

Stottern und das Konzept der Kasseler Stottertherapie

Bernadette Talartschik

Summary

Stuttering is a problematic speech disorder with serious consequences. Quality of life, vitality, and often daily life is affected by this speech motor disorder.

All therapy attempts to treat this disorder have been without the expected long term success.

With the help of the Kassel Stuttering Therapy (KST) there is a legitimate hope for a strong and successful coping strategy which alleviates prospective despondence.

The KST is an intensive group therapy model derived from the Precision Fluency Shaping Program based on *Webster*. The tools are a biofeedback program and targeted multidimensional therapeutic approaches. After learning a new soft speech pattern in the intensive phase, a special emphasis is put on the transfer process into everyday life. Here are also integrated psychotherapeutic desensitisation elements for communication and confidence training to reduce anxiety.

A well-structured one-year after-care program completes the treatment process.

High quality treatment success was proven through long-term evaluation studies with objective and subjective parameters of a high number of patients. Supported also by findings of the neuro-imaging and the KST it is currently the most successful method of therapy in comparison and ranking with all other treatment approaches.

Keywords

Stuttering, speech disorder, Kassel Stuttering Therapy.

Zusammenfassung

Stottern ist eine problematische Redeflussstörung mit schwerwiegenden Folgen. Lebensqualität, Lebensfreude und oft sogar die ganze Lebensplanung werden durch diese sprechmotorische Störung beeinflusst.

Über Jahre hinweg blieben sämtliche Therapieversuche ohne den erhofften dauerhaften Erfolg.

Diese Perspektivlosigkeit ist mit Hilfe der Kasseler Stottertherapie (KST) einer berechtigten Hoffnung auf eine dauerhaft erfolgreiche Bewältigungsstrategie gewichen.

Die KST ist eine intensive Gruppentherapie angelehnt an das »Precision Fluency Shaping«-Programm nach *Webster*. Handwerkzeug sind ein Biofeedbackprogramm und gezielte mehrdimensionale Therapieansätze. Nach der Intensivphase wird ein ganz besonderer Schwerpunkt auf den Transferprozess in den Alltag gelegt. Dabei finden unter anderem psychotherapeutische Desensibilisierungselemente zum Kommunikations- und Selbstsicherheitstraining Berücksichtigung, um den Abbau der Angsthierarchie zu trainieren.

Ein gut strukturiertes einjähriges Nachsorgeprogramm komplettiert den Behandlungsablauf.

Objektiv evaluierte Studien an hohen Patientenzahlen konnten den sehr guten Therapieerfolg unter anderem im Neuroimaging nachweisen und die

KST als derzeit erfolgreichste Therapiemethode im Vergleich und Ranking zu allen anderen Behandlungsansätzen platzieren.

Schlüsselwörter

Stottern, Redeflussstörung, Kasseler Stottertherapie.

Einleitung

Stottern ist eine für den Betroffenen in jeder Hinsicht äußerst problematische Redeflussstörung. Nicht nur die unmittelbare Kommunikationsfähigkeit ist meist erheblich gestört, die Folgen sind oft noch schwerwiegender. Sie prägen jeden Tag, beeinträchtigen Lebensqualität und Lebensfreude und beeinflussen nicht selten die ganze Lebensplanung.

Bis vor einigen Jahren war es nicht möglich, den oft verzweifelten Patienten eine dauerhaft, erfolgversprechende Therapie anzubieten. Frustrierende Rezidive nach vielleicht kurzfristiger Symptomlinderung, die immer wieder zu Hoffnungen verleiteten, aber letztendlich doch kraftraubende Enttäuschungen zur Folge hatten, waren die Regel. Auch die zahlreichen unterschiedlichen Erklärungsmodelle konnten nur noch als Ausdruck einer Hilflosigkeit gewertet werden, weil die auf ihnen begründeten, mehr als 200 verschiedenen Therapieansätze den erhofften dauerhaften Erfolg vermissen ließen und letztendlich in den weitaus meisten Fällen unbefriedigend blieben.

Heute ist die Perspektivlosigkeit der Therapie mit Hilfe der Kasseler Stottertherapie, kurz KST genannt, einer durchaus berechtigten Hoffnung auf eine erfolgreiche Behandlung und Bewältigungsstrategie gewichen.

Stottern als Folge einer Störung der neuronalen Steuerungsmechanismen

Das flüssige Sprechen ist ein hochkomplexes, perfekt koordiniertes Zusammenspiel von muskulären, perzeptiven und kognitiven Vorgängen. Diese Präzisionsarbeit, die innerhalb von Millisekunden im Gehirn gesteuert wird, ist beim Stottern gestört. Nach neuen Ergebnissen der Hirnforschung weiß man heute, dass die neuronalen Steuerungsmechanismen für Sprachentwurf, Sprachproduktion und Sprachwahrnehmung nicht koordiniert und ausreichend funktionieren. Folge sind symptomatische Störungen in den Bereichen der Respiration, Phonation, Artikulation und Sprechmotorik, unabhängig vom Willen des Sprechenden im Kindes- und Erwachsenenalter.

Symptomatik

Man unterscheidet bei der Stotterproblematik Primär- und Sekundärsymptome.

Als Primärsymptome sind gemeinhin Laut- und Silbenwiederholungen, Dehnungen (MMMMMMutter) von Lauten, Silben und Wörtern sowie gespannte Pausen bekannt (D.....ein Auto). Das ist auf ein Erstarren der Atem-, Phonations- und Artikulationsmuskulatur zurückzuführen. Die Pausen sind oft versteckt und können vor allem auch bei Kindern leicht als Wortfindungsstörungen fehlgedeutet werden.

Als Sekundär- oder Folgesymptome müssen Angst und Scham, aber auch das Vermeiden schwieriger Wörter und Situationen sowie Parakinesien, Bewegungstics und Grimassierungen genannt werden. Das Zukneifen der Augen, Vorstrecken der Zunge und andere orofaziale Mitbewegungen gehören ebenso dazu wie das Gestikulieren mit Händen, Armen und ganzkörperliche Begleitreaktionen. Atmung und Prosodie sind oft entsprechend dys-

rhythmisch, der Blickkontakt wird meist gemieden.

Kern- und Sekundärsymptome ziehen nicht selten schwere psychische Störungen und Folgeerkrankungen wie Soziophobien bis hin zu oft therapiebedürftigen Angststörungen und Depressionen nach sich. Der Leidensdruck ist dann erheblich und führt in den sozialen Rückzug. Es ist wie ein Teufelskreis. Oft sind diese schwer belastenden psychischen Störungen der eigentlich treibende Motor für eine Stottertherapie, selbst wenn die objektiven Stotter-Kriterien relativ gering sind.

Patienten, die es über Jahre hinweg geschafft haben, mit Hilfe von perfekten Vermeidungsstrategien als objektiv sprechunauffällig zu gelten (ca. 20% der Betroffenen), empfinden ihr Sprechen durch den ständigen Zwang zum Umformulieren als unglaublichen Kraftakt. Zusätzlich leiden sie unter dem Verlust ihrer Authentizität.

Stotterintensität und Stotterhäufigkeit

Die Stotterintensität und Stotterhäufigkeit sind abhängig von Situationen.

Zeitdruck, die Spezifität der Gesprächspartner, aber auch die erhöhte sprachliche Herausforderung zum Beispiel beim Lesen und bei Präsentationen sind ebenso Risikofaktoren für den Kontrollverlust der Sprache wie verminderte Vigilanz durch Müdigkeit. Eine ganz besondere Bedeutung hat vor allem auch das Umfeld beziehungsweise der Umgang der Gesprächspartner mit dem Betroffenen. Hänseleien induzieren die Angst vor dem Kontrollverlust der Sprache, verstärken die Verkrampfungen und begünstigen die Tendenz zum sozialen Rückzug und den bereits erwähnten psychischen Komorbiditäten.

Ein deutlich verbesserter Sprachfluss ist dagegen in der Regel beim Singen, beim rhythmischen Sprechen, zum Beispiel Gedichte-Aufsagen, wie auch

beim Sprechen in veränderter Hörsituation (Chor) zu beobachten. Die fehlende auditive Rückkopplung mindert in diesen Situationen die Redeunflüssigkeit.

Stotterhäufigkeit

Es stottern zirka 800.000 aller Deutschen. Das männliche Geschlecht ist viermal häufiger betroffen als Frauen und Mädchen. Man findet diese Rede-flussstörung bei 5% aller Kinder.

Ursachen

Nach den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist als Ursache ein multifaktorielles Erklärungsmodell anzunehmen, das primär auf eine genetische Disposition zurückzuführen ist (8).

Wissenschaftler gehen heute davon aus, dass 70–80% der Ursache des Stotterns hirnorganisch, genetisch bedingt sind (1). Die Sprechstörung tritt familiär überzufällig häufig auf. Inzwischen sind drei Mutationen in den Chromosomen 9 (Männer) und 21 (Frauen) als morphologisches Korrelat bekannt.

Es gibt eine Konkordanz (gleichzeitiges Auftreten) bei eineiigen Zwillingen von 70%, bei zweieiigen Zwillingen von 30% und bei gleichgeschlechtlichen Geschwistern von 18%.

Auch bei den Remissionen wurden Konkordanzen ermittelt, von 54% bei eineiigen Zwillingen und von 24% bei zweieiigen Zwillingen (6).

»Last not least« werden Umweltfaktoren als weitere auslösende Parameter verantwortlich gemacht.

Psychische Faktoren, die meist für Stottern angeschuldigt werden, ließen sich in diversen Studien nicht als primär verantwortlich nachweisen. Sie sind höchstens als Auslöser bei primärer Disposition zu werten.

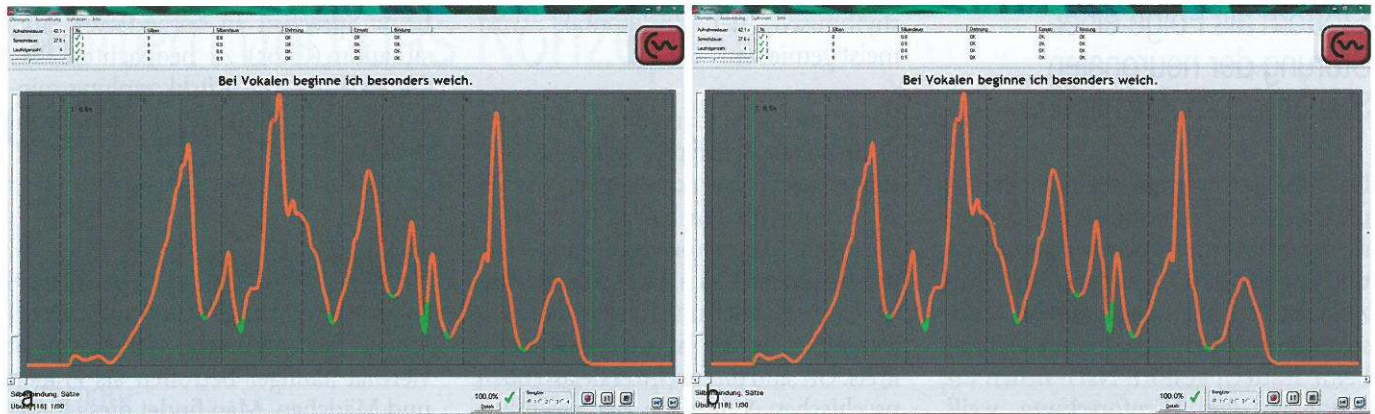


Abb. 1a und b: Methode a) »flunatic!«, b) »flunatic junior!«

Spontanheilungsrate

Die Redeflussstörung beginnt üblicherweise im 2. bis 4. Lebensjahr. Bis zum 6. Lebensjahr ist die Spontanheilungsrate sehr hoch, bei Mädchen höher als bei Jungen. Nach der Pubertät nimmt die Spontanheilungsrate dramatisch ab. Insgesamt ist sie mit 80% vor allem bei Mädchen sehr hoch (8).

Bei etwa 1% der Menschen kommt es nicht zu einer spontanen Remission. Für sie ist die KST eine erfolgversprechende und hoffnungsvolle Perspektive.

Kasseler Stottertherapie (KST)

Das Institut der KST wurde 1996 von dem Arzt *Dr. Alexander Wolf von Gudenberg* (seit 2000 in Bad Emstal) gegründet. Als Selbstbetroffener basiert sein Konzept unter anderem auf eigenen Therapieerfahrungen. Er arbeitet mit einem 25-köpfigen Therapeuten-

Therapeutenteam

Klinische Linguisten, Patholinguisten, Logopäden, Sprechwissenschaftler, betroffene Therapeuten, Atem-, Stimm- und Sprechlehrer, Sprachheilpädagogen.

Ziel der KST

Ziel ist keine Heilung, weil man Stottern jenseits des Vorschulalters nicht heilen kann.

Ziel ist aber das Erlernen eines dauerhaft flüssigeren Sprechens durch die Kontrolle über den Sprechablauf. Das Konzept basiert auf einem kontrollierten, verlangsamten, weichen Sprechen mit allmählich unauffällig werdender Intonation und Prosodie.

Um dieses Ziel zu erreichen, gehört neben einer therapeutischen Intensivphase auch ein gut strukturiertes Nachsorgeprogramm zum Konzept. Es soll die Dauerhaftigkeit des Therapieerfolgs nach der Intensivphase erhalten und einen Rückfall möglichst verhindern.

Struktur

Die KST ist eine intensive Gruppentherapie, in der 150 Stunden Behandlung im Block und zusätzlich zirka 72 Stunden in Auffrischkursen in der Nachsorge absolviert werden. Durchschnittlich nehmen mittlerweile 350 Patienten pro Jahr an den Kursen an sechs Standorten in ganz Deutschland teil. Insgesamt wurden inzwischen mehr als 2.000 Patienten behandelt. Ihre Anzahl nimmt seit Jahren stetig zu.

Es werden Kurse für Erwachsene und Kurse für Kinder im Alter von 9–12 Jahren sowie von 6–9 Jahren angeboten. Der Effizienzschlüssel ist hoch.

Alle Gruppen bestehen aus sechs bis acht Patienten und drei Therapeuten sowie ein bis zwei Assistenten. Die Altersgruppe der 6- bis 9-Jährigen um-

fasst zusätzlich die Einbeziehung eines Elternteils als Kotherapeut.

Das Nachsorgeprogramm erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Monaten. Es beinhaltet neben dreitägigen Wochenendkursen unter anderem das tägliche Üben am Computer.

Therapiebausteine

Als wichtigstes Handwerkszeug wird das computergestützte »Biofeedback«-Programm »flunatic!« eingesetzt, um die neue Sprechweise zu erlernen (Abb. 1a).

Dabei wird der Stimmverlauf des Patienten auf dem Computer aufgezeichnet, sodass die sofortige visuelle Rückmeldung über richtige oder falsche Stimmeinsätze eine eventuell erforderliche Korrektur sichtbar macht. Darauf basiert der Lernerfolg. Für die Kinder von 6–9 Jahren steht eine kindgerechte Variante, »flunatic junior!«, zur Verfügung, die noch zusätzliche Belohnungselemente beinhaltet (Abb. 1b).

Zusätzlich kommen Körperarbeit, Atem- und Stimmtraining sowie Entspannungsübungen zum Einsatz. Kommunikations- und Selbstsicherheitstraining sind weitere Therapieelemente, um die Ängste abzubauen. Dazu gehören unter anderem auch die systematische Desensibilisierung durch Expositionen zum Beispiel in Form von Passanteninterviews, Telefonieren und Vorträgen vor unterschiedlichen Auditorien mit gesteigerten Anforderungen.

Diagnostik

Vor der Therapie wird noch einmal eine gezielte Diagnostik durchgeführt, um spezifische, objektive Kriterien (Unflüssigkeiten in Silbenprozent) zu ermitteln. Das erfolgt in vier Standard-situationen und ist wichtig, um post-therapeutisch auch objektive Messparameter in vergleichbaren Situationen zu erheben und damit die Therapieergebnisse evaluieren und auch vergleichen zu können.

Stadien des Therapieprozesses

1. Phase: Modifikation.
2. Phase: Vertiefung.
3. Phase: Umwelttraining.
4. Phase: Transfer in den Alltag.
5. Phase: Nachsorge.

Bei der Modifikation des Sprechmusters geht es um das Erlernen sprechmotorischer Fähigkeiten wie verlangsamtes Sprechen, Silbendehnung und den weichen Stimmeinsatz.

In der 2. Phase der Vertiefung stehen das intensive Üben des weichen Stimmeinsatzes, der Silbenbindung und Erhöhung des Sprechtempos, aber auch Körperbewusstseinsübungen und Selbstsicherheitstraining im Vordergrund.

Das Umwelttraining in der 3. Phase fördert die Desensibilisierung durch verstärkte Exposition mit gesteigerter Anforderung.

Um in der 4. Phase den Transfer in den Alltag zu ermöglichen, wird die Einbindung der Eltern, Angehörigen und Freunde durch umfangreiche Informationsvermittlung schon an den Wochenenden während des Intensivkurses eingeleitet.

In den FranKa-Kursen ist ein Elternteil von Beginn an als Kotherapeut und als Sprechmodell eingebunden, das ebenfalls das neue Sprechmuster erlernen muss.

Die 5. Phase der Nachsorge beinhaltet dreitägige Wochenendkurse, kostenlo-

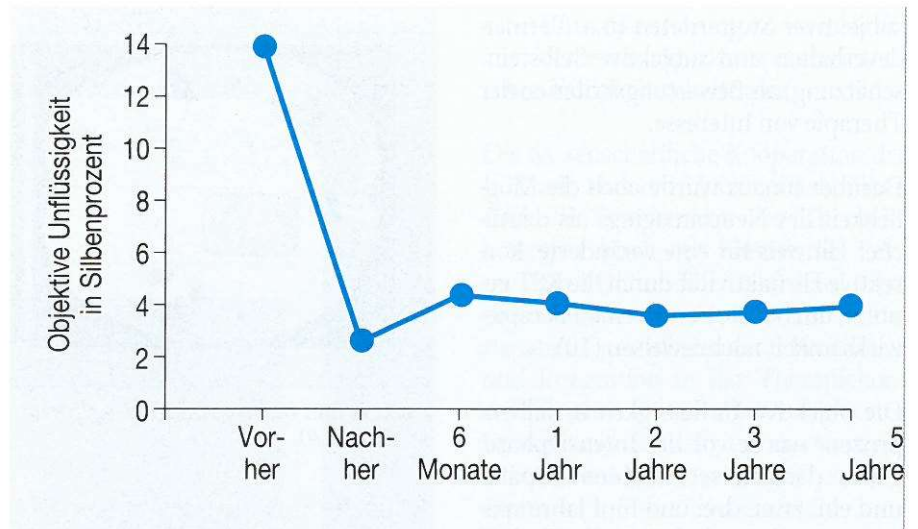


Abb. 2: Objektive Stotterdaten (nach 4)

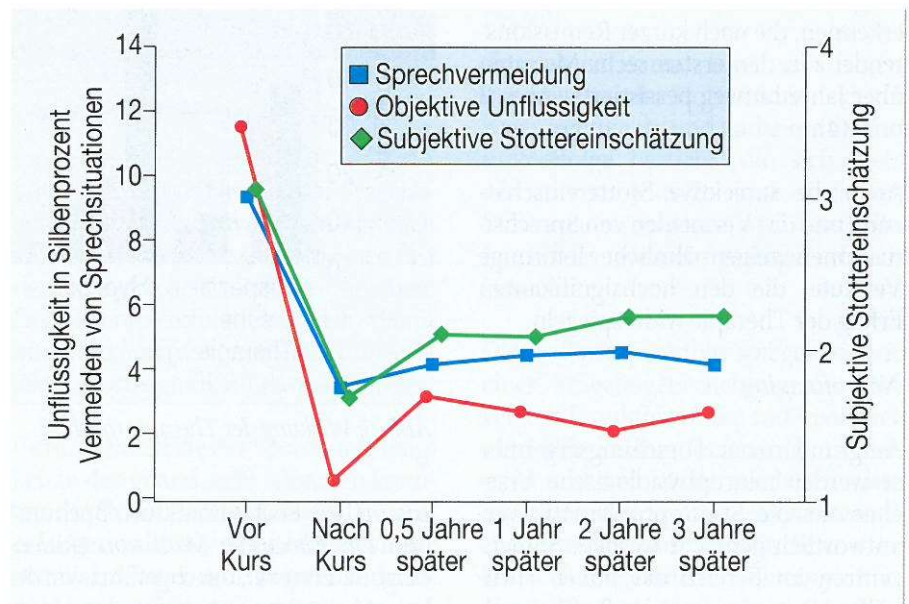


Abb. 3: Objektive Unflüssigkeit in Silbenprozent, subjektive Stottereinschätzung und Vermeiden von Sprechsituationen zu verschiedenen Messzeitpunkten. Selbsteinschätzung des Stotterns (1 = kein, 5 = sehr starkes Stottern). Sprechvermeidung und Unflüssigkeit zu Beginn der Behandlung (n = 78), 6 Monate (n = 31), 1 Jahr (n = 68), 2 Jahre (n = 65) und 3 Jahre später (n = 50). Mittelwerte über Klienten (Daten 05, Jahre später aus 3)

se Stabilisierungstage und die medienunterstützte Nachsorge. In der Nachsorgephase wird die Übungsfrequenz durch Übersendung der Logdateien per E-Mail zur KST überprüft und dann an die Krankenkassen weitergeleitet. Dieser Compliancevertrag zwischen Patient und Krankenkasse, in dem die Übungszeit nachgewiesen werden muss, ist die Voraussetzung dafür, dass die Software von den Krankenkassen bezahlt wird.

Ergebnisse

Es war immer Ziel der KST, den Erfolg der Therapie auch objektiv zu evaluieren. Deshalb wurden die 12 weltweit anerkannten Kriterien für eine erfolgreiche Stottertherapie nach Bloodstein (1995) berücksichtigt (2).

Zusätzlich waren die Ermittlung objektiver Sprechunflüssigkeiten an vier Standardsituationen und Fragebögen

subjektiver Stotterdaten (u.a. Vermeiderverhalten und subjektive Selbsteinschätzung) als Bewertungskriterien der Therapie von Interesse.

Darüber hinaus wurde auch die Möglichkeit des Neuroimaging als deutlicher Hinweis für eine veränderte, korrektive Hirnaktivität durch die KST genutzt, um bei Stotterern eine Therapiewirksamkeit nachzuweisen (10).

Die objektive Unflüssigkeit in Silbenprozent wurde vor der Intensivphase, gleich danach, sechs Monate später und ein, zwei, drei und fünf Jahre später ermittelt und dargestellt. Es ließ sich eine hochsignifikante therapiebedingte Reduktion der Unflüssigkeiten erkennen, die nach kurzer Remissionstendenz in den ersten sechs Monaten über Jahre hinweg persistierte (Abb. 2 u. 3) (4).

Auch die subjektive Stottereinschätzung und das Vermeiden von Sprechsituationen zeigen ähnliche L-förmige Verläufe, die den hochsignifikanten Erfolg der Therapie widerspiegeln.

Neuroimaging

Aufgrund neuer Forschungsergebnisse werden neurophysiologische Ursachen für die Stotterproblematik verantwortlich gemacht werden. Sprachzentren im Bereich der linken Hirnhälfte, genauer gesagt im Broca-Areal, zeigen bei Stotterern eine strukturelle Schwäche. Mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) konnte nachgewiesen werden, dass diese beschriebenen Unterfunktionen im motorischen und sensorischen Sprachzentrum offensichtlich Kompensationsmechanismen in der rechten Hirnhälfte, genauer gesagt im rechten frontalen Operculum (RFO), aktivieren. Dieser Bereich, der bei Sprechgesunden für grammatikalische Fähigkeiten und Korrekturen verantwortlich gemacht wird, zeigt im fMRT vermehrte Aktivitäten.

In einer Studie, die an Klienten der KST von Frau Prof. Dr. Katrin Neu-

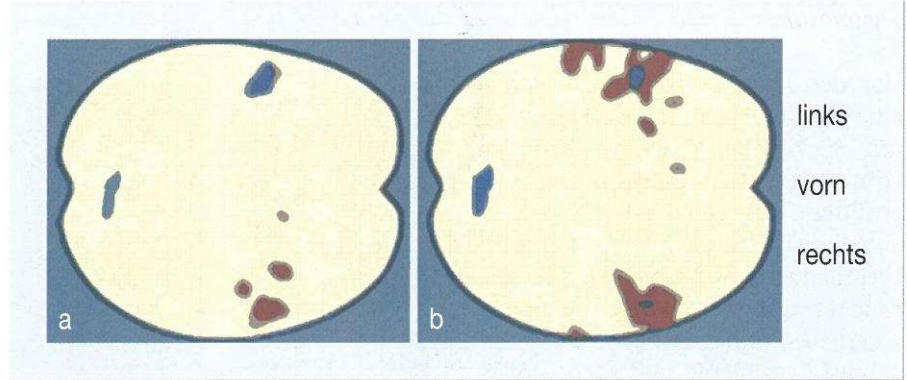


Abb. 4a und b: Neuroimaging – Hirnaktivierung bei Stotternden a) vor und b) nach der KST (nach 9)

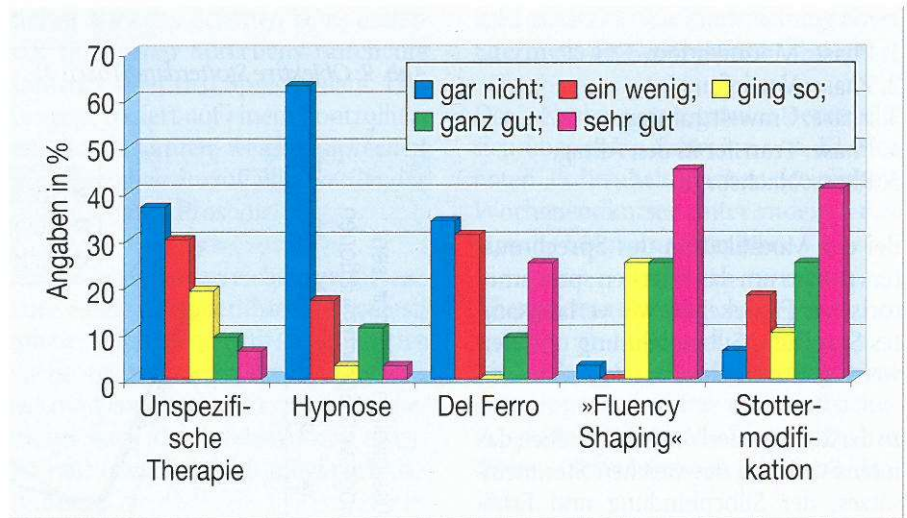


Abb. 5: Wirkung der Therapie (nach 5)

mann (Universität Frankfurt/Bochum) und Dr. Alexander Wolf von Gudenberg, Bad Emstal, durchgeführt wurde, konnte nachgewiesen werden, dass es infolge des intensiven sprechmotorischen Trainings wieder zu einer Rückverlagerung der Hirnaktivität beim Sprechen in den linken sprechmotorischen Kortex, den unmittelbaren Umgebungsstrukturen des Broca-Areals, kommt. Dort werden neuronale Netzwerke refunktionalisiert (Abb. 4).

Vergleich mit anderen Stottertherapien

Zur Evaluation von Stottertherapien wurde mit Hilfe der Universität Frankfurt eine Fragebogenerhebung zu den häufigsten Stottertherapie-Verfahren durchgeführt. Ermittelt wurden Ther-

wirksamkeit und Therapiezufriedenheit.

Dabei zeigte sich, dass die von der KST durchgeführte »Fluency Shaping«-Therapie die besten Therapieerfolge in durchschnittlich kürzester Therapiezeit erbringt (Abb. 5) (5).

Wissenschaftliche Kooperation

Die Kasseler Stottertherapie unterhält eine wissenschaftliche Kooperation unter anderem mit der Universität Kassel, Frankfurt, Bochum, Göttingen, und der »University of Sydney«, Australien.

Telemedizin

Seit November 2011 gibt es im Rahmen der KST eine telemedizinische

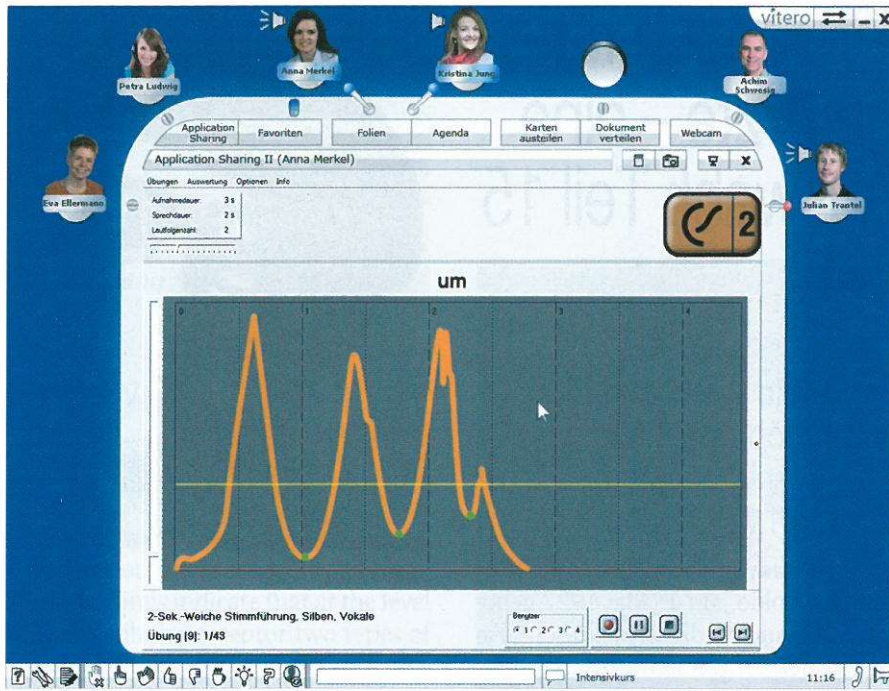


Abb. 6: Telemedizin, 16 teletherapeutische Sitzungen im Zeitraum von 10 Monaten

Möglichkeit der Therapie. Diese Plattform für Sprachtherapie basiert auf einem Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Wirtschaftsministerium und der Süddeutschen IT-Firma vitero GmbH.

Zur Anwendung der Teletherapie in internationalen Zusammenhängen gibt es eine Kooperation der KST mit Sao Paulo, Brasilien, die seit eineinhalb Jahren bereits erfolgreich praktiziert wird.

Die Wirksamkeit der Telemedizin wurde in einer Vergleichsstudie belegt, deren Daten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin 2012 vorgestellt wurden (Abb. 6).

Diskussion

Das Konzept der Kasseler Stottertherapie berücksichtigt die 12 weltweit anerkannten Bloodstein-Kriterien und erfüllt damit die entscheidenden Kriterien für eine erfolgreiche Stottertherapie.

Neben der Ermittlung objektiver Stotterdaten in vier Standardsituationen

kommen in standardisierten Fragebögen erfasste subjektive Einschätzungen zur Auswertung, die grafisch einen fast deckungsgleichen Verlauf ergeben. Der Therapieerfolg lässt sich damit kurz und langfristig, objektiv und subjektiv, hochsignifikant nachweisen.

Geringe Rückfälle der Sprechunflüssigkeit in den ersten sechs Monaten konnten durch die Auffrischkurse aufgefangen und der Sprachfluss wieder stabilisiert werden. Es zeigt sich damit die Notwendigkeit der gut strukturierten Nachsorge, um die Dauerhaftigkeit des Therapieerfolgs zu ermöglichen, was durch das neue Modul der Telemedizin noch weiter unterstützt wird.

Darüber hinaus ist das Neuroimaging als deutlicher Hinweis der Refunktionalisierung von Netzwerken im sprechmotorischen Kortex nach erfolgter KST für den Erfolg des Therapiekonzepts zu sehen.

Die Intensität und Dauer des multimodalen Therapieprozesses mit Hilfe des computergestützten Biofeedback-Programms sind als wesentliche Bausteine für eine neuroplastische hirnorgani-

sche Umstrukturierung zu werten, die zur Verbesserung der sprechmotorischen Fähigkeiten beitragen.

Die wissenschaftliche Kooperation der KST mit anderen Universitätskliniken und die Erweiterung des Therapiekonzepts durch den Einsatz der Telemedizin (Online-Therapie) sind zum einen Indizien für das Interesse an basisnaher grundlegender Forschung und Integration in das Therapiekonzept als auch für fortschrittorientiertes Denken und Handeln, um das Konzept als Online-Angebot verfügbar zu machen.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kasseler Stottertherapie durch hochsignifikante und andauernde Therapieerfolge besticht, die sich nicht nur mit subjektiven und objektiven Stotterdaten, sondern auch durch Befunde des Neuroimaging erfassen lassen.

Dieser Therapieerfolg spiegelt sich in einer Fragebogenerhebung der Universität Frankfurt unter anderem auch mit Hilfe der Bundesvereinigung Stotterer und Selbsthilfe wieder, in dem die häufigsten Stottertherapien verglichen wurden. Darin wurde die von der KST durchgeführte »Fluency Shaping«-Therapie als die beste Therapie bei im Mittel kürzester Therapiezeit ermittelt.

»Last not least« sprechen die umfangreichen wissenschaftlichen und auch internationalen Kooperationen der KST sowie das dauerhafte Bestreben der objektiven Evaluation der Therapieergebnisse für die Seriosität dieses Therapiekonzepts.

Literatur

1. Andrews G, Craig A, Feyer A, Hoddinott S, Howie P, Neilson M (1983): Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 48, 226–246

2. Bloddstein O, Bernstein Ratner N (2008): A handbook on stuttering. 6th ed, Delmar, Clifton Park
3. Euler HA, v. Gudenberg WA (2000): Die Kasseler Stottertherapie (KST). Ergebnisse einer computergestützten Biofeedbacktherapie für Erwachsene. Sprache, Stimme, Gehör 24, 71–79
4. Euler HA, von Gudenberg WA, Jung K, Neumann K (2009): Computergestützte Therapie bei Redeflussstörungen: Die langfristige Wirksamkeit der Kasseler Stottertherapie (KST). Sprache Stimme Gehör 33, 193–201
5. Euler HA, Neumann K, Lange BP (2011): Wirkung von Stottertherapie in rückwirkender Patientenbefragung. Programmheft 77. Kongress der DGSS
6. Felsenfeld S, Finn P (2003): Examining recovery from stuttering using a population based twin sample. Paper presented at the 4th World Congress on Fluency Disorders, Montreal, August 11–15
7. Jung K, Jasssens F (2012): Vergleich einer reinen Präsenztherapie mit einem teletherapeutischen Ansatz. Nationaler Fachkongress Telemedizin, Berlin, 25.–26. Oktober
8. Natke U (2005): Stottern. Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden. 2. Aufl, Huber, Bern
9. Neumann K (2005): Wortstau im Gehirn. Gehirn & Geist 1–2, 30–35
10. Neumann K (2007): Stottern im Gehirn. Forum Logopädie Heft 2 (21), 6–13
11. (2013): Website der Kasseler Stottertherapie. www.kasseler-stottertherapie.de, August
12. Webster, RL (1980): The Precision Fluency Program: Speech reconstruction for stutters (Clinician's Program Guide). In: Roanoke VA: Communications Development Corporation, 209–240
13. von Gudenberg WA (2013): Flüssiger Sprechen. Freier Leben. Informationsbroschüre der Kasseler Stottertherapie, Juni

Anschrift der Verfasserin:

*Dr. med. Bernadette Talartschik
HNO-Bereich
Schön-Klinik Bad Arolsen
Hofgarten 10
34454 Bad Arolsen*

*Gesundheitszentrum Vellmar
Rathausplatz 4
34131 Vellmar
E-Mail talarber@t-online.de*

forum

Literarisch tätige Ärzte – eine Auswahl: Teil 15

N. Zahedi

Morio Kita – Psychiater und Schöpfer des Sindbads (des japanischen, nicht des aus 1.001 Nacht)

Morio Kita wurde als *Sokichi Saito* in Minato, Tokio, am 1. Mai 1927 geboren. Er besuchte die medizinische Fakultät der Universität Tohoku und praktizierte danach an der Keio-Universität.

Mit 23 Jahren schrieb er seinen ersten Roman »Yurei« (Geister). Dieser wurde in einer Zeitschrift, über ein Jahr verteilt, veröffentlicht. Im darauffolgenden Jahr brachte *Kita* dann auf eigene Kosten eine zusammenfassende Ausgabe als Buch heraus – in einer sehr geringen Auflage. Aber erst als ein größerer Herausgeber das Buch noch einmal veröffentlichte, wurde es erfolgreich.

Danach arbeitete er für ein halbes Jahr als Arzt auf dem Schiff einer Fischereiagentur. Seine gesammelten Erfahrungen verarbeitete er in den Erzählungen »Doctor Mambo Kokaiki« (1960).

Morio Kita heiratete 1961, ein Jahr später kam seine Tochter zur Welt. Im selben Jahr schrieb er das Märchen »Die Abenteuer von Kupukupu dem Seemann«.

Sein von vielen als Meisterwerk betrachtetes Buch »Das Haus Nire« erschien 1963. Es behandelt den Aufstieg und Fall der *Familie Nire* und der von ihr geführten Nervenklinik.

Kito war auch Mitautor des Drehbuchs der Animationsserie »Sindbad« in den



Abb.: Morio Kita

1970er Jahren, die auch in Deutschland ausgestrahlt wurde.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. med. Nasser Zahedi
Gynäkologe und Medizinhistoriker
Hardenbergstraße 60
51373 Leverkusen
E-Mail drnzahedi@yahoo.de*

forum