draufgekommen wären. Gut! Sehr schön!“

**P:** „Ja!“ (*nickt erfreut*)

**T:** „Das sind beides sehr positive Formulierungen. Haben Sie das Gefühl, die sind realistisch?“ (...)

**P:** „Ja. Doch.“

**T:** „Sind Sie motiviert, sich zu Hause nochmal damit zu beschäftigen?“

**P:** „Ja, doch!“ (*nickt*)

**Situation 1:**

*(Bereits in der vergangenen Stunde berichtete P. davon, dass sie momentan sehr viel Stress durch ihre Arbeit habe und beschrieb das Verhältnis zur ihrer Chefin als angespannt und persönlich sehr belastend.)*

**T:** „Mit Ihrer Chefin ist es ab und zu schwierig, oder?“

**P:** *(nickt)* „Ja, ich habe auch mal mit ihr geredet, jaaa... und es kann sein, dass ihr das vielleicht gar nicht so bewusst war, wie **viel** Arbeit das eigentlich war!“

**T:** „Mhm... ok. Und Sie haben dann auch offen angesprochen, dass Sie sich..., also dass Sie das gestört hat, ihr Verhalten? Oder wie haben Sie's gemacht?“

**P:** „Ja genau...ich habe eben gemeint, dass mir das alles zu viel zu viel wird, dass ich da tagsüber praktisch Experimente mache und abends und am Wochenende an dem Antrag schreibe und dann nicht mal mehr irgendwie Freizeit habe!“

**T:** *(nickt, erwidert vehement)* „Na klar!“

**P:** „Das geht ja auch nicht! Also...“ *(schaut T. direkt an)*

**T:** *(nickt, erwidert den Blickkontakt)* „Mhm, und wie hat Sie's aufgenommen?“

**P:** „Na, sie hat mir dann..., also sie..., ich habe ihr ja diesen Antrag dann am Montag geschickt und da war sie aber trotzdem nicht so einverstanden, weil sie da die eigene Vorarbeit besser dargestellt haben wollte... Das Problem ist halt, dass sie das irgendwie immer relativ ungünstig formuliert. Also, sie meint's wahrscheinlich nicht böse, aber sie formuliert's so.“

**T:** „Mhm.“

**P:** „Und, jaaa..., dann hat sie jetzt halt zu mir gemeint, wie ich die Abbildung machen soll oder wie sie das halt haben möchte, jaaa...“

**T:** „Ok, das heißt, sie hat Ihnen, ich sag's mal auf eine Art konstruktive Weise nochmal Verbesserungsvorschläge gemacht? Oder war das so, dass Sie wieder mit einem unguuten Gefühl rausgegangen sind?“

**P:** „Neee, *(schüttelt den Kopf)* das ging dann wirklich auch!“

**T:** „Gut! Ich glaube, das ist schon wichtig, dass man da auch ein Bisschen auf seine eigenen Bedürfnisse guckt.“

**P:** „Ja, mhm!“ *(nickt mehrmals bestätigend)*

**T:** „Das bringt ja nichts, wenn Sie sich da überfordern.“

**P:** *(nickt)* „Genau!“ (...)

**T:** „Das finde ich auf jeden Fall gut, dass Sie das nochmal angesprochen haben, denn Sie waren ja auf jeden Fall auch deutlich gestresst, deswegen.“

**P:** *(nickt, lächelt dann)* „Mhm...“

**T:** „Das trägt man ja dann auch oft mit nach Hause, ne?“

**P:** „Mhm, eben!“ *(lächelt)*

## **Situation 2:**

*(Nachbereitung des In-Vivo-Vortrags auf Englisch vor Publikum aus der vergangenen Sitzung, Analyse von Kern- und Begleitsymptomatik)*

**T:** „Das war Ihr Vortrag, sie haben gute 15 Minuten gesprochen. (...) Wenn Sie's nochmal im Gesamten sehen, wie war so die Entwicklung vom... vom Stotterverhalten?“

**P:** „Also, es wurde eigentlich, glaube ich, immer eher schlimmer.“

**T:** „Mhm... und mit was hing das zusammen, dass es schlimmer wurde, wenn Sie's nochmal für sich zusammenfassen?“

**P:** „Naja, vielleicht damit, dass es am Anfang nicht geklappt hat, oder?“

**T:** „Sie meinen, dass Sie am Anfang schon einen Block hatten, bevor Sie angefangen haben?“

**P:** (*nickt*) „Mhm.“

**T:** „Hmmm..., finde ich, würde ein Bisschen dagegen sprechen, dass Sie relativ lange relativ flüssig gesprochen haben.“

**P:** „Ok, ja, stimmt!“

**T:** „Wenn Sie sich nochmal daran erinnern, was wie in der letzten Stunde wieder zusammen überlegt haben, zusammen, war so ein großer Faktor wahrscheinlich, die Bewertungen, die Sie über sich gemacht haben. Und mit was hatten diese dysfunktionalen Bewertungen vielleicht zu tun gehabt, wenn Sie nochmal gucken, was Sie hier aufgeschrieben haben?“  
(*zeigt auf Notizen zu Kern- und Begleitsymptomatik*)

**P:** „Eher sowas, dass man perfekt sein will, oder?“

**T:** „Mhm, ich will auf was anderes hinaus...“

**P:** „Oder, dass man sich nicht gut genug fühlt...“

**T:** „Denken Sie nochmal an die Zuschauer!“

**P:** „Dass die nicht zuhören?“

**T:** „Mhm, genau, es hat vielleicht auch was damit zu tun gehabt, dass die sich ab einem bestimmten Zeitpunkt ein Bisschen störend verhalten haben. Ähm..., können Sie nachvollziehen, dass das zusammenhängt?“

**P:** „Ja, das könnte durchaus sein, nur ist mir das in dem Vortrag bewusst gar nicht aufgefallen. Also, wahrscheinlich ist das dann sowas, das kriegt man unterbewusst mit!“ (*nickt*)

**T:** „Genau, deswegen spreche ich's an, weil ganz wichtig ist, dass Sie sich das eben bewusst machen! Das heißt, dass Sie bewusst sagen: Ich werde diese Angst jetzt aushalten und ich werde beobachten, wie sich die Angst verändert, währenddessen. Das heißt nicht, dass Sie eingreifen müssen, sondern es geht einfach darum, die Angst zu erleben und sich dem zu stellen, das ist wirklich das Hauptziel dabei. Und dazu gehört auch, (...) dass man so ein Bisschen mitkriegt: Oh, jetzt wird die Angst plötzlich

größer und womit hängt das dann zusammen. Deswegen habe ich's nochmal angesprochen!“

Transkript vom 21.11.2013 (6. Therapiesitzung)

**Situation 1:**

*(T. hat zu Anfang der Sitzung einen kurzen Überblick über die Stundenplanung gegeben. Es ist angedacht, dass P. den zu Hause neu vorbereiten Kurzvortrag auf Englisch als In-Vivo-Training gleich vor drei bis vier Zuschauern hält.)*

**P:** „Ich fühle mich da jetzt ein Bisschen... ähm... ich finde das jetzt ein Bisschen zu... zu schwer auf einmal, weil ich habe den Vortrag ja jetzt gar nicht geübt, ich hab den... nur mir Notizen gemacht und ich hab jetzt nicht damit gerechnet, dass ich das dann gleich vor so vielen vormachen muss...“

**T:** „Okay.“

**P:** „Also, ich kann das versuchen, aber...“

**T:** *(nickt)* „Mhm, verstehe. Gibt's einen Bedarf, dass wir es erst nochmal im Rollenspiel üben, also dass Sie es quasi zweimal machen heute?“

**P:** *(nickt)* „Mhm, das wäre auch eine Idee, genau.“

**T:** „Ja? Okay, gut. Denn ich fände es schon wichtig, dass wir von der Anforderung nicht runtergehen, ne? Wir haben ja letztes Mal besprochen: Publikum bleibt, aber die Anforderungen außen rum machen wir kleiner, das heißt, kein stressendes Verhalten, ich nehme Sie nicht mit der Kamera auf (...).“

**P:** „Ja! *(nickt)* Gut!“

**T:** „Dann würden wir das erst nochmal zu zweit üben und dann „in echt“ sozusagen.“

**P:** „Ja, okay!“

## **Situation 2:**

*(Reflexion der Zielsetzung nach der Übung des Kurzvortrags im Rollenspiel mit T. als ZuhörerIn)*

**T:** „Das Ziel war, die Angst zu beobachten. Ist (...) Ihnen das denn gelungen oder nicht?“

**P:** „Doch, doch schon...“

**T:** „Okay. Das heißt, das Ziel, was wir uns gesetzt haben, zusammen, wurde auch erreicht, ne?“

**P:** *(nickt)* „Mhm.“

**T:** Das heißt, das ist auf jeden Fall sehr positiv zu bewerten. Dennoch ist das natürlich anstrengend für Sie, das ist klar.“

**P:** *(nickt)* „Mhm!“

**T:** „Aber es ist die einzige Möglichkeit, um eben da dran zu kommen, dass die Angst irgendwann kleiner wird. Dafür müssen Sie so oft wie möglich in so eine Situation reingehen und sich dem stellen, was da passiert. Nur nochmal, dass Sie wissen, ich will Sie hier nicht quälen oder sowas.“

**P:** *(nickt und lächelt)* „Ja. (...)“

**T:** „Nur dass Sie das nochmal im Hinterkopf haben, warum wir das immer wieder so häufig machen.“

## **Situation 3:**

*(Nach beiden In-Vivo-Übungen, zunächst nur im Rollenspiel und dann vor Publikum, wird Angst hierarchisiert, die analog zur Belastung durch das Stottern eingetreten ist.)*

**T:** „(...) Wenn Sie jetzt nochmal auf die Angst gehen, hat sich die verändert oder blieb die eher konstant im Verlauf?“

**P:** *(denkt nach)*

**T:** „Wenn Sie jetzt erst mal die ersten Versuche nehmen, wo wir nur zu zweit unterwegs waren, wo Sie mir erzählt haben, was Sie sich vorbereitet haben, wie war es da mit der Angst?“

**P:** „Da war es eigentlich ähnlich... Oder ich weiß nicht, ob man das Angst nennen kann...“

**T:** „Mhm... Oder gab es ein anderes Gefühl, was es vielleicht besser beschreibt?“

**P:** (*überlegt*) „Na vielleicht so eher Überforderung.“

**T:** „Mhm, okay, dann war Überforderung Ihr Gefühl. Und das blieb auch relativ gleich oder hat sich das verändert im Verlauf?“

**P:** „Nee! (*schüttelt den Kopf*) Eigentlich relativ gleich.“

**T:** „Mhm.“ (*nickt*)

#### **Situation 4:**

*(P. beschreibt als zentralen Gedanken nach der Sprechtaufgabe, dass sie mit der Anstrengung gewissermaßen überfordert sei.)*

**T:** „Auch hier wäre es nochmal wichtig zu differenzieren, bezieht sich das auf eine körperliche Überforderung, dass es einfach von der Angespanntheit körperlich so anstrengend ist oder bezieht sich das auf: Ich kann das nicht mehr aushalten, mich dem zu stellen, was da gerade unangenehm ist.“

**P:** (*mit Nachdruck*) „Beides!“

**T:** „Was überwiegt?“

**P:** „Also auf jeden Fall hier eher körperlich!“

**T:** „Mhm.“ (*nickt*)

**P:** (*schreibt es auf*)

**T:** „Okay, das heißt, hier ist es auch wieder eng gekoppelt an eine Empfindung, das geht schon eher wieder in Richtung Gefühl auch.“

P: „Mhm!“ (*nickt*)

Transkript vom 05.12.2013 (7. Therapiesitzung)

**Situation 1:**

(*T. interveniert im Konfrontationstraining, P. zeigt nach überwiegend langem flüssigem Sprechen innerhalb eines Kurzvortrags im Zweiersetting plötzlich lange, stille Blocks*)

T: „Mal beobachten: Sie halten das jetzt schon eine ganze Weile ganz tapfer aus. Was verändert sich vielleicht, wenn Sie so lange in einem Block drin sind?“

P: „Na vor allen Dingen im Hals ist es so... vor allen Dingen trocken oder so... sauer, sowas irgendwie...“

T: „Fest, vielleicht?“

P: „Ja, das auch! Und hier (*streicht sich über Kiefergelenke, Kaumuskulatur und Mundpartie*) wird's dann so fest!“ (*nickt mehrmals*)

T: „Mhm. (*nickt*) Ist es Ihnen am Anfang unangenehm, wenn Sie in so einen langen Block reinkommen?“

P: „Wenn's so fest ist, dann schon!“

T: „Mhm. (*nickt*) Und wie verändert sich das über den Verlauf? Wenn Sie zum Beispiel relativ lange da drin sind, das ist ja zum Teil fast mehrere Minuten lang. Ist das Gefühl dann immer gleich oder ändert sich das dann im Verlauf?“

P: „Eigentlich immer gleich oder es kann manchmal eher noch mehr werden.“

T: „Mhm. (*nickt*) War das jetzt auch so oder sprechen Sie eher allgemein?“

P: „Also bei dem jetzt war's eigentlich gleich.“ (*nickt*)

T: „Mhm. (*nickt*) Das heißt, es ist zumindest nicht schlimmer geworden.“

P: „Ich glaube nicht, nee.“



**T:** „Gut! Gute Beobachtung!“

**P:** (*nickt*)

**T:** „Mmm... eine Sache würde mich noch interessieren. Sie haben ja sehr flüssig gesprochen am Anfang. Da waren zwar schon ein paar Symptome noch drin, ein paar Kernsymptome, und dann kam plötzlich ein ganz langer Block. Haben Sie eine Idee, was das ausgelöst haben könnte? Gab's bestimmte Gedanken, oder Bewertungen oder Muster, die Sie bei entdeckt haben?“

**P:** Na vielleicht, weil ich das nicht sooo vorbereitet habe. Das vielleicht, ne?“ (*nimmt Blickkontakt zu T. auf*)

**T:** „Mhm. Können Sie da eine konkrete Emotion oder einen Gedanken benennen?“

**P:** (*zögert*)

**T:** „Ich habe gut verstanden, was Sie meinen, aber versuchen Sie, das für sich noch konkreter zu machen!“

**P:** „Vielleicht sowas wie Angst oder Unsicherheit?“

**T:** „Angst ist ja ein sehr starkes Gefühl, Unsicherheit eher etwas schwächer. Was würde jetzt im Moment besser passen?“

**P:** „Also, eher Unsicherheit.“ (*nickt*)

**T:** „Mhm, Unsicherheit. Und, ähm, Sie haben gesagt: Hm, ich hab's nicht so gut vorbereitet. Was war dann der Gedanke in dem Moment? Gab's da was Konkretes, was Ihnen durch den Kopf gegangen ist?“

**P:** Ja! Schaffe ich das, wenn ich das jetzt nicht vorbereitet habe?“

**T:** „Ja, genau! Gut! Und haben Sie das von Anfang an gedacht oder erst kurz bevor der Block kam, das würde mich interessieren!“

**P:** (*denkt nach*) „Puh... könnte sein, dass ich's erst kurz vorher gedacht habe.“ (*nickt*)

**T:** „Mhm. (*nickt*) Und genau da wollte auch nochmal hinkommen, heute. Denn da sieht man ja wieder wunderbar, dass das Auftreten und die Qualität der Blocks ganz, ganz wenig von den Rahmenbedingungen abhängen. Das haben wir in der letzten Stunde auch gesehen, können Sie sich erinnern?“

**P:** (*nickt bekräftigend*)

**T:** „Sie habe erst hier im relativ privaten Setting, hier mit mir zu zweit, schon vorher geübt. Da waren ab einer gewissen Zeit auch Blocks. Und dann kam das Publikum und wir haben das außen herum zwar ein Bisschen anders gestaltet, aber Publikum war dennoch da. Wie erinnern Sie sich, gab es da eine Abweichung von der Symptomatik oder war die gleich vom Verlauf und von der Stärke der Blocks?“

**P:** „Mmm... also ich weiß nicht... ich habe das eher so gefühlt, dass das stärker war... (*wirkt sehr unsicher*)“

**T:** „Da würde ich Ihnen fast widersprechen.“

**P:** „Also zumindest nicht, wenn man **das** (*meint den Vortrag von dieser Stunde*) zum letzten Mal vergleicht. Beim letzten Mal war das bei **uns** (*zeigt auf sich und T.*) eher stärker als beim Publikum. Ja! Ich habe zuerst gedacht, dass war mit dem Publikum davor, wo wir nur zu zweit waren.“

**T:** „Genau, nee, ich meinte diese beiden Situationen in der letzten Stunde. Dennoch finde ich, auch wenn Sie vielleicht subjektiv den Eindruck haben, dass es da eine leichte Veränderung gab, die ist wirklich nur minimal. Das ist das, was Sie heute auch wieder bemerkt haben. Wenn Sie in einen starken Block kommen, das hat dann wenig mit den Außenbedingungen zu tun.“

**P:** (*nickt*) „Mhm!“

**T:** „Sondern, genauso, wie Sie es eben auch gerade selbst analysiert haben: das hat damit zu tun, dass sich in dem Moment ein Gedanke breit macht, der dysfunktional wirkt, ja?“

**P:** (*nickt*)

**T:** „Das ist eine kognitive Sache. Das ist innerlich etwas, was Sie blockiert, nicht äußerlich. Das ist nochmal wichtig zu wissen.“

**P:** „Ja!“

Transkript vom 12.12.2013 (8. Therapiesitzung)

### **Situation 1:**

*(vor einem weiteren Kurzvortrag auf Englisch im Zweiersetting werden die Ziele festgesteckt)*

**T:** „Dann möchte ich nochmal die Zielformulierung abklären – Was setzen Sie sich als Ziel?“

**P:** „Also, ähm, dass es.... Moment... ähm. Also das Ziel ist, die Aufregung auszuhalten.“

**T:** „Genau!“

**P:** „Das war **ein** Ziel und dass es so, wie es ist, gut genug ist. *(nickt)* Oder gut ist!“

**T:** *(nickt)* „Genau! Alles klar! Gut, dann gehen Sie mit **dem** Gedanken rein und erzählen Sie mal was über Weihnachtsmärkte auf Englisch. *(lacht)*“

**P:** *(nickt und lacht ebenfalls)*

### **Situation 2:**

*(im Anschluss an den Kurzvortrag, der sich im Verlauf mehr zu einem freien Gespräch entwickelte, wird anschließend gemeinsam reflektiert)*

**T:** „Wenn Sie nochmal zu Ihrer Zielformulierung gucken: Sie haben gesagt, Sie möchten es so gut machen, wie möglich, es ist gut, egal wie es läuft, das heißt Sie haben für sich den Druck rausgenommen. Und Sie möchten sich mit der Aufregung konfrontieren. Da würde ich mal fragen: War denn überhaupt eine Aufregung da?“

**P:** „Ein Bisschen vielleicht, aber nicht viel!“

**T:** „Mhm, weniger als in den letzten Stunden?“

**P:** „Ja! Es war eigentlich immer ziemlich niedrig.“

**T:** „Also immer relativ konstant?“

**P:** „Ja! Auch als das dann ein Bisschen schwieriger wurde, wo ich dann mehr so Blocks und Stotterereignisse hatte, selbst **da** gings!“

**T:** „Mhm! Sie haben ja als Ziel eben diesen Gedanken formuliert: Es ist gut, egal wie es läuft. Habe Sie währenddessen das Gefühl gehabt, dass das etwas war, was verinnerlicht war, oder war es immer noch so, dass es von außen kam?“

**P:** „Kann gut sein, dass das auch schon ein Bisschen verinnerlicht war.“

**T:** „Ich denke auch, dass das der Fall ist, denn wir haben jetzt an mehreren Dingen schon immer wieder gesehen, dass es bei Ihnen **nicht** auf die Außenfaktoren ankommt.“

**P:** „Ja.“

**T:** „Was könnte denn ein Beweis dafür sein, jetzt heute in **dem** Gespräch, dass es so ist, wenn wir nochmal zusammen überlegen?“

**P:** (*denkt nach*) „Naja, es gab ja nix, was mich von außen her abgelenkt hat.“ (*nickt*)

**T:** „Mhm. (*nickt*) Wenn Sie mal daran denken, wie ich mich als Gesprächspartner oder Zuhörer verhalten habe?“

**P:** „Sie haben eher gefragt und aber auch auf jeden Fall abgewartet und äh... waren interessiert.“

**T:** „Mhm, genau! Die beiden letzten Sachen auf jeden Fall auch. Ich wollte auf das hinaus, was Sie als erstes gesagt haben. Ich habe mich ziemlich aktiv verhalten, als Zuhörer.“

**P:** „Genau!“

**T:** „Ähm... in den letzten Gesprächen war es oft so, dass Sie durch so ein Frageverhalten, ähm..., dass man das eher in der Symptomatik gemerkt

hat, dass das noch mehr verunsichert. Das heißt, man könnte jetzt folgenden Schluss ziehen... Was würden Sie daraus ableiten?“

**P:** „Also, naja, wenn mich jetzt das Aktive nicht rausbringt, ja dann ist es entweder die Übung oder es liegt halt nicht an den Fragen, dem Aktiven!“

**T:** „Genau! Das heißt, einerseits ist es so, dass Sie dadurch, dass Sie sich schon so oft in diese Situation rein begeben haben und sich der Unsicherheit gestellt haben, dass es einerseits schon geschrumpft ist, auf Ihrer Skala. Würden Sie das so unterschreiben?“

**P:** „Ja! (*nickt*) Doch!“

**T:** „Und der andere Punkt ist, dass diese Denkprozesse, die wir sehr ausführlich immer wieder analytisch nachvollzogen haben, dass das jetzt nichts mehr ist, was irgendwie so außen steht, sondern ich habe das Gefühl, Sie haben auch Ihre innere Haltung zum Stottern verändert, ein Stück weit. Ist das so?“

**P:** „Ja!“ (*nickt bestätigend*)

**T:** „Schön, ja!“

Transkript vom 19.12.2013 (9. Therapiesitzung)

### **Situation 1:**

*(P. hat denselben Kurzvortrag wie in der vergangenen Stunden nochmals in-vivo vor einem kleinen Publikum gehalten. Der Verlauf wird im Folgenden reflektiert.)*

**T:** „Vom Setting war's ja heute wieder ein Bisschen anders, es waren ja deutlich mehr Leute als letzte Stunde. Hat das einen Einfluss gehabt auf das Sprechen, beziehungsweise auf das Stottern?“

**P:** „Nein, eher weniger. Zumindest weniger stark.“

**T:** „Mhm. Gab es Symptome oder gab es überhaupt keine?“

**P:** „Ein Bisschen schon. Aber eher so leichte Symptome.“

**T:** „Hatten Sie die von Anfang an, oder wann kamen die?“

**P:** „Nee, eher so in Richtung zum Ende.“

**T:** „Mhm. War das noch innerhalb des Vortrags, den Sie vorbereitet haben oder war das eher so bezogen auf die Fragesituation?“

**P:** „Das kam schon im Vortrag vor, als wir über diese Christmas trees gesprochen haben.“

### **Situation 2:**

**T:** „Wie war das für Sie, als die Leute dann angefangen haben, Fragen zu stellen, als ich auch Fragen gestellt habe?“

**P:** „Es ging eigentlich. Es war jetzt nicht viel schwerer als im Vortrag.“

**T:** „Haben Sie ein Gefühl gehabt, dass die Aufregung vielleicht mehr wurde, wenn die Fragen weiter vom Vortrag weggingen?“

**P:** „Nee, glaube ich nicht.“ (*schüttelt den Kopf*) (...)

**T:** Also, man sieht wirklich, dass Sie die Außenfaktoren inzwischen ziemlich kalt lassen und dass, ähm, dass das mit den Grundsätzen jetzt vor allem funktioniert!“

**P:** „Mhm!“ (*nickt erfreut*)

**T:** „Es gibt immer weniger Situationen, wo Sie überhaupt mal in einen Block reinkommen. (...) Man merkt einfach, dass Sie das hier verinnerlicht haben, ne?“ (*T. zeigt auf das Blatt mit der Situationsanalyse*)

**P:** „Mhm!“

### **Situation 3:**

**T:** „Dann würde ich das mit den Teilerfolgen gerne nochmal aufgreifen. Wie können Sie das nochmal für sich zusammenfassen, was Sie heute geschafft haben?“

**P:** „Das hat heute eigentlich sehr gut funktioniert!“

**T:** „**Was** hat denn gut funktioniert?“

**P:** „Na, das Englisch reden auf jeden Fall. Ich hatte ja auch weniger Blocks und wenn ich Blocks hatte, kam ich da auch leichter wieder raus, Und die Blocks waren auch schwächer.“

**T:** „Genau! (...) Und eine ganz wichtige Sache haben Sie noch vergessen!“

**P:** „Ah! Ich mache es so gut wie ich kann...“

**T:** „Mhm! Das heißt es gelingt Ihnen auch einfach gut, diese Gedanken zu verinnerlichen und damit dann zu arbeiten. Wunderbar!“

Transkript vom 23.01.2014 (10. Therapiesitzung)

### **Situation 1:**

*(Eingangsgespräch)*

**T:** „Wie geht es Ihnen?“

**P:** „Naja, soweit g...ga-ga-ga...ganz gut (*stottert*)... nur ein Bisschen gestresst... aber... (*bricht ab*)“

**T:** „Ok... (*schaut fragend*). Wo haben Sie gerade Stress?“

**P:** „Na, eher so auf der Arbeit.“

**T:** „Mhm (*nickt*). Gibt's gerade ein großes Projekt?“

**P:** „Mm, ja...ja genau (*weicht aus, will nicht konkreter werden*). Ja... und dann ist es halt bei manchen Dingen so, dass man dann ewig was raussucht. Und manchmal ist das ja so, dass das ganz schnell geht, aber manchmal kann man auch stundenlang suchen und...“ (*bricht ab und nickt*)

**T:** „Mhm. Ja, das kann schon viel Zeit fressen, wenn man manchmal im Detail noch was suchen muss, das stimmt.“

**P:** „Mhm, genau!“ (*nickt*)

**T:** „Wie geht es Ihnen sonst? Finden Sie zu Hause auch noch ein Bisschen Zeit für sich?“

**P** : „Ja, doch!“

**T**: „Gut!“

Transkript vom 06.02.2014 (11.Therapiesitzung)

**Situation 1:**

*(Eingangsgespräch)*

**T**: „So, guten Morgen! (*lacht*) Wie geht es Ihnen?“

**P**: „Na ja... ich bin ganz schön k.o.“ (*lacht leise*)

**T**: „K.o. sind Sie. Ok, inwiefern?“

**P**: (*nickt*) „Na ja, weil es ähm... also zurzeit ist auf Arbeit relativ viel und dann mache ich eigentlich auch mittwochs abends beim Chor noch mit und dann habe ich halt Sport auch noch. (*zählt langsam an den Fingern ab*) Ja... und das ist dann ab und zu doch irgendwie ziemlich viel. Aber Chor und Sport ist eigentlich auch ganz wichtig, damit ich so einen Ausgleich hab.“

**T**: (*nickt mehrfach*) „Wie fühlen Sie sich denn insgesamt im Moment damit?“

**P**: „Naja, geht so...“ (*nickt und lächelt*)

**T**: „Das was im Moment anstrengend ist auf der Arbeit, sind das Sachen, wo Sie wissen, dass das auf absehbare Zeit ein Ende hat oder ist das gerade eher so eine Art Dauerstress?“

**P**: „Nee, das ist eigentlich... also ich **hoffe**, dass das auch mal ein Ende hat!“

**Situation 2:**

*(P. zeigt starke, anhaltende Blocks, während einen Vortrag über ein berufliches Thema auf Englisch im Zweiersetting mit T. übt, T. bricht die Übungssituation ab)*



**T:** „Das ist gerade sehr anstrengend für Sie. Beobachten Sie einfach mal: Wo könnte das gerade herkommen, dass Sie jetzt sehr stark blockiert sind? Gehen Sie nochmal im Kopf für sich durch, wie gerade Ihre Emotionen sind, Ihre Gedanken zu dem, was Sie da gerade machen. Und vielleicht auch: Bewerten Sie sich gerade auf irgendeine Art und Weise oder die Situation?“

**P:** (wirkt erschöpft, vermeidet Blickkontakt, schaut auf den Tisch und nickt)

**T:** (wartet zunächst auf eine Reaktion und interveniert dann) „Möchten Sie das still für sich machen oder wäre es Ihnen eine Hilfe, wenn wir das nochmal gemeinsam machen?“

**P:** „Ja, ich denke wir können das ja auch gemeinsam machen.“ (nimmt den Blickkontakt wieder auf)

**T:** Mhm! Was sind gerade für Gefühle da bei Ihnen?“

**P:** „Na sowas wie: Ich schaffe es nicht.“

**T:** „Mhm, das ist eher ein Gedanke. Ähm... gibt es eine konkrete Emotion, die sich dazu benennen lässt?“

**P:** „Ich weiß nicht... Angst?! Ich weiß nicht, ob man das wirklich sagen kann...(überlegt weiter) Traurigkeit oder sowas!“ (wirkt sehr niedergeschlagen und hat Tränen in den Augen)

**T:** (nickt langsam) „Sie sind traurig darüber, dass Sie Ihr Ziel gerade nicht erreicht haben... Gibt es im Moment noch einen anderen Gedanken, außer „Ich schaffe es nicht“?“

**P:** „Na sowas wie: Ich komme nicht weiter. Aber das ist ja dann letzten Endes das gleiche.“

**T:** „Die gleiche Richtung, genau. Ok. Was steckt denn in dem Gedanken „Ich schaffe es nicht“ für eine Bewertung drin? Für die Situation aber auch für Sie **selbst** als Person?“

**P:** „Na, ne negative!“

**T:** „Mhm. Genau, das hat was mit Abwerten zu tun, ein Stück weit!“

**P:** (*nickt*)

**T:** „Ist es denn funktional oder effektiv für Sie, sowas zu denken, wenn Sie eine schwierige Sprechaufgabe machen?“

**P:** (*vehement*) „Nee!“ (*schüttelt den Kopf*)

**T:** „**Warum** nicht?“

**P:** „Na, weil mir das ja auch nicht weiterhilft!“

**T:** „Sie treten dann eigentlich noch mehr auf der Stelle, oder? Das ist ja etwas, was Sie verharren lässt. Da kommen Sie dann nicht mehr so gut raus, wenn Sie so denken, genau! Was könnte Ihnen **helfen** in der Situation?“

**P:** „Ich habe schon versucht **daran** zu denken. (*zeigt auf die positiven Umbewertungen*) Aber das ist halt schwierig, wenn jetzt gerade die Gedanken und Gefühle einen so überwältigen.“

**T:** „Das ist schwierig ja. Das kann ich gut nachvollziehen. Haben Sie das Gefühl, es bräuchte einen anderen positiven Gedanken oder sind Sie noch dabei, dass Sie sagen, das ist schon so für mich richtig, wie es da steht?“

**P:** „Ich glaube das ist schon richtig so!“

**T:** „Ok. Dann wäre es jetzt sinnvoll, sich nochmal anzugucken, was denn jetzt an dieser Sprechsituation anders, als an denen, die wir bisher in den letzten Stunden hatten? Denn da waren Sie ja quasi symptomfrei, wenn Sie auf Englisch gesprochen haben. Was können Sie da für Faktoren sehen?“

**P:** (*nickt*) „Na vielleicht... ich hatte mich gestern mit jemandem auf Englisch unterhalten und es ging schon, aber es war für mich echt extrem schwer, weil ich dann auch so Blocks drin hatte und so...“

**T:** „Ok. Das heißt, Sie hatten eine konkrete Situation, wo Sie auch erlebt haben, dass es nicht so gut klappt mit den Alternativen (*meint die*

*positiven Alternativkognitionen*). Das ist natürlich auch für mich wichtig zu wissen, weil ich dann den Hintergrund besser verstehen kann.“

**P:** (*nickt*) „Mhm! Und dann kann auch sein, dass mich etwas anderes auch so etwas aufwühlt. (*berichtet im Folgenden über ein Missverständnis / Kommunikationsprobleme mit ihrer Chefin, die ihr zu Unrecht eine lückenhafte Dokumentation bei einer Versuchsreihe angelastet habe*) Und dann hatte ich im Chor starke Probleme zu reden. Und dann kam das mit den Kopfschmerzen auch noch.“

**T:** „Das heißt, Sie waren emotional auch stark belastet, höre ich da raus. Das setzt einen psychisch vielleicht auch nochmal mehr unter Stress, wie wenn man jetzt die Anforderung an sich hat: Ich muss auf Englisch sprechen!“

### **Situation 3:**

*(Reflexion nach dem zweiten Übungsdurchlauf desselben Vortrags)*

**T:** „Hat es Ihnen geholfen, jetzt nochmal den Gedanken aufzugreifen?“

**P:** „Im Moment jetzt nicht, aber es kann sein, dass ich ihn **vorher** denken muss. Aber wenn ich dann schon in der Situation drinne bin und dann diesen Block schon hab, dass es dann vielleicht einfach schon zu spät ist!“

**T:** „Mhm!“ (*nickt*)

**P:** „Das war dann nämlich auch so: ich habe dann diesen Satz ständig gedacht und konnte mich aber auf das andere nicht mehr konzentrieren.“

(...)

**T:** „Das ist doch ganz wichtig, was Sie da gerade festgestellt haben. Nämlich, dass man frühzeitig das hier (zeigt auf die Liste mit den positiven Umbewertungen) schon vorher sicher im Kopf haben muss!“

**Situation 1:**

*(P. erzählt von der letzten Arbeitswoche. Sie hat unter anderem einen Stipendiaten geprüft, der mit ihrer Bewertung nicht einverstanden war. Sie berichtet im Eingangsgespräch darüber, wie sie auf dessen Vorwürfe reagiert hat)*

*(...)*

**P:** „Und dann hat er dann noch gefragt, was er dann jetzt noch machen kann... Weiß ich jetzt auch nicht, *(zuckt mit den Achseln und lächelt)* weil ich mein: auf sowas kann er dann auch selber kommen! Man muss ja nicht sagen: „Naja, sie können mich schon verklagen, aber das bringt auch nicht wirklich was.“ *(lacht)*

**T:** „Ja, ich denke, dass es wahrscheinlich auch geschickt ist, wenn man da auch ein Bisschen Distanz wahrt, ne?“

**P:** „Mhm, ja.“ *(nickt und lächelt)*

**T:** „... sich da nicht so angreifbar macht auf ner Ebene...“

**P:** „Genau! Ja gut, das mit dem Stipendium wusste ich vorher auch nicht, weil er meinte, da muss man irgendwie mindestens ne 1,5 haben und die haben jetzt aber auch noch ne schriftliche Prüfung und dann muss er sich **da eben mehr anstrengen!** (...) Also ist das wahrscheinlich... *(macht eine Pause, lächelt und zeichnet Anführungszeichen in die Luft)* ... jammern auf hohem Niveau!“

**T:** „Ja, ich denke, da muss man sich auch ein Stück freimachen von der Sache, dass man sagt, man hätte da jetzt irgendwie Schuld dran. *(macht eine kurze Pause und fügt dann vehement hinzu)* Nee! Das liegt dann an dem Prüfling und fertig!“

**P:** „Genau!“

## Situation 2:

**T:** „Hat sich der Stress, den Sie jetzt noch hatten, durch diese Prüfung, hat sich das nochmal irgendwie niedergeschlagen auf's Sprechen? Können Sie da was berichten?“

**P:** (*denkt kurz nach*) „Ähm... nur halt so ein kleines Bisschen, dass ich halt bei manchen Wörtern dachte: „Ohje, kann ich das jetzt aussprechen?“ oder sowas, ne?“

**T:** (*nickt*) „Mhm, auch im Deutschen dann?“

**P:** (*nickt*) „Mhm. Aber das waren dann ganz wenige.“

**T:** „Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Haben Sie... war das dann, ich sag mal, ein sehr negativ besetzter Moment für Sie? Oder würden Sie sagen, Sie haben dann da einfach selbstbewusst weitergesprochen in dem Moment?“

**P:** „Eher hab ich selbstbewusst weitergesprochen. Also, es war jetzt nicht so, dass mich das am Boden zerstört hätte oder so!“ (*grinst*)

## Situation 3:

*(Reflexion der starken emotionalen Belastung der Patientin in der vergangenen Stunde im Zusammenhang mit den starken und anhaltenden Blockaden, die in der Übung des berufsspezifischen Vortrags auf Englisch im Zweiersetting aufgetreten sind)*

**T:** „(...) Und da wäre für mich nochmal wichtig, dass wir, äh... gemeinsam nochmal differenzieren, hmm... Diese Unsicherheit oder Angst, die Sie in diesem Moment hatten, ähm, war die direkt auf das Sprechen bezogen, ist die quasi dadurch entstanden, dass Sie in eine schwierige Sprechsituation gekommen sind? Das wäre die eine Möglichkeit. Oder war das der Stress oder psychische Druck, der durch was **ganz anderes** entstanden ist, nämlich so durch die berufliche Schiene, durch etwas, was Sie anderweitig beeinflusst hat, aber **nichts** mit dem Sprechen **per se** zu tun hat?“

**P:** „Also, ich glaub, das wär eher das... das letztere. Das es irgendwas Psychisches war, was mich in dem Moment auch sooo... äh... naja, **aufgewühlt** hat und sich dann auf's Sprechen gelegt hat!“

**T:** „Genau, das wäre nämlich auch **mein** Eindruck und das wollte ich Ihnen gerne nochmal zurückspiegeln. Dass Sie wissen: das war jetzt nicht nur weil ich in dieser Situation auf Englisch überhaupt nicht reagieren konnte. (...) Sondern das waren einfach andere Umstände in dem Moment, ne? Das heißt, da waren Sie auf eine Art vielleicht emotional angreifbarer, aber das hatte nichts mit dem **Sprechen** zu tun, sondern das hatte eine andere Ursache!“

**P:** „Ja, genau!“

**T:** „Wenn Sie in solche Situationen kommen, reagieren Sie dann öfter so?“

**P:** „Mmm... unterschiedlich. Kommt darauf an, wie's mir glaube ich **insgesamt** geht.“

(...)

**T:** „Ich weiß ja noch (...), dass Sie parallel noch eine Psychotherapie haben. Geht's da auch um solche Themen oder was machen Sie da? Das würde mich mal interessieren...“

**P:** „Ähm..., also es geht... auch um solche Themen. Um sozusagen, um das eigenen Selbstbild (*spricht langsam*). Mir geht's oft so, dass ich mich eher... wie soll ich sagen, herabsetze (*macht eine entsprechende Handgeste*)... oder mein Selbstwert... zerstören kann man jetzt nicht sagen, aber dass ich das selber **runter** setze. **Darum** geht's, dass da mir bewusst werde, was ich da eigentlich in dem Moment **denke** und **fühle** und dass ich da auch, ähm, zum Einen, dass mir das da bewusst wird: „Upps, jetzt denke ich ja irgendetwas, was total kontraproduktiv ist für mich selber. (*schüttelt den Kopf*) Ja... und dass ich dann da auch versuche, dagegen zu handeln, sozusagen.“

**T:** „Das ist ja sehr interessant, denn das ist ja vom Aufbau her genau dasselbe, was wir hier gerade machen, nur mit einem anderen Fokus. Das finde ich sehr gut!“

#### **Situation 4:**

*(Reflexion nach dem erneuten Üben des berufsspezifischen Vortrags auf Englisch im Zweiersetting am Tisch mit anschließender Konversation auf Englisch; P. zeigte während der gesamten etwa 20-minütigen Sequenz keine Stottersymptome und konnte sehr frei auf die Fragen von T. reagieren)*

**T:** „(...) Sie haben sich ja auf eine dieser Alternativkognitionen festgelegt *(zeigt auf Ps. Notizen)* vorher und gesagt: „Da möchte ich mich gerne darauf konzentrieren, während des Vortrages.“ Wie ist Ihnen das gelungen, würden Sie sagen?“

**P:** „Ich habe mich vor allem so am **Anfang** darauf konzentriert, dann gar nicht mehr so, also...“ *(nickt)*

**T:** „Gute Beobachtung! Ähm, Warum glauben Sie, dass das ausreicht?“

**P:** „Na, weil man dann ja schon erst mal drinne ist und wahrscheinlich den Gedanken vielleicht trotzdem noch im Hinterkopf hat, ne?“

**T:** „Genau! Das finde ich ganz wichtig, dass Sie da ein Bewusstsein für haben, inzwischen! (...) Da sieht man einfach, Sie haben das verinnerlicht, Sie können das reflektieren, was Sie machen, währenddessen. Und das ist eigentlich der Schlüssel zur Methode, auch! Gut!“

**P:** *(nickt erfreut)*

Transkript vom 27.03.2014 (13. Therapiesitzung)

#### **Situation 1:**

*(Im Rahmen der letzten gemeinsamen Therapiesitzung hat P. erfolgreich einen 20-minütigen Vortrag über ein berufsspezifisches Thema auf Englisch vor einem ihr unbekanntem Publikum von sieben Schülern gehalten. Im Anschluss daran wird gemeinsam reflektiert.)*

**T:** „Wie ging’s Ihnen denn vor dem Vortrag?“

**P:** „Boah, also da war ich schon ganz schön aufgeregt!“ (*lacht*)

**T:** (*lächelt*) „Mhm. Wie hat sich das denn gezeigt? Haben Sie da noch eine Wahrnehmung dafür?“

**P:** „Ähm, naja, also mich hat das alles so abgelenkt, dass Sie dann noch sowas gemacht hatten...(spielt darauf an, dass T. kurz vor Beginn des Vortrages noch die Handkamera installieren musste) ... und da hatte ich so das Gefühl, dass ich einfach nicht reden konnte, ne?“

**T:** (*nickt*) „Ja, genau. Sie haben dann bewusst auch nochmal gewartet. Und dann waren Sie auch glaube ich erst mal in einem ordentlichen Block drin, oder?“

**P:** (*nickt*) „Mhm, ja.“

## **Situation 2:**

**T:** „Wenn Sie jetzt mal reflektieren, wie der Vortrag gelaufen ist, wie war das: hat der Gedanke Ihnen geholfen, war der von der Art her richtig gewählt?“ (*meint die Alternativkognition: „Ich kann selbstbewusst vor Publikum sprechen, weil ich gut vorbereitet bin.“*)

**P:** „Doch, ich denke schon, ja!“

**T:** „Mhm. Und wie war das während des Vortrags? War das relativ konstant, dass Sie gedacht haben, „ja, der Gedanke ist noch da“ oder gab’s mal Situationen, wo Sie gedacht haben, „hm, jetzt muss ich aufpassen“?“

**P:** „Na also, das ist so, ähm... wenn man ja direkt den Vortrag macht, da ist ja dieser Gedanke dann nicht mehr **so** präsent, ne?“

**T:** „Mhm. (*nickt*) Aber manchmal ist es ja vielleicht auch ein Gefühl, stelle ich mir vor, das dann daraus resultiert, dass man sich wirklich auf diesen Gedanken konzentriert, vorher.“

**P:** (*nickt langsam*)



**T:** „Wie haben Sie sich **geföhlt**, währenddessen?“

**P:** „Also, ein Bisschen aufgereggt, aber sonst nichts weiter.“

(...)

**P:** „Bei der einen Folie war das **besonders** deutlich.“ (*meint die Aufregung*)

**T:** „**Was** war da besonders deutlich?“

**P:** „Das war das mit dem Hämatokrit...“ (*grinst*)

**T:** „Was ist da **passiert**?“

**P:** (*stöhzt ihr Kinn auf und überlegt kurz*) „Naja, da war für den Moment der Gedanke, naja, „Kannst du das jetzt überhaupt sagen oder erzählen?“ Ja!“

**T:** „Da kam dann ein anderer Gedanke noch dazu. Wie hat sich das ausgewirkt auf's Sprechen?“

**P:** „Das war dann schwieriger.“

**T:** „Was heißt schwieriger?“

**P:** „Das war dann eher auch so nen Block!“

### **Situation 3:**

(*Gegen Ende der Stunde wird P. angeleitet, die zu Beginn der Zusammenarbeit gesteckten Ziele mit den bis zum jetzigen Zeitpunkt erreichten Therapieerfolgen abzugleichen.*)

**T:** „Wenn Sie nochmal für sich zurückschauen: Wir haben ja jetzt einige Stunden miteinander gearbeitet. Was waren die Ziele anfangs und was haben Sie davon jetzt erreicht?“

**P:** „Naja, die Ziele waren, dass ich halt so einen Vortrag überhaupt halten kann. (*meint das Sprechen auf Englisch vor Publikum*) Dass das für mich halt leichter ist du dass ich dann auch besser mit den Blocks klar komme. Beziehungsweise dadurch, dass ich besser damit klar komme (*meint das*

Stottern), dann auch weniger Blocks habe. Und das ist jetzt auf jeden Fall so!“ (*lächelt*)

#### **Situation 4:**

**T:** „Was können Sie da noch für sich mitnehmen in den Alltag, aus der Methode?“ (*meint die kognitive Umstrukturierung im Rahmen der Situationsanalyse*)

**P:** „Also, ich kann mir ja diese Gedanken mitnehmen und darauf immer mal schauen. (*meint die gemeinsam entwickelten positiven Umbewertungen*) Und außerdem ist das ja dann auch so: man achtet dann selber mehr auf seine Gedanken und merkt dann plötzlich: „Das, was ich gerade denke ist vielleicht total **negativ**.“ Deswegen muss ich das einfach mir anders formulieren, damit ich das dann sozusagen **positiv** denken kann.“

**T:** „Genau!“

#### **Situation 5:**

**T:** „Wenn Sie nochmal Ihre Persönlichkeit angucken oder auch Ihr Selbstwertgefühl, haben Sie da auch eine Veränderung erlebt in den letzten Stunden?“

**P:** „Ja, ich denke schon. Das ist **besser!**“ (*nickt*)

**T:** „Mhm! Was heißt **besser**? Können Sie das noch ein Bisschen konkreter machen?“

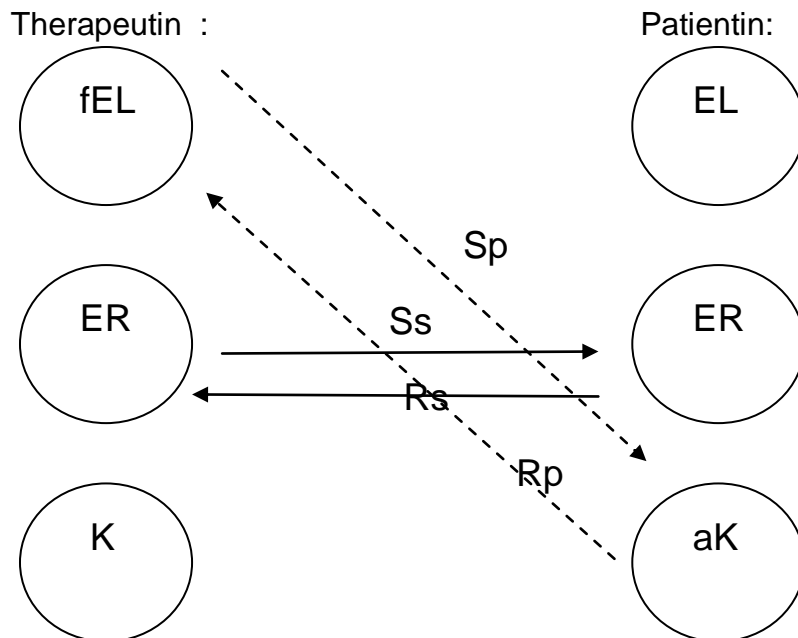
**P:** „Also, dass das Selbstwertgefühl **höher** ist! Also vor allem in Bezug auf das Stottern.“

**T:** (*nickt*) „Genau, hatte ich auch den Eindruck!“ (*lächelt*)

## 8.2 Exemplarische funktionelle Analyse der Ich-Zustände (schematisch)

1. Therapiesitzung vom 24.09.2013

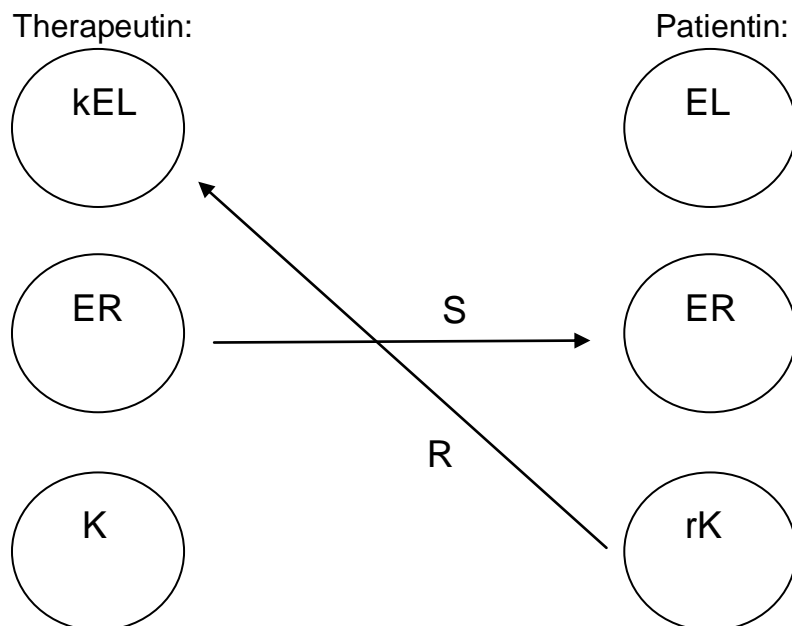
### Situation 1: verdeckte Transaktion, Duplex-Typ



T: (*überlegt*) „Hm..., fühlen Sie sich jetzt gerade angespannt?“

P: „Nee, denke ich nicht.“ (*hat dabei die Arme fest vor der Brust verschränkt*)

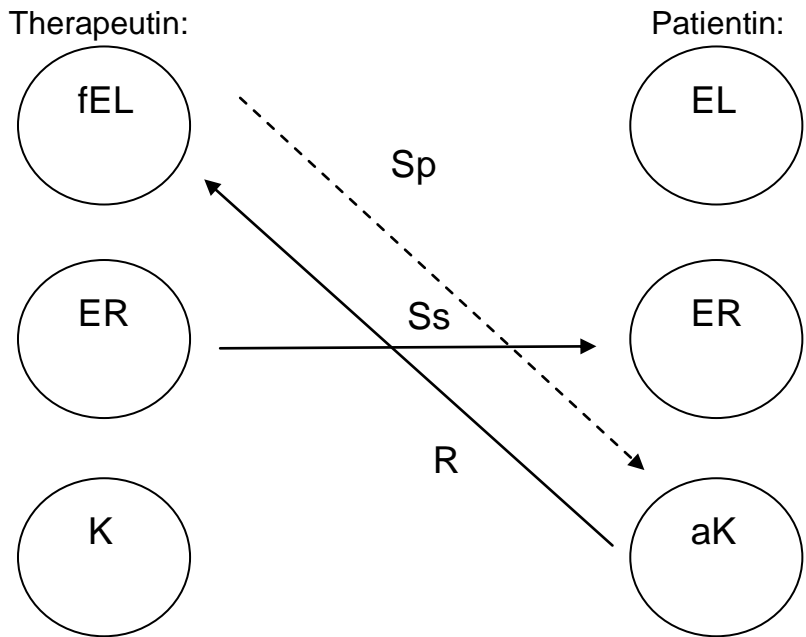
### Situation 2: Überkreuztransaktion



T: „Überlegen Sie mal, was könnten Sie sich denn vornehmen oder formulieren? Einen ersten Schritt in die Richtung zum Beispiel.“

P: (schaut irritiert und wirkt leicht verärgert) „Na, dass ich leichter aus den Blocks rauskomme!“

**Situation 3: verdeckte Transaktion, angulärer Typ**

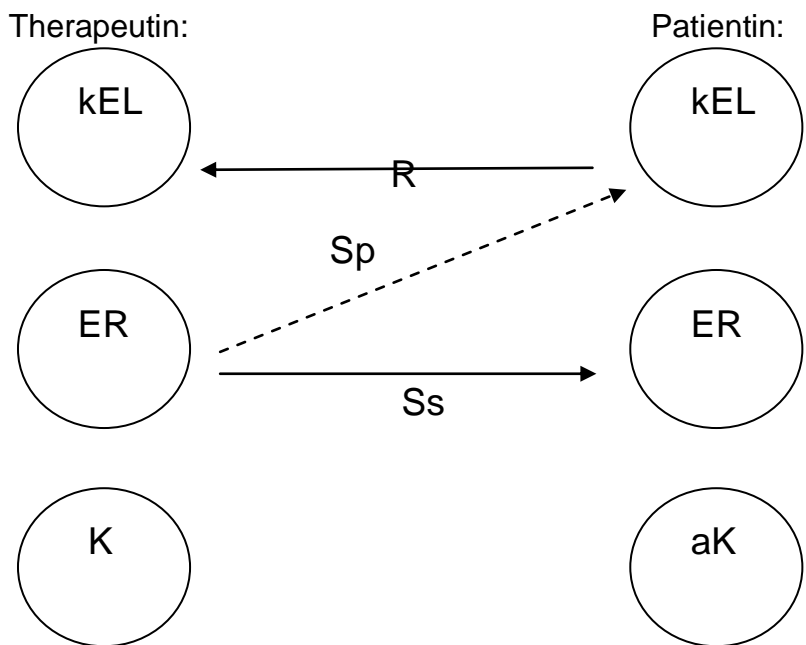


T: „Das kann auch ein kleines Ziel auf dem Weg dahin sein. Das dürfen Sie gerne mit aufnehmen, wenn Sie möchten. Wie können Sie's formulieren?“

P: (wirkt ratlos und Blickkontakt zu T. auf) „Ich weiß nicht, wie ich das jetzt aufschreiben soll.“

2. Therapiesitzung vom 10.10.2013

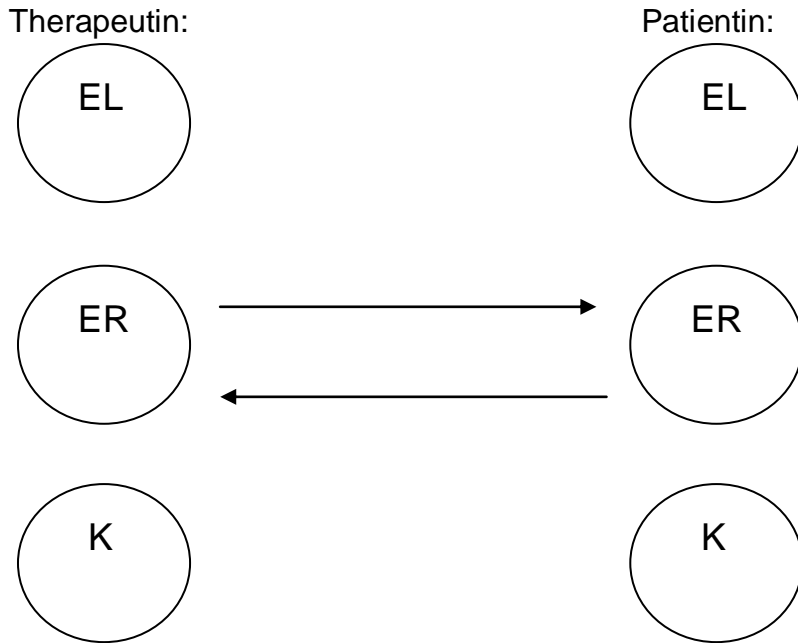
**Situation 1: verdeckte Transaktion, angulärer Typ**



T: „Das ist ja für mich auch angenehmer, wenn es da draußen still ist. Also letztes Mal fand ich's zu laut, das habe ich denen auch gesagt hinterher...“

P: (fällt T. ins Wort) „Das kann auch sein, dass die auch relativ laut waren, also...ja, das ist dann auch doof!“ (wirkt erleichtert)

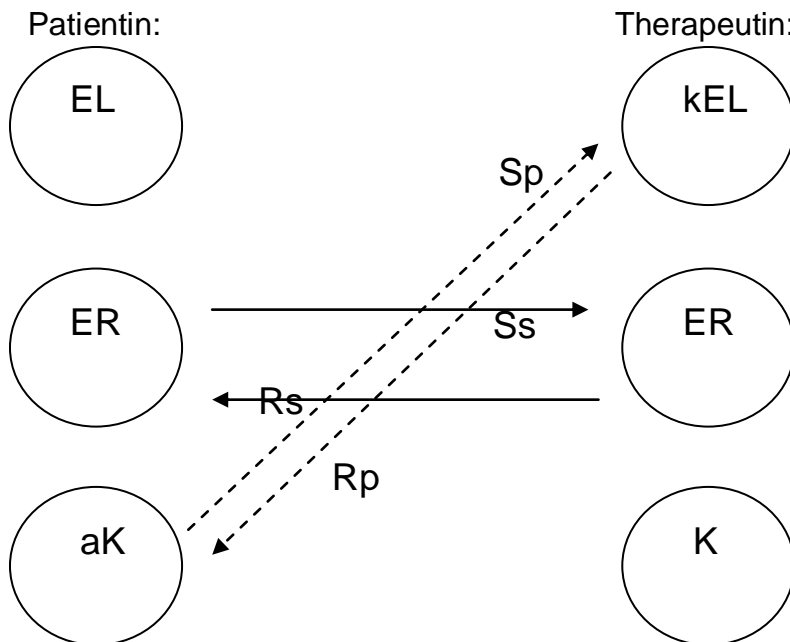
### Situation 3: redefinierende Transaktion, tangentialer Typ



**T:** „...da war ein Gefühl von Aufregung. Hat sich das verändert, im Verlauf, währenddessen und jetzt hinterher?“

**P:** (*überlegt kurz, nimmt dann den Stift und will etwas notieren*) „Mhm..., also Aufregung war dann eigentlich nicht mehr...“

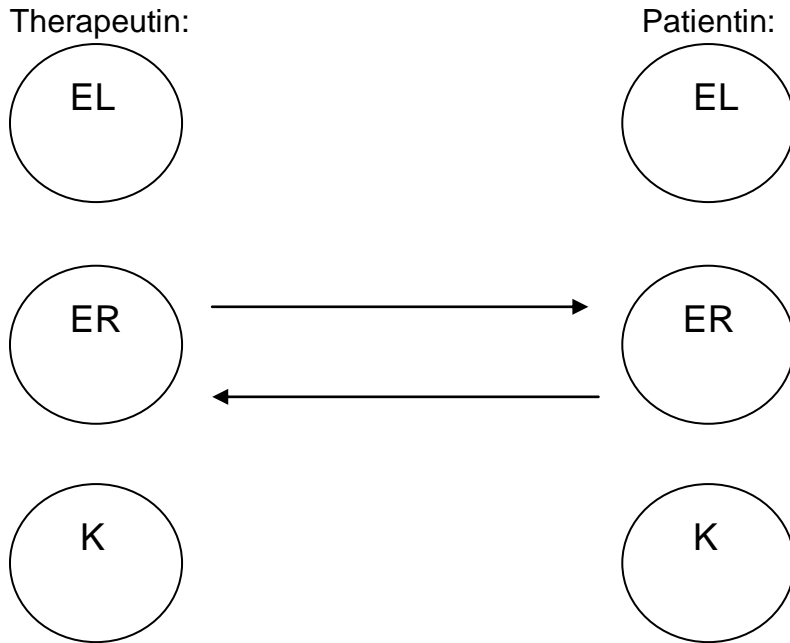
### Situation 4: verdeckte Transaktion, Duplex-Typ



**P:** (*denkt nach*) „Ich...hmm...sowas wie: Ich versuche Hilfestellungen zu nutzen, oder...?“ (*schaut T. fragend an*)

**T:** „Mhm...das ist auch eher ein Gedanke als eine Bewertung, das können Sie aber wunderbar auch noch mit aufnehmen...“

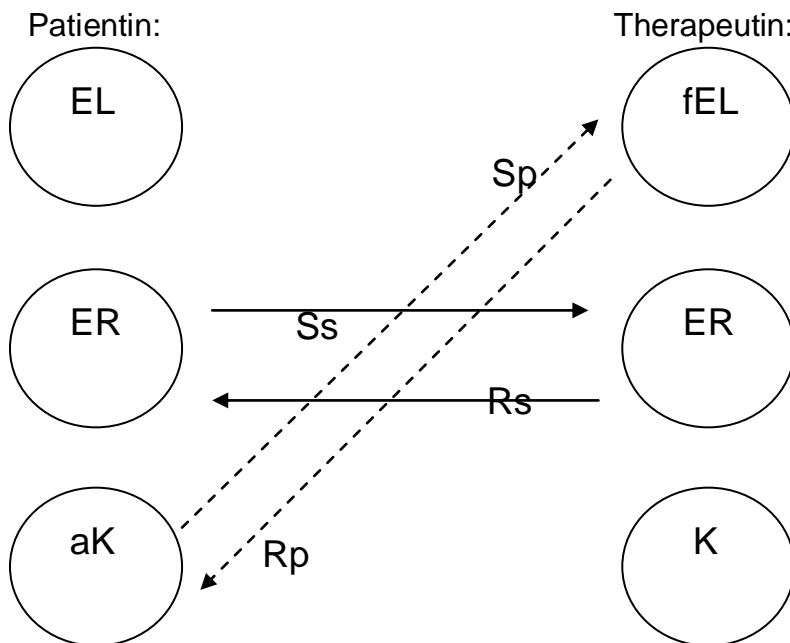
### Situation 5: redefinierende Transaktion, tangentialer Typ



**T:** „Wie war das, als Sie in den Blocks drin waren, wie haben Sie das erlebt? War das unangenehm... oder möglicherweise negativ?“

**P:** *(denkt nach, stützt ihren Kopf auf den Händen ab und verengt die Augen)* „Mhm, ja..., doch. *(spricht langsam)* Un-an-ge-nehm. Schon. *(schreibt es auf)* Und dann hab ich halt vorher das Pseudostottern angewendet...ähm...“ *(überlegt weiter)*

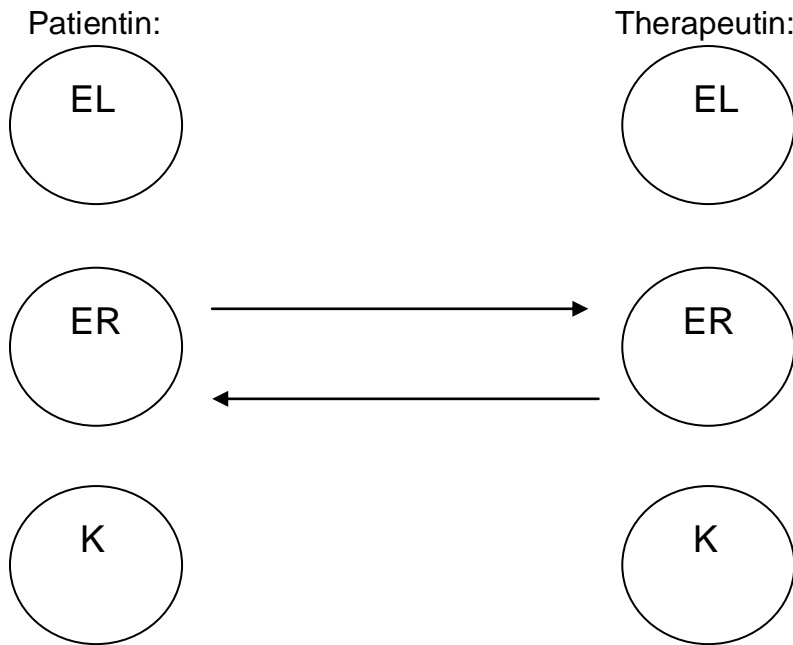
### verdeckte Transaktion, Duplex-Typ



**P:** *(nickt)* „Also, ist es sowas wie eher vielleicht... ich selbst sage zwar: ich **will** das schaffen, aber vielleicht ist es eigentlich: ich **muss** das schaffen, ne? Also...“

**T:** „Genau! Das finde ich ganz ganz wichtig, was Sie da gerade gesagt haben. Dass Sie vielleicht...also hier in dem Gedanken, wie Sie den jetzt formuliert haben, haben Sie **will** verwendet, aber eigentlich haben Sie ein **Muss** gedacht!“

### Situation 6: redefinierende Transaktion, tangentialer Typ

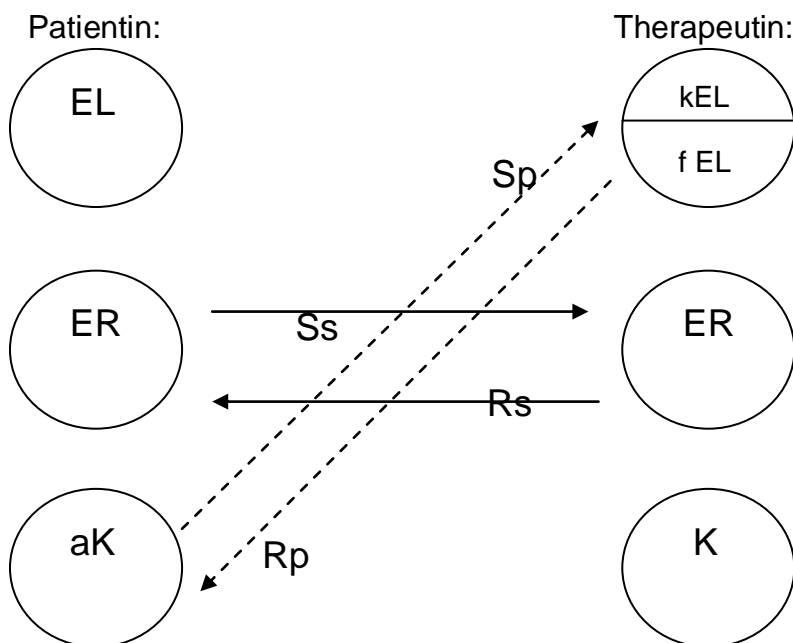


**P:** „Ich überlege gerade, weil da kommt jetzt zweimal das „Nicht“ drin vor. (...) Und wenn man diesen Satz jetzt lernt, dass man eigentlich sagt: es ist schlimm, wenn ich das nicht schaffe.“

**T:** „Ja, das finde ich eine gute Idee und vielleicht können wir das hinkriegen, dass Sie das positiv formulieren...“

### 3. Therapiesitzung vom 17.10.2013

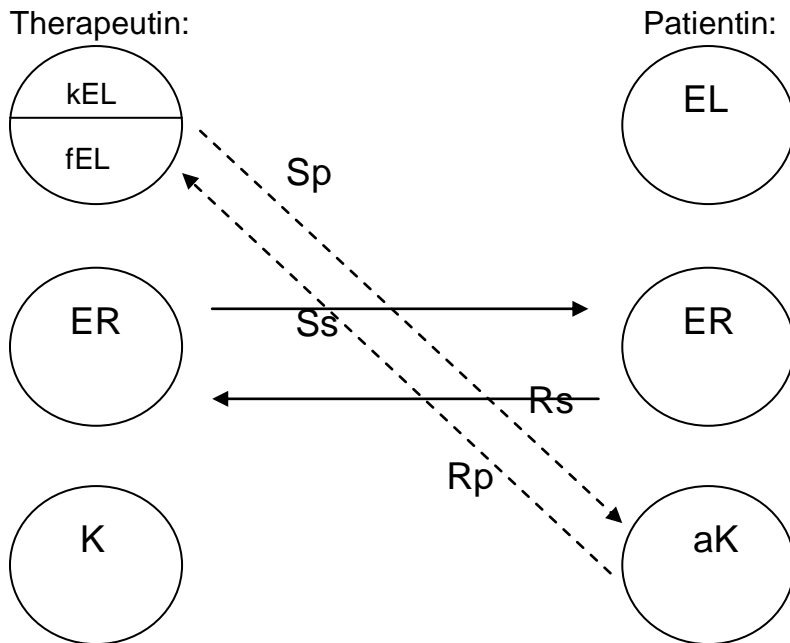
### Situation 3: verdeckte Transaktion, Duplex-Typ



**P:** „Vielleicht könnte ich da sagen: Wenn ich Angst habe, nicht weiter zu kommen, verwende ich das Pseudostottern. Das ist aber vielleicht zu lang, oder?“ (*schaut T. fragend und unsicher an*)

**T:** (überlegt kurz) „Nee! (mit Nachdruck) Das können Sie gerne mit aufnehmen!“

## verdeckte Transaktion, Duplex-Typ

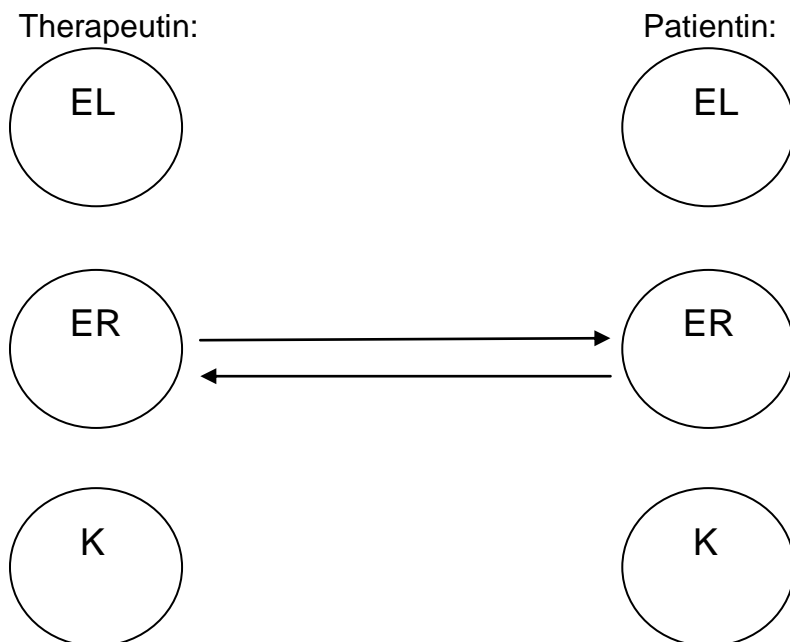


T: „Gut! Das finde ich... ist auf jeden Fall positiver formuliert als die erste These... (*verbessert sich schnell*) Was nicht heißt, dass das nicht so sein **darf!**“

P: „Ja, ja!“ (*nickt heftig*)

### 4. Therapiesitzung vom 07.11.2013

#### Situation 2: Kette an Komplementärtransaktionen



T: „(...) Das heißt, was impliziert das, was haben Sie in dem Moment für eine Anforderung an sich gestellt? Oder was sagen Sie sich in diesem Moment“

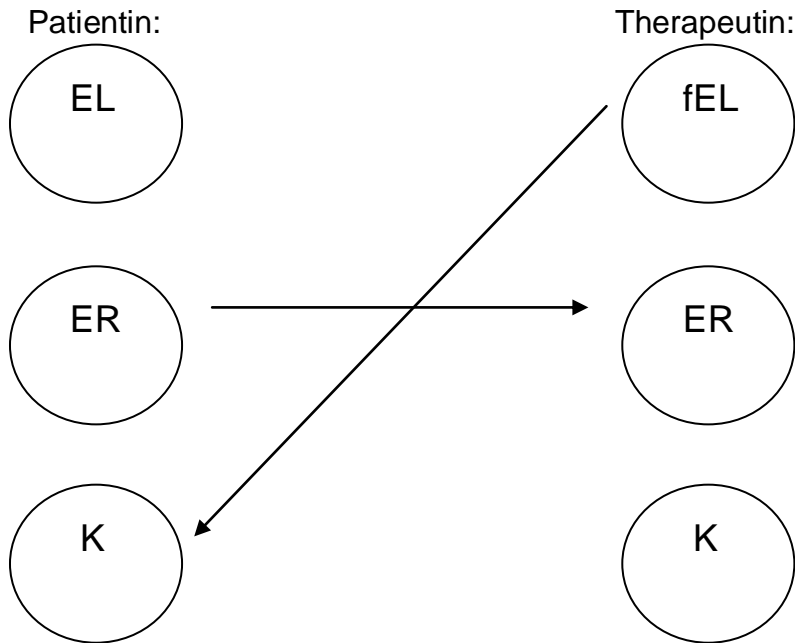
P: „Ich habe eine höhere Anforderung an mich gestellt, als ich geschafft habe.“



T: „(...) Und wenn Sie's aber besser machen wollten, was machen Sie dann in dem Moment mit Ihrem Selbst?“

P: „Ähm, vielleicht, dass man dann minderwertig wird.“

#### Situation 4: therapeutische Kreuztransaktion

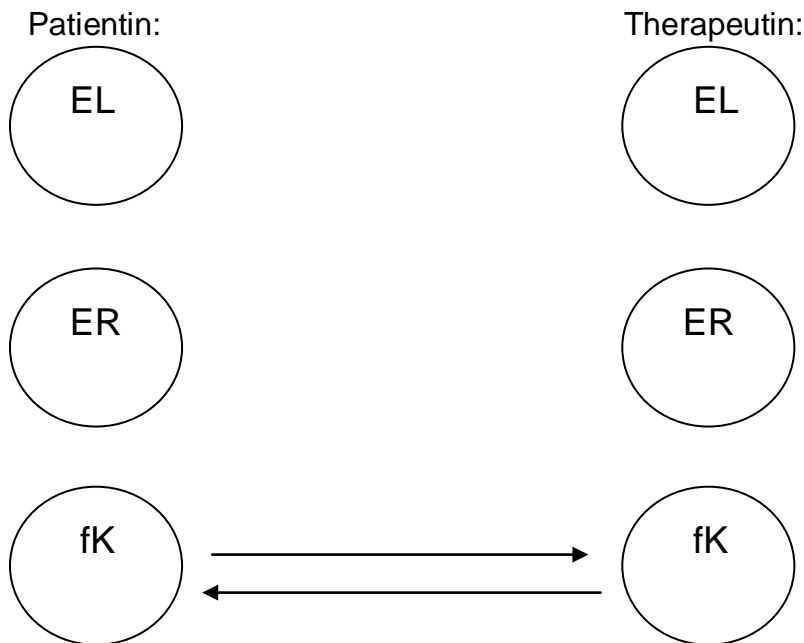


P: „Ich kann ja auch sagen: Ich kann mich über Teilerfolge freuen!“

T: „Ja, sehr gut! Genau das hätte ich auch angestoßen, wenn Sie nicht von selbst draufgekommen wären.“

#### 5. Therapiesitzung vom 14.11.2013

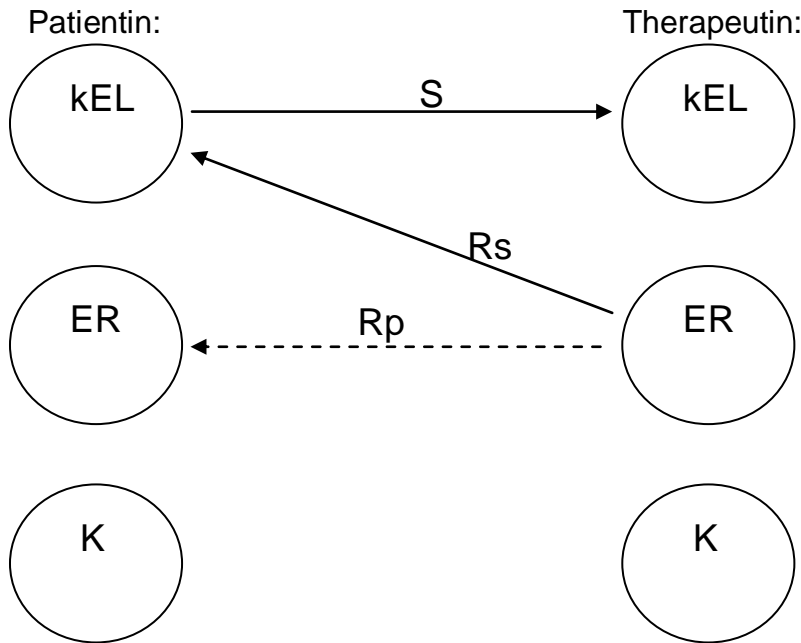
#### Situation 4: Komplementärtransaktion



**P:** „(...) Ich habe eben gemeint, dass mir das alles viel zu viel wird, dass ich tagsüber Experimente mache und abends und am Wochenende an dem Antrag schreibe und dann nicht mal mehr irgendwie Freizeit habe!“

**T:** (*nickt, erwidert vehement*) „Na klar!“

**verdeckte Transaktion (bewusst angewandt), angulärer Typ**

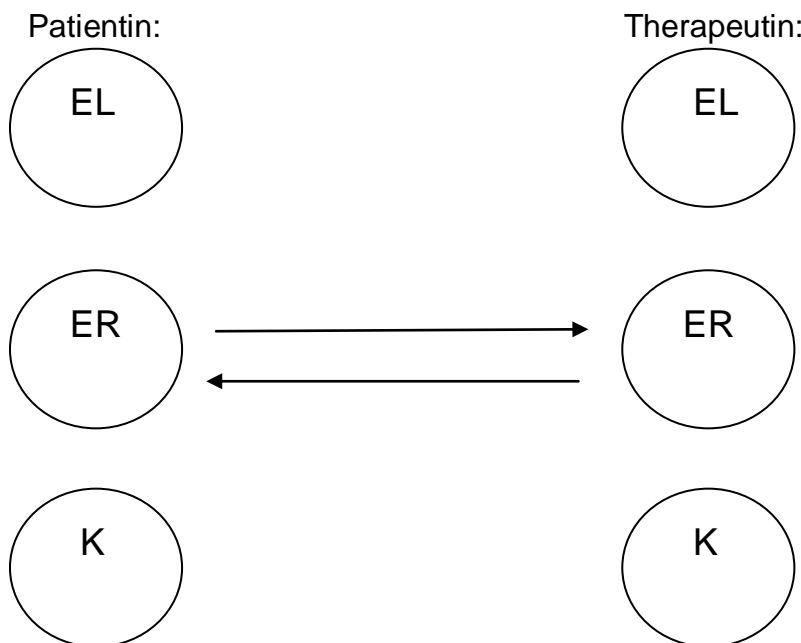


**P:** „Das geht ja auch nicht! Also...“ (*schaut T direkt an*)

**T:** (*nickt und erwidert den Blickkontakt*) „(bestimmt) Ja! Und wie hat sie's aufgenommen?“

6. Therapiesitzung vom 21.11.2013

**Situation 1: Kette an Komplementärtransaktionen**



**P:** „Ich fühle mich da jetzt ein Bisschen... ähm... ich finde das jetzt ein Bisschen zu... zu schwer auf einmal, weil ich habe den Vortrag ja jetzt gar nicht geübt, ich hab den... nur mir Notizen gemacht und ich hab jetzt nicht damit gerechnet, dass ich das dann gleich vor so vielen vormachen muss...“

**T:** „Okay.“

**P:** „Also, ich kann das versuchen, aber...“

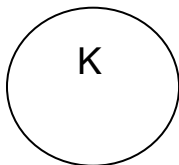
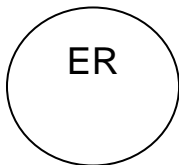
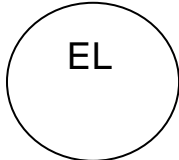
**T:** (*nickt*) „Mhm, verstehe. Gibt’s einen Bedarf, dass wir es erst nochmal im Rollenspiel üben, also dass Sie es quasi zweimal machen heute?“

**P:** (*nickt*) „Mhm, das wäre auch eine Idee, genau.“

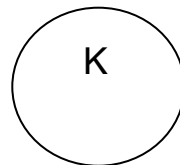
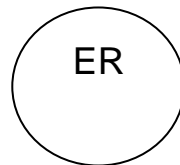
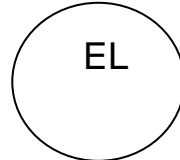
**T:** „Ja? Okay, gut. Denn ich fände es schon wichtig, dass wir von der Anforderung nicht runtergehen, ne? Wir haben ja letztes Mal besprochen: Publikum bleibt, aber die Anforderungen außen rum machen wir kleiner, das heißt, kein stressendes Verhalten, ich nehme Sie nicht mit der Kamera auf (...).“

## Situation 2: Komplementärtransaktion

Therapeutin:



Patientin:

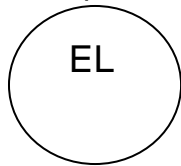


**T:** „Das Ziel war, die Angst zu beobachten. Ist (...) Ihnen das denn gelungen oder nicht?“

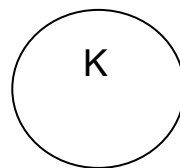
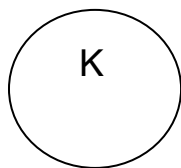
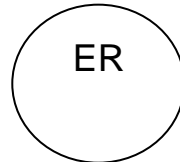
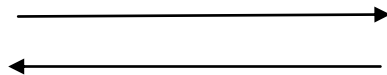
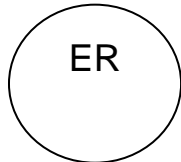
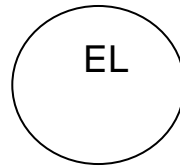
**P:** „Doch, doch schon...“

### Situation 3: Komplementärtransaktion

Therapeutin:



Patientin:



T: „(...) Wenn Sie jetzt nochmal auf die Angst gehen, hat sich die verändert oder blieb die eher konstant im Verlauf?“

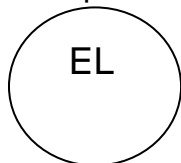
P: *(denkt nach)*

T: „Wenn Sie jetzt erst mal die ersten Versuche nehmen, wo wir nur zu zweit unterwegs waren, wo Sie mir erzählt haben, was Sie sich vorbereitet haben, wie war es da mit der Angst?“

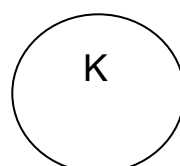
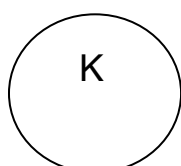
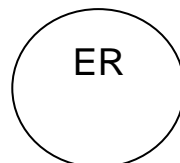
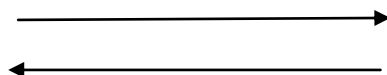
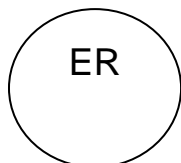
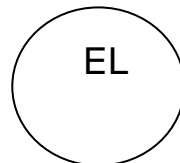
P: „Da war es eigentlich ähnlich... Oder ich weiß nicht, ob man das Angst nennen kann...“

### Situation 4: Kette an Komplementärtransaktionen

Therapeutin:

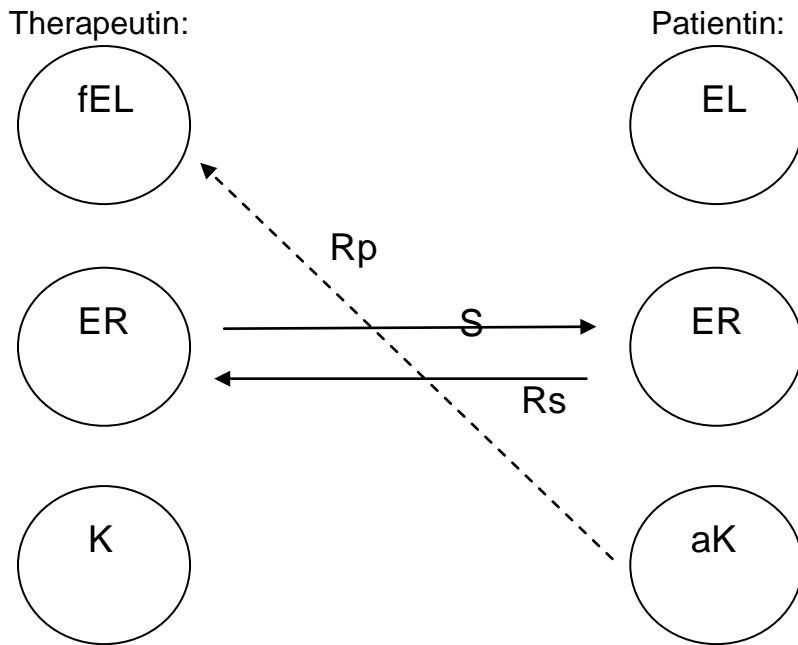


Patientin:

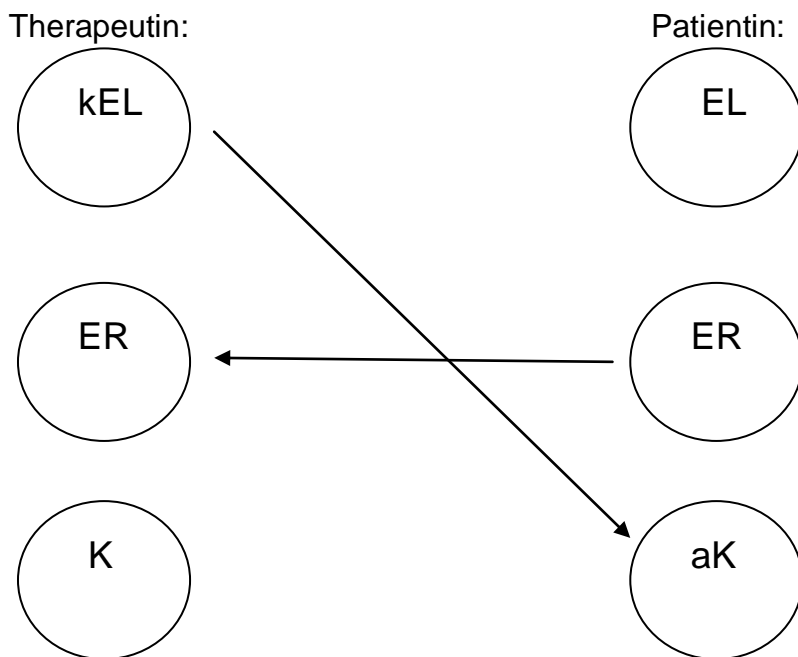




**verdeckte Transaktion, angulärer Typ:**



**therapeutische Kreuztransaktion:**



**P:** (auf die Frage, ob die Symptomatik vor Publikum stärker war als im Zweiersetting) „Mmm... also ich weiß nicht... ich habe das eher so gefühlt, dass das stärker war... (wirkt sehr unsicher)“

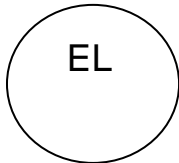
**T:** „Da würde ich Ihnen fast widersprechen.“

**P:** „Also zumindest nicht, wenn man **das** (meint den Vortrag von dieser Stunde) zum letzten Mal vergleicht. Beim letzten Mal war das bei **uns** (zeigt auf sich und T) eher stärker als beim Publikum. Ja! Ich habe zuerst gedacht, dass war mit dem Publikum davor, wo wir nur zu zweit waren.“

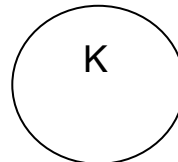
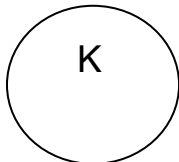
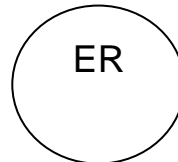
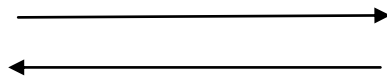
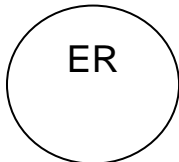
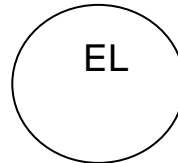
8.Therapiesitzung vom 12.12.2013

**Situation 2: Komplementärtransaktionen**

Therapeutin:



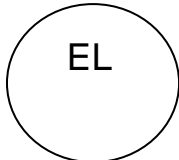
Patientin:



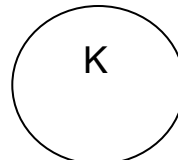
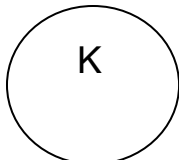
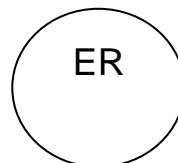
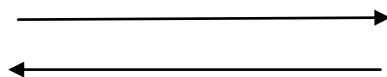
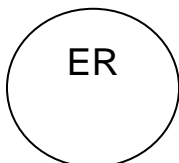
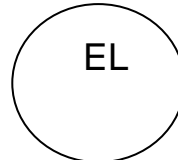
T: „Mhm! Sie haben ja als Ziel eben diesen Gedanken formuliert: Es ist gut, egal wie es läuft. Habe Sie währenddessen das Gefühl gehabt, dass das etwas war, was verinnerlicht war, oder war es immer noch so, dass es von außen kam?“

P: „Kann gut sein, dass das auch schon ein Bisschen verinnerlicht war.“

Therapeutin:



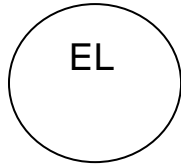
Patientin:



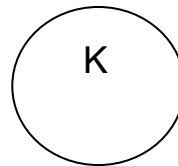
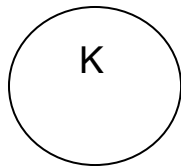
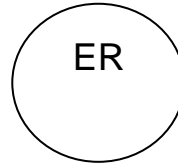
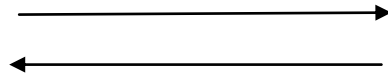
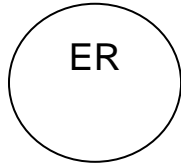
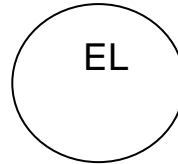
T: (bezogen auf die Beobachtung, dass die situativen Außenfaktoren Ps. Stottern kaum beeinflussen) „Was könnte denn ein Beweis dafür sein, jetzt heute in **dem** Gespräch, dass es so ist, wenn wir nochmal zusammen überlegen?“

P: (denkt nach) „Naja, es gab ja nix, was mich von außen her abgelenkt hat.“ (nickt)

Therapeutin:



Patientin:



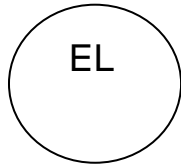
T: „Ähm... in den letzten Gesprächen war es oft so, dass Sie durch so ein Frageverhalten, ähm..., dass man das eher in der Symptomatik gemerkt hat, dass das noch mehr verunsichert. Das heißt, man könnte jetzt folgenden Schluss ziehen... Was würden Sie daraus ableiten?“

P: „Also, naja, wenn mich jetzt das Aktive nicht rausbringt, ja dann ist es entweder die Übung oder es liegt halt nicht an den Fragen, dem Aktiven!“

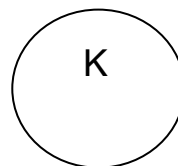
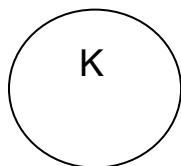
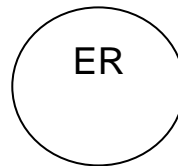
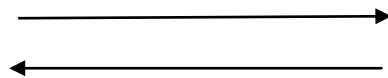
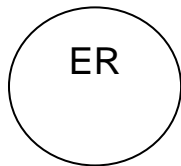
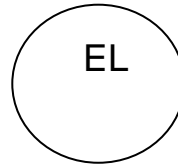
### 9. Therapiesitzung vom 19.12.2013

#### **Situation 2: Komplementärtransaktion**

Therapeutin:



Patientin:



T: „Wie war das für Sie, als die Leute dann angefangen haben, Fragen zu stellen, als ich auch Fragen gestellt habe?“

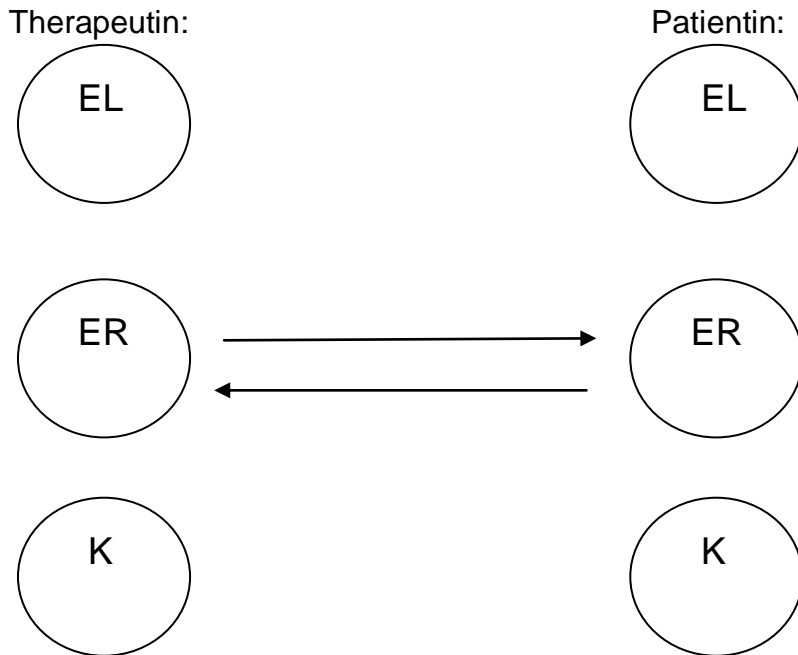
P: „Es ging eigentlich. Es war jetzt nicht viel schwerer als im Vortrag.“







## weitere Kette an Komplementärtransaktionen:



**T:** „Ok. Dann wäre es jetzt sinnvoll, sich nochmal anzugucken, was denn jetzt an dieser Sprechsituation anders, als an denen, die wir bisher in den letzten Stunden hatten? Denn da waren Sie ja quasi symptomfrei, wenn Sie auf Englisch gesprochen haben. Was können Sie da für Faktoren sehen?“

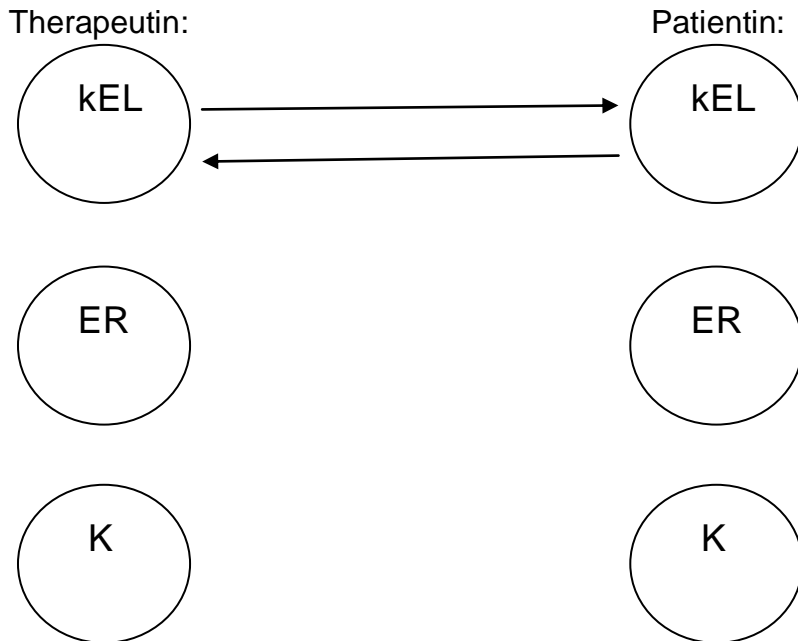
**P:** (*nickt*) „Na vielleicht... ich hatte mich gestern mit jemandem auf Englisch unterhalten und es ging schon, aber es war für mich echt extrem schwer, weil ich dann auch so Blocks drin hatte und so...“

**T:** „Ok. Das heißt, Sie hatten eine konkrete Situation, wo Sie auch erlebt haben, dass es nicht so gut klappt mit den Alternativen (*meint die positiven Alternativkognitionen*). Das ist natürlich auch für mich wichtig zu wissen, weil ich dann den Hintergrund besser verstehen kann.“

**P:** (*nickt*) „Mhm! Und dann kann auch sein, dass mich etwas anderes auch so etwas aufwühlt. (*berichtet im Folgenden über ein Missverständnis / Kommunikationsprobleme mit ihrer Chefin, die ihr zu Unrecht eine lückenhafte Dokumentation bei einer Versuchsreihe angelastet habe*) Und dann hatte ich im Chor starke Probleme zu reden. Und dann kam das mit den Kopfschmerzen auch noch.“

**T:** „Das heißt, Sie waren emotional auch stark belastet, höre ich da raus. Das setzt einen psychisch vielleicht auch nochmal mehr unter Stress, wie wenn man jetzt die Anforderung an sich hat: Ich muss auf Englisch sprechen!“

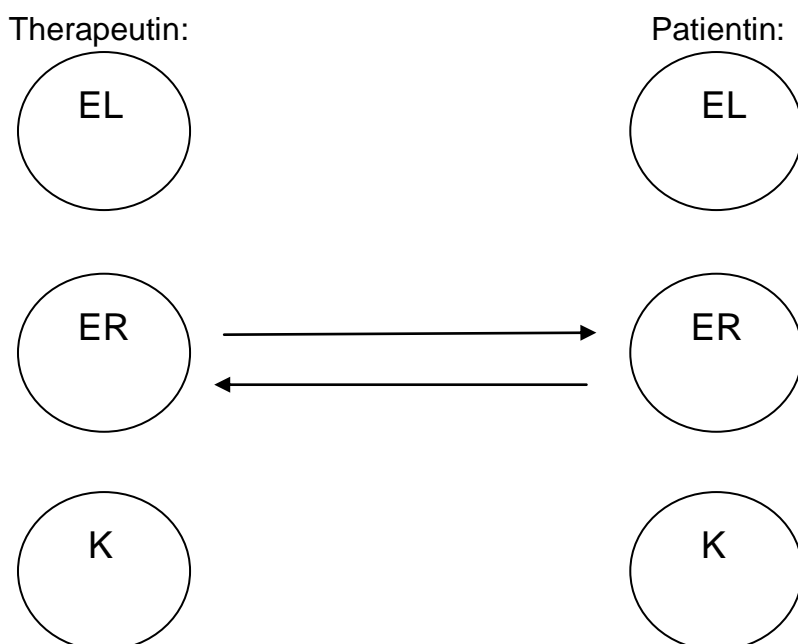
**Situation 1: Komplementärtransaktion**



**P:** „Genau! Ja gut, das mit dem Stipendium wusste ich vorher auch nicht, weil er meinte, da muss man irgendwie mindestens ne 1,5 haben und die haben jetzt aber auch noch ne schriftliche Prüfung und dann muss er sich **da** eben **mehr anstrengen!** (...) Also ist das wahrscheinlich... (*macht eine Pause, lächelt und zeichnet Anführungszeichen in die Luft*) ... jammern auf hohem Niveau!“

**T:** „Ja, ich denke, da muss man sich auch ein Stück freimachen von der Sache, dass man sagt, man hätte da jetzt irgendwie Schuld dran. (*macht eine kurze Pause und fügt dann vehement hinzu*) Nee! Das liegt dann an dem Prüfling und fertig!“

**Situation 4 : Kette an Komplementärtransaktionen**



**T:** „(...) Sie haben sich ja auf eine dieser Alternativkognitionen festgelegt (*zeigt auf Ps. Notizen*) vorher und gesagt: „Da möchte ich mich gerne darauf konzentrieren, während des Vortrages.“ Wie ist Ihnen das gelungen, würden Sie sagen?“

**P:** „Ich habe mich vor allem so am **Anfang** darauf konzentriert, dann gar nicht mehr so, also...“  
(nickt)

**T:** „Gute Beobachtung! Ähm, Warum glauben Sie, dass das ausreicht?“

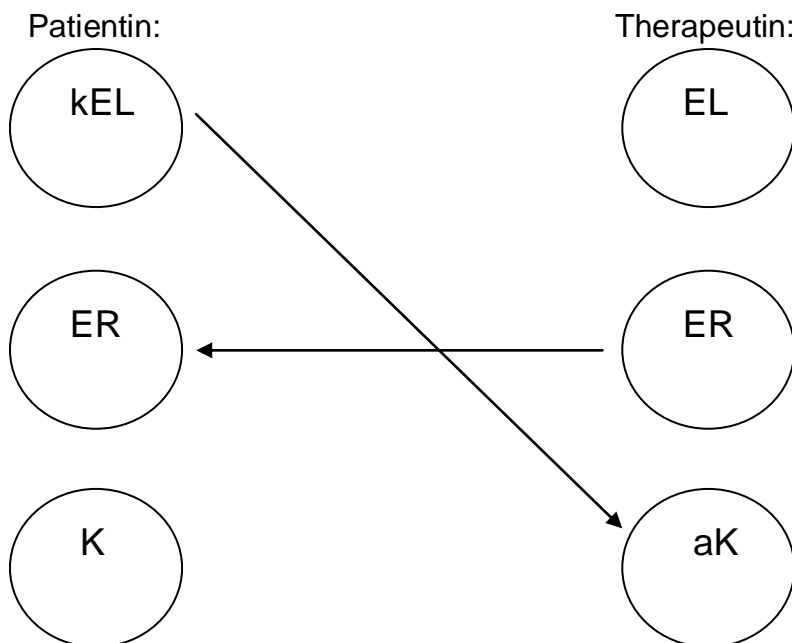
**P:** „Na, weil man dann ja schon erst mal drinne ist und wahrscheinlich den Gedanken vielleicht trotzdem noch im Hinterkopf hat, ne?“

**T:** „Genau! Das finde ich ganz wichtig, dass Sie da ein Bewusstsein für haben, inzwischen! (...) Da sieht man einfach, Sie haben das verinnerlicht, Sie können das reflektieren, was Sie machen, währenddessen. Und das ist eigentlich der Schlüssel zur Methode, auch! Gut!“

**P:** (nickt erfreut)

### 13. Therapiesitzung vom 27.03.2014

#### **Situation 1: therapeutische Kreuztransaktion**

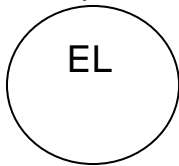


**P:** „Ähm, naja, also mich hat das alles so abgelenkt, dass Sie dann noch sowas gemacht hatten... (*spielt darauf an, dass T. kurz vor Beginn des Vortrages noch die Handkamera installieren musste*) ... und da hatte ich so das Gefühl, dass ich einfach nicht reden konnte, ne?“

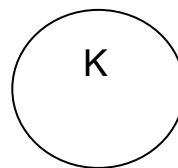
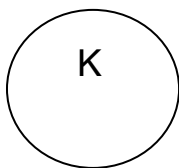
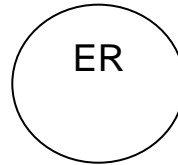
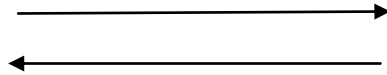
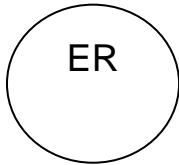
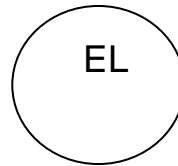
**T:** (nickt) „Ja, genau. Sie haben dann bewusst auch nochmal gewartet. Und dann waren Sie auch glaube ich erst mal in einem ordentlichen Block drin, oder?“

## Situation 2: Kette an Komplementärtransaktionen

Therapeutin:



Patientin:



T: „Da kam dann ein anderer Gedanke noch dazu. Wie hat sich das ausgewirkt auf's Sprechen?“

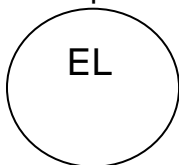
P: „Das war dann schwieriger.“

T: „Was heißt schwieriger?“

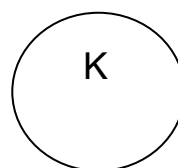
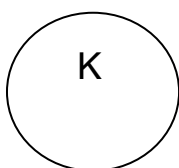
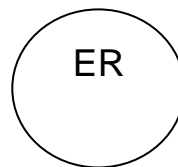
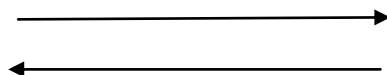
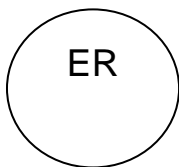
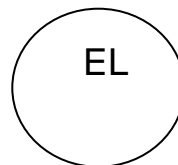
P: „Das war dann eher auch so nen Block!“

## Situation 3: Komplementärtransaktion

Therapeutin:



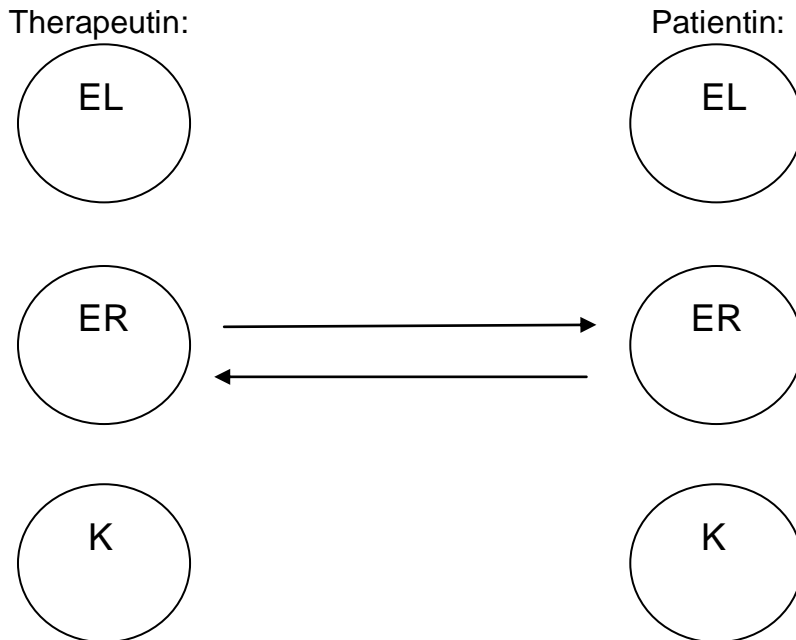
Patientin:



T: „Wenn Sie nochmal für sich zurückschauen: Wir haben ja jetzt einige Stunden miteinander gearbeitet. Was waren die Ziele anfangs und was haben Sie davon jetzt erreicht?“

**P:** „Naja, die Ziele waren, dass ich halt so einen Vortrag überhaupt halten kann. (*meint das Sprechen auf Englisch vor Publikum*) Dass das für mich halt leichter ist du dass ich dann auch besser mit den Blocks klar komme. Beziehungsweise dadurch, dass ich besser damit klar komme (*meint das Stottern*), dann auch weniger Blocks habe. Und das ist jetzt auf jeden Fall so!“ (*lächelt*)

### Situation 5: Kette an Komplementärtransaktionen



**T:** „Wenn Sie nochmal Ihre Persönlichkeit angucken oder auch Ihr Selbstwertgefühl, haben Sie da auch eine Veränderung erlebt in den letzten Stunden?“

**P:** „Ja, ich denke schon. Das ist **besser!**“ (*nickt*)

**T:** „Mhm! Was heißt **besser**? Können Sie das noch ein Bisschen konkreter machen?“

**P:** „Also, dass das Selbstwertgefühl **höher** ist! Also vor allem in Bezug auf das Stottern.“

**T:** (*nickt*) „Genau, hatte ich auch den Eindruck!“ (*lächelt*)

### 8.3 Exemplarisch funktionelle Analyse der Ich-Zustände (inhaltlich)

#### Parallel- / Komplementärtransaktion:

#### a) Bedienung produktiver Ich-Zustände

(illustriert am Beispiel: 4. Therapiesitzung vom 07.11.2013, Situation 2, vgl. Anhang)

(*Analyse und Interpretation der aufgespürten Denkmuster und Bewertungen hinsichtlich Dysfunktionalität im Rahmen der Situationsanalyse nach Wenlandt*)

**T:** „(...) Das heißt, was impliziert das, was haben Sie in dem Moment für eine Anforderung an sich gestellt? Oder was sagen Sie über sich in diesem Moment?“

**P:** „Ich habe eine höhere Anforderung an mich gestellt, als ich geschafft habe.“

**T:** „(...) Und wenn Sie's aber besser machen wollten, was machen Sie dann in dem Moment mit Ihrem Selbst?“

**P:** „Ähm, vielleicht, dass man dann minderwertig wird.“

Im Rahmen der Analyse-Situation interveniert die Therapeutin sachlich aus dem ER. Die Patientin greift den Stimulus auf derselben Ebene auf und reagiert ebenfalls sehr klar aus dem ER. Es liegt folglich eine Komplementärtransaktion vor, da Stimulus und Reaktion von ein und demselben Ich-Zustand ausgehen. In diesem Fall erleichtert diese Form der Transaktion der Patientin eine detaillierte Selbstreflexion und sie kann die Bewertungen, die sie über sich als Person und über die Sprechsituation gemacht hat, schnell offenlegen.

## **b) Bedienung unproduktiver Ich-Zustände**

(illustriert am Beispiel: 12.Therapiesitzung vom 27.02.2014, Situation 1, vgl. Anhang)

*(P. erzählt von der letzten Arbeitswoche. Sie hat unter anderem einen Stipendiaten geprüft, der mit ihrer Bewertung nicht einverstanden war. Sie berichtet im Eingangsgespräch darüber, wie sie auf dessen Vorwürfe reagiert hat)*

**P:** „Genau! Ja gut, das mit dem Stipendium wusste ich vorher auch nicht, weil er meinte, da muss man irgendwie mindestens ne 1,5 haben und die haben jetzt aber auch noch ne schriftliche Prüfung und dann muss er sich **da eben mehr anstrengen!** (...) Also ist das wahrscheinlich... *(macht eine Pause, lächelt und zeichnet Anführungszeichen in die Luft)* ... jammern auf hohem Niveau!“

**T:** „Ja, ich denke, da muss man sich auch ein Stück freimachen von der Sache, dass man sagt, man hätte da jetzt irgendwie Schuld dran. *(macht eine kurze Pause und fügt dann vehement hinzu)* Nee! Das liegt dann an dem Prüfling und fertig!“

Die Patientin fühlt sich grundsätzlich im Recht und will deutlich machen, dass sie den Stipendiaten adäquat geprüft und bewertet hat. Scheinbar hat sie sich aber dennoch durch die Vorwürfe des Studenten verunsichern lassen. Daher kommuniziert sie im Rückblick jetzt aus dem kEL. Die Therapeutin spiegelt ihr durch Zustimmung aus dem kEL, dass sie richtig gehandelt hat. Die Therapeutin begibt sich somit auf die gleiche Ebene und symbolisiert ihr dadurch Bestätigung. Die Kommunikation verläuft also parallel. Allerdings verlässt die Therapeutin dadurch die sachlich-neutrale



Ebene des ER und verringert auf diese Weise die professionelle Distanz zwischen Therapeuten- und Patientenrolle.

### Überkreuztransaktion:

(illustriert am Beispiel: 1. Therapiesitzung vom 24.09.2013, Situation 2, vgl. Anhang)

**T:** „Überlegen Sie mal, was könnten Sie sich denn vornehmen oder formulieren? Einen ersten Schritt in die Richtung zum Beispiel.“

**P:** (*schaut irritiert und wirkt leicht verärgert*) „Na, dass ich leichter aus den Blocks rauskomme!“

Die Therapeutin stimuliert aus dem Erwachsenen-Ich, indem sie die Patientin zur eigenständigen, selbstreflektierten Zielformulierung anregt. Offensichtlich empfindet die Patientin diese Frage aber als überflüssig oder unpassend, da sie nicht aus dem angesprochenen Ich-Zustand heraus reagiert sondern aus dem rebellischen Kindkreuz und sich mit ihrer verärgerten beziehungsweise irritierten Reaktion an das kritische Eltern-Ich der Therapeutin wendet. Hier liegt also ein kommunikatives Missverständnis vor und es besteht die Herausforderung an die Therapeutin, trotz der unerwarteten Reaktion der Patientin weiterhin aus dem Erwachsenen-Ich zu kommunizieren, da laut Bernes zweiter Kommunikationsregel die Wahrscheinlichkeit besteht, „(...), daß (sic!) derjenige, dessen Stimulus durchkreuzt worden ist, in den vom Gesprächspartner angesprochenen Ich-Zustand gehen wird.“ (Stewart, Joines, 1990, S.106).

### Therapeutische Kreuztransaktion:

(illustriert am Beispiel: 7. Therapiesitzung vom 05.12.2013, Situation 1, vgl. Anhang)

**P:** (*auf die Frage, ob die Symptomatik vor Publikum stärker war als im Zweiersetting*) „Mmm... also ich weiß nicht... ich habe das eher so gefühlt, dass das stärker war... (*wirkt sehr unsicher*)“

**T:** „Da würde ich Ihnen fast widersprechen.“

**P:** „Also zumindest nicht, wenn man **das** (*meint den Vortrag von dieser Stunde*) zum letzten Mal vergleicht. Beim letzten Mal war das bei **uns** (*zeigt auf sich und T*) eher stärker als beim Publikum. Ja! Ich habe zuerst gedacht, dass war mit dem Publikum davor, wo wir nur zu zweit waren.“

Die Patientin reagiert zunächst sehr verhalten und unsicher und sendet einen latenten Stimulus aus dem aK an die Therapeutin. Diese interveniert bewusst nicht aus dem zuvor angesprochenen Ich-Zustand, sondern kreuzt aus dem ER. Mithilfe dieser Maßnahme versucht sie, eine eindeutigere Aussage bei der Patientin zu evozieren. Im Folgenden ist zu beobachten, dass die Patientin auf den Perspektivenwechsel einsteigt, da sie ihren Wahrnehmungseindruck sofort präzisiert und korrigiert. Darüber trägt sie selbst maßgeblich zur Aufklärung der Situation bei.

#### Verdeckte Transaktion, Duplex-Typ:

(illustriert am Beispiel: 1.Therapiesitzung vom 24.09.2013, Situation 1, vgl. Anlagen)

*(Einstiegsgespräch zu Beginn der Stunde)*

**T:** *(überlegt)* „Hm..., fühlen Sie sich jetzt gerade angespannt?“

**P:** „Nee, denke ich nicht.“ *(hat dabei die Arme fest vor der Brust verschränkt)*

Die Therapeutin kommuniziert auf zwei Ebenen: während sie sich aus dem ER-Ich nach dem aktuellen Befinden der Patientin erkundigt (Botschaft / Stimulus auf der sozialen Ebene), schwingt unterschwellig eine Botschaft auf der psychologischen Ebene mit, die die Therapeutin der Patientin aus dem fürsorglichen Eltern-Ich sendet. Diese reagiert angepasst und erwidert den latenten Stimulus aus dem Kind-Ich, sie kommuniziert ebenfalls nicht offen und die verbale Information steht in Widerspruch zu ihrem körperlichen Verhalten, das eine innere Anspannung offenbart, das Gesagte wirkt folglich paradox. Die Transaktion ist also doppelbödig. Da Stimulus und Reaktion auf der psychologischen Ebene parallel verlaufen, liegt eine verdeckte Transaktion des Duplex-Typs vor.

#### Verdeckte Transaktion, angulärer Typ:

(illustriert am Beispiel: 2.Therapiesitzung vom 10.10.2013, Situation 1, vgl. Anhang)

*(kurzes Gespräch zum Stundeneinstieg, in der vergangenen Stunde beobachtete T, dass P sehr angespannt und aufgeregt wirkte)*

**T:** „Das ist ja für mich auch angenehmer, wenn es da draußen still ist. Also letztes Mal fand ich's zu laut, das habe ich denen auch gesagt hinterher...“

**P:** (*fällt T. ins Wort*) „Das kann auch sein, dass die auch relativ laut waren, also...ja, das ist dann auch doof!“ (*wirkt erleichtert*)

Die Therapeutin sendet die offene Botschaft auf der sozialen Ebene aus dem Erwachsenen-Ich und stimuliert somit auch das Erwachsenen-Ich der Patientin. Zeitgleich sendet sie aber aus dem gleichen Ich-Zustand einen verdeckten, latenten Stimulus auf der psychologischen Ebene und appelliert über die Kritik am Verhalten der Hospitanten indirekt an das kritische Eltern-Ich der Patientin, die prompt auf der latenten Ebene reagiert und aus dem kritischen Eltern-Ich antwortet, indem sie die Kritik der Therapeutin bestätigt. Interessanterweise bedurfte es erst dieses Transaktionstypus, damit die Patientin sich eingesteht, dass sie sich durch das unangebrachte Zuschauerverhalten gestört fühlt und ihre angepasste Haltung aufgibt. Da Stimulus und Reaktion auf der psychologischen Ebene nicht parallel, sondern winkelförmig verlaufen, spricht man von einer verdeckten Transaktion des angulären Typs.

#### Therapeutisch eingesetzte verdeckte Transaktion:

(illustriert am Beispiel: 5.Therapiesitzung vom 14.11.2013, Situation 4, vgl. Anhang)

(*Bereits in der vergangenen Stunde berichtete P. davon, dass sie momentan sehr viel Stress durch ihre Arbeit habe und beschrieb das Verhältnis zur ihrer Chefin als angespannt und persönlich sehr belastend.*)

**P:** „Das geht ja auch nicht! Also...“ (*schaut T direkt an*)

**T:** (*nickt und erwidert den Blickkontakt*) „(bestimmt) Ja! Und wie hat sie's aufgenommen?“

Die Patientin berichtet zu Beginn der Therapiesitzung von dem angespannten Verhältnis zu ihrer Chefin. Sie fühlt sich zu diesem Zeitpunkt durch die Fülle an Arbeitsaufträgen deutlich überlastet, ihre Chefin zeigt dafür aber wenig Verständnis. Im Folgenden äußert die Patientin im Gespräch mit der Therapeutin ihren Ärger über die beschriebene Situation auf der kommunikativen Ebene, indem sie den Stimulus aus dem eigenen kEL an das kEL der Therapeutin sendet. Diese reagiert bewusst durch eine latente Transaktion, um das Gespräch auf eine sachliche Ebene zurückzuführen. Die offene Botschaft auf der sozialen Ebene verläuft daher von kEL zur kEL. Die latente Botschaft auf der psychologischen Ebene, die die neutrale Fortführung der

Kommunikation maßgeblich begünstigt, stellt der Stimulus von ER zu ER dar.

### Redefinierende Transaktion, Tangentialtransaktion:

(illustriert am Beispiel: 2.Therapiesitzung vom 10.10.2013, Situation 6, vgl. Anhang)

*(abschließend werden alternative, positive Kognitionen entworfen)*

**P:** „Ich überlege gerade, weil da kommt jetzt zweimal das „Nicht“ drin vor. (...) Und wenn man diesen Satz jetzt lernt, dass man eigentlich sagt: es ist schlimm, wenn ich das nicht schaffe.“

**T:** „Ja, das finde ich eine gute Idee und vielleicht können wir das hinkriegen, dass Sie das positiv formulieren...“

Die Patientin entlarvt ihr eigenes Denkmuster über die Anwendung des Pseudostotterns als dysfunktional, sowie negativ in der Formulierung und kommuniziert dies aus dem Erwachsenen-Ich. Die Therapeutin reagiert zwar aus dem gleichen Ich-Zustand, dennoch verläuft die Kommunikation nicht parallel / komplementär, da sie das Gesagte inhaltlich betrachtet umdeutet und sich in ihrer verbalen Reaktion nur noch sehr marginal auf den Sinn der vorangegangenen Äußerung bezieht. Es scheint eine Information zu fehlen, die beide Aussagen inhaltlich verbindet.

## **9. Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Facharbeit mit dem Thema „Analyse des Kommunikationsverhaltens zwischen Therapeut und Patient in der Stottertherapie mithilfe von ausgewählten methodischen Elementen der Transaktionsanalyse nach Eric Berne zur Überprüfung einer möglichen Effektivitätssteigerung in der Desensibilisierungsarbeit nach Charles Van Riper im Rahmen einer Einzelfallstudie an der BFS Würzburg“ selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt, alle Stellen, die ich wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen, als

solche kenntlich gemacht und mich auch keiner anderen als der angegebenen Literatur oder sonstiger Hilfsmittel bedient habe. Ich versichere, dass diese Arbeit in dieser oder ähnlicher Form bei keiner anderen Ausbildung oder Prüfung vorgelegt wurde. Mir ist bekannt, dass bei Täuschungshandlungen die Facharbeit als nicht bestanden erklärt werden kann.