



**Berufsgenossenschaftliche  
Unfallklinik Frankfurt am Main**

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

# **Stotternder Psychotherapeut - Herausforderungen und Chancen**

**Dipl.-Psych. Gordon Krahl**

Psychologischer Psychotherapeut

Klinischer Neuropsychologe (GNP)

Spezielle Psychotraumatheorie (DeGPT)

Biofeedback-Therapeut (DGS)

Psychotraumatologisches Zentrum für Diagnostik und Therapie  
an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am  
Main

- **30 Minuten Vortrag für einen stotternden Therapeuten?**
- **Ist das fair geplant von den Veranstaltern?**
- **Hätten sie nicht mehr Zeit einplanen müssen?**



- Träger des Krankenhauses sind die Berufsgenossenschaften
- „Retten-Heilen-Rehabilitieren mit allen geeigneten Mitteln“ (SGB VII)
- 9 Fachabteilungen mit 348 Betten
- Traumatologisches Schwerpunktzentrum im Rhein-Main-Gebiet mit ca. 750 Mitarbeiter
- Versorgung von ca. > 10.000 Patienten pro Jahr stationär und ca. 55.000 Patienten ambulant
- 25.000 Patienten im Jahr in der Notfallambulanz
- 5000 Notarzteinsätze im Jahr (Notarztstandort ist einer der größten in ganz Hessen)
- Rettungshubschrauber „Christoph 2“ und das Notarzteinsatzfahrzeug NEF 1 sind ständig an der Klinik stationiert
- Zahlreiche Spezialambulanzen (z.B. Schmerztherapie, Neurotraumatologie, Psychotraumatologie...)



- Ärztliche Leitung: Dr. med. Dipl.-Psych. H.-W. Freytag
- Psychologische Leitung: Dipl.-Psych. C. Krahl

## Weitere Mitarbeiter:

- 1 Neurologin u. Psychiaterin,
  - 13 PsychologInnen,
  - 1 Psychologin i. Rahmen der PT-Ausbildung,
  - 10 psychologische AssistentInnen (cand. psych.),
  - 4 Sekretärinnen
- 
- 15 Räume
  - > 1400 Patienten pro Jahr



- Neuropsychologische und psychotraumatologische Gutachten für Berufsgenossenschaften, private Versicherungen, Stadtverwaltungen und Gerichte
- Heilverfahrenskontrollen
- in geringem Umfang Psychotherapie, eher komplexere traumatologische Störungsbilder
- beratende Tätigkeiten für verschiedene Berufsgenossenschaften und private Versicherungen
- Vortragstätigkeiten im Rahmen gutachterlicher Tätigkeiten
- verschiedene Publikationen (vor allem von Gutachtenthemen)
- in geringem Umfang Forschung



- Solange ich rede stottere ich
- Mit 4-5 Jahren Psychiater: Was für ein Tier wäre ihre Mutter? Löwe, damit sie dich fressen kann! **Ich stotterte weiterhin**
- Psychologe mit ca. 14 Jahren: „Schwierige Kindheit, kommt aus dem Osten, Vater Afrikaner“, etc.; **Ich stotterte weiterhin**
- Logopädie: **Tatsächlich stotterte ich etwas weniger** 😊
- Stationäre Stottertherapie: **Ich stottere immer noch, aber deutlich weniger und weniger schlimm!**



- Akzeptanz, Akzeptanz, Akzeptanz, A...!!!
- Stottermodifikationen (anders stottern lernen)
- **Konfrontation** (3-5 Min. Stotterblocks beim Einkaufen)



- Deutlich weniger als in der Kindheit
- Vor allem bei ungewohnten Themen, bei Müdigkeit und Stress, vor allem bei sozialem Stress
- Leichte, relativ kurze Blockaden bis Sprachblackouts
- z.T. Vermeidungsverhalten (z.B. bei Vorträgen die Folien vollschreiben, statt reden)



- Laufbahn Offizier: Musterung **o.k.**, Grundausbildung **o.k.**, Verpflichtungen als Zeitsoldat **o.k.**, Routineuntersuchung nach einem Jahr, Arzt liest, dass ich Stotterer bin, **nicht mehr o.k.** :(
- Laufbahn Lehrer: Grundstudium **o.k.**, danach mehrfach Abraten von amtlicher Stelle was den Beruf angeht
- =>stationäre Stottertherapie
- Psychologiestudium, **o.k.**, Psychotherapieausbildung **o.k.**, Beruf ausüben **o.k.** (bis jetzt)
- Mein Weg ist durchaus von Ambivalenzen gekennzeichnet. Bis ich um das gekämpft habe, was ich wollte, dauerte es etwas



## Folgende Bedingungen waren für mich die Voraussetzung:

- Dickes Fell gegenüber eigenen Unsicherheiten und Ängsten, denn als Stotterer wird man stottern
- Ausreichendes Sprachniveau (man sollte grundsätzlich verstehbar sein)
- Lernprozess: Stottern für mich o.k. = auch für andere o.k.
- Stottern nicht als zentrales Element begreifen



## Reden (allgemein):

- Das Stottern zu akzeptieren ist kein abgeschlossener Prozess, man akzeptiert dies immer und immer wieder
- Unsicherheiten empfinden kann zu stottern führen, das wiederum sieht man (2. Stufe der Akzeptanz)
- immer gut vorbereitet sein, da Unsicherheiten ...



## Reden (Beziehungsgestaltung):

- Stottern kann Patienten verunsichern (daher vorher erklären)
- Ich bin nicht nur ein Vorbild, wenn ich offen stottere, sondern manchmal einfach nur schlecht zu verstehen
- Wenn man Ruhe und Gelassenheit ausstrahlen möchte, gelingt dies mit einem längerem Stotterblock nur bedingt gut



## Reden (Notfälle):

- Im Notfall müssen viele Dinge telefonisch geklärt werden, das auch schnell (z.B. Einweisungen)=>kann etwas länger dauern
- Unter Stress muss man Ruhe und Kompetenz ausstrahlen können, die Art des Redens ist Teil einer Außenwirkung, die auch mal schnell über das ernstgenommen werden entscheiden kann



## Selbstlüge: Vielleicht gibt es einen anderen Grund

- Ich schaffe etwas nicht, weil ich stottere?
- ein Patient spürt meine Unsicherheit, also lehnt er mich ab?
- Ich bin weniger kompetent, weil ich stottere?
- Ich kann nicht so schützend, behütend, etc. wirken, weil ich stottere?
  
- Die Behinderung darf nicht so weitreichend mein Denken bestimmen, dass ich blind werde für andere Entwicklungsmöglichkeiten



## Selbstlüge:

- Vielleicht muss ich besser zuhören, mehr Handwerkszeug lernen, besser nachdenken ehe ich rede, etc.
- Die Gefahr, alles auf die Behinderung zu schieben, ist groß
- Sollte man Psychotherapeut werden, wenn man stottert, ist die falsche Frage. Die richtige Frage ist, habe ich genug Willen, genug Leidenschaft und Fähigkeiten für diesen Beruf?
- Empathie, Intelligenz, soziale Fähigkeiten entscheiden über diese Frage, damit auch über die Frage, wie ich mit meiner Behinderung umgehe



## eigene Emotionen:

- Auszuhalten, keine Kontrolle über das Sprechen zu haben, ist schwierig
- Diskriminationserfahrungen (Stottermaxe, etc.) vor allem aus der Kindheit verbessern das nicht gerade 😊
- Bestimmte Herausforderungen werden dadurch größer, z.B. reden vor mehreren hundert Menschen, ist auch schon ohne Stottern für Viele schwierig



## Überinterpretation der eigenen Erfahrungen

- Eigene Therapieerfahrungen dürfen nicht generalisiert werden (jeder ist anders)
- Man versteht nicht jeden Stotterer, nur weil man selbst stottere. Manchmal versteht vielleicht ein nicht stotternder Therapeut einen Patienten besser.
- Meine Erfahrungen könnte ich auf andere projizieren, dann höre ich zu früh auf, nachzufragen, weil ich glaube, es zu wissen.



- Die Erfahrung einer Behinderung führt im besten Fall zu einer persönlichen Reifung
- Patienten halten mich, wenn ich mich „out“e, in der Regel für glaubwürdiger im Umgang mit Problemen
- Für manche Patienten kann es hilfreich sein, die Erfahrung zu machen, dass man mit Defiziten leben kann (auch wenn ein Vergleich von Defiziten unbedingt vermieden werden sollte!!!)



- Ambivalente Therapieerfahrungen lehren mich, jede Therapie sehr genau und wichtig zu nehmen
- Ich habe eine praktische Vorstellung von dem, was es heißt, eine Konfrontationstherapie zu absolvieren oder wie es sich anfühlt, Lebensziele auf Grund von Beschwerden in Gefahr zu wissen
- Psychohygiene ist für mich sehr wichtig, ich bin gezwungen, auf mich zu achten, da ich sonst schlechter sprechen werde



- Man ist anders als andere, damit vielleicht auch manchmal interessant (z.B. Frauen ansprechen)
- Man muss sich mit seinem Innenleben zu einem Zeitpunkt auseinandersetzen, wo der Erkenntnisgewinn einem noch sehr viel Gestaltungsmöglichkeiten bringt
- In mündlichen Prüfungen sehr praktisch!
- Ich bin in guter Gesellschaft: Bruce Wills, Marilyn Monroe, Rowan Atkinson, der Graf von der Band Unheilig, King George VI, Sir Isaac Newton, Charles Darwin, Winston Churchill, John Updike, ...viele davon in ausgesprochen sprechenden Berufen



- Die Bedürfnisse des Patienten stehen über meinen, daher oute ich mich, da meine Sprachschwierigkeiten Auswirkungen auf die Empfindungen des Patienten haben könnten
- Versuche, Vermeidung in Grenzen zu halten. Patienten spüren dies und lernen daraus, dass Vermeidung manchmal unumgänglich ist („...selbst mein Therapeut macht das“)
- Wenn meine Sprache lustig ist, lache ich zuerst, das nimmt die Spannung raus und ein Patient lernt, auch über sich selbst zu lachen, ohne sich abzuwerten
- Tue nicht so, als wäre es das leichteste auf der Welt, sich damit auseinanderzusetzen, damit beleidige ich die Therapieversuche der Patienten, für die das Leben mit ihrer Störung ggf. sehr schwer ist



- Das Thema ist in der Regel so lange interessant, wie ich brauche, um mich zu outen, vielleicht noch ein zwei Minuten länger
- Erleichterung, dass man auch beruflich erfolgreich trotz Defiziten sein kann
- Anerkennung, manchmal eine kurze Verunsicherung, manchmal Ungläubigkeit
- Häufig: „das hört man aber gar nicht, dachte, sie sprechen einfach nur schnell“
- Viele vergessen es im Rahmen der Therapie und sind dann mal kurz irritiert, wenn ein Block auftritt, können sich das dann aber erklären



- Ich hoffe, dass das Stottern nicht die wichtigste Eigenschaft ist, die den Menschen einfällt, wenn sie an mich denken (dies ist auch nicht meine Erfahrung)
- Weder macht Stottern eine Therapie grundsätzlich besser, aber auch nicht grundsätzlich schlechter, es ist vor allem eine Frage, wie sicher man damit umgeht
- Ich habe es mir nicht ausgesucht, zu stottern, aber jetzt, wo ich es schon mal tue, kann ich aus dem Gegebenen das Beste machen 😊



**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**

