

Jürgen Kohler | Wolfgang G. Braun

Früherkennung, Ersterfassung und Erstberatung bei beginnendem Stottern

Die Erforschung und Entwicklung von RedeflussKompass und
StotterKompass zu einem digitalen Instrumentarium

Ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt der interkantonalen
Hochschule für Heilpädagogik (HfH) Zürich
Institut für Sprache und Kommunikation unter erschwerten
Bedingungen

HfH Interkantonale Hochschule
für Heilpädagogik



Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2020
eISBN 978-3-8248-9903-6
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2020
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:
Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel, Martina Schulz-Kirchner
Titelbild: © geralt/Pixabay

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autoren und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen. Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Vorwort und Danksagung

Als 2008 der RedeflussKompass 1.0 erschien wussten wir noch nicht, dass damit der Anstoß für einen intensiven, zwölfjährigen Forschungsprozess gemacht wurde. Der RedeflussKompass entwickelte sich dank wissenschaftlicher Untersuchungen zu einem letztendlich differenzierten, empirisch gut abgestützten und in seiner Onlineform zu einem anwenderfreundlichen Tool zur Früherkennung beginnenden Stotterns. Eine wichtige Erkenntnis dieses Prozesses war, dass wir letztendlich die Zielgruppe, die Anwendergruppe spezifischer bedienen müssen. Daraus entstand eine Aufteilung in den RedeflussKompass 3.0 für Laien (Eltern, pädagogische Bezugspersonen) und in den StotterKompass Beta-Version für Fachpersonen (insbesondere für Novizen in der Erfassung des Syndroms Stottern). Diese beiden Instrumente wurden dann in den letzten vier Jahren einer intensiven Überprüfung unterzogen. Das theoretische Grundverständnis, das Forschungsdesign sowie Forschungsmethodik und -vorgehen, die Ergebnisse und die Rückschlüsse sind Thema dieser Publikation. Die nun vorliegenden Onlineversionen sind Ergebnisse des intensiven Evaluationsprozesses, der sowohl quantitative als auch qualitative Rückmeldungen (mixed-method-Vorgehen) generierte.

Wir sagen allen kooperierenden Bezugspersonen und Fachpersonen ein herzliches Dankeschön für die Zusammenarbeit. Ohne diese Praxis-Kooperationen wäre das Projekt nicht möglich gewesen.

Auch der interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik HfH Zürich, insbesondere dem Institut für Sprache und Kommunikation unter erschwerten Bedingungen, in dem unser Forschungsprojekt angesiedelt war, gebührt großen Dank für Ressourcen, Anregungen und Unterstützung.

Ein großes Dankeschön möchten wir auch den technischen Entwicklern der Onlineversionen, Herrn Michael Hohl und Herrn Nico Widmer, aussprechen. Weiteren technischen Support erfuhren wir durch das Digital Learning Center unserer Hochschule.

Wir sind der Überzeugung, dass der intensive Prozess der empirischen Abstützung der beiden Tools zu professionellen Instrumenten der Früherkennung, Ersterfassung und Erstberatung bei beginnendem Stottern geführt hat. Ein lohnendes Unterfangen. Die Fachwelt ist sich einig: Die Therapiechancen steigen, je früher ein Kind einer notwendigen Therapie

zugeführt wird. Und sein Umfeld profitiert von fundierten Erstinformationen zum Stottern zu einem möglichst frühen Zeitpunkt.

Ein Slogan der Bundesvereinigung Stottererselbsthilfe bvss begleitete und motivierte uns daher über all die Jahre hinweg: Früherkennung von Stottern darf kein Zufall sein!

Jürgen Kohler und Wolfgang G. Braun, Zürich, November 2019

Zu den Autoren



Prof. Dr. Jürgen Kohler ist Logopäde und Psychologe. Er arbeitet als Dozent im Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklungsförderung der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit den Schwerpunkten Störungen der Rede, Diagnostik, Entwicklungspsychologie und Forschungsmethoden in der Logopädie.



Prof. Wolfgang G. Braun ist Dozent im Institut für Sprache und Kommunikation unter erschwerten Bedingungen der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) in Zürich mit dem Schwerpunkt Störungen der Rede. Er leitet auch seit 2001 das Stottercamp 'Stotterchamp – Gestärkt quer in der Landschaft stehen' am Bodensee. In den letzten Jahren veröffentlichte er mehrere Publikationen und Therapiematerialien im Themenkreis Stottern und Prävention.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG MIT THEORETISCHEM HINTERGRUND	1
1.1	Kompakte Annäherung an das Phänomen Stottern	1
1.1.1	Was ist Stottern?.....	1
1.1.2	Ätiologie	1
1.2	Beginnendes Stottern	5
1.2.1	Phänomenologie: Normale vs. symptomatische Sprechunflüssigkeiten	5
1.2.2	Beginn, Verlauf und Remission	9
1.3	Identifikation des beginnenden Stotterns	12
1.4	Konzeption von RedeflussKompass 3.0 und StotterKompass	13
2	FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG	17
3	METHODEN.....	19
3.1	Stichprobenkonstruktion	19
3.1.1	Einschlusskriterien für die Stichprobe der Fälle.....	20
3.1.2	Die Gesamtstichprobe besteht aus drei Teilstichproben.....	22
3.2	Dokumentenanalyse – Erhebungsverfahren.....	23
3.2.1	Ausgefüllte RedeflussKompass 3.0 und StotterKompass.....	23
3.2.2	Video- oder Audioaufnahmen der Durchführungen.....	24
3.2.3	Protokolle und Audioaufnahmen der Interviews mit Fachpersonen.....	24
3.2.4	Schriftliche Reflexionen der Fachpersonen	25
3.2.5	Dokumentation der Interviews mit den Bezugspersonen	25
3.2.6	Protokolle von zwei Gruppendiskussionen mit Experten	25
3.2.7	Protokolle von vier Gruppenbefragungen mit Laien	25
3.3	Dokumentenanalyse - Verfahren der Aufbereitung und Auswertung.....	26
3.3.1	Aufbereitung und Auswertung der Qualitativen Daten.....	26
3.3.2	Aufbereitung der quantitativen Daten	28
4	ERGEBNISSE.....	29
4.1	Sensitivität und Spezifität der beiden Kompass.....	29
4.2	Inter-Rater-Reliabilitäten des StotterKompasses	31
4.3	Kriteriumsvaliditäten der Kompass	33
4.4	Erfahrungen der Anwender.....	35
4.4.1	Vorbereitungsphase.....	36
4.4.2	Durchführungsphase.....	37
4.4.3	Gesonderte Analyse der Fälle mit fehlender Übereinstimmung	51
4.4.4	Beratungspotential des Instrumenteneinsatzes	51

5	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	53
5.1	Einbettung in die Theorie des beginnenden Stotterns.....	53
5.2	Änderungen an den Instrumenten	56
5.2.1	Missverständliche Begrifflichkeiten	56
5.2.2	Das Skalenproblem	56
5.2.3	Signalfarben	57
5.2.4	Die Variabilität der Unflüssigkeiten	57
5.2.5	Dreiteilung der Empfehlungen.....	57
5.2.6	Fliessende Grenzen zwischen Beratung und Therapie oder zwischen Diagnostik und Therapie	60
5.2.7	Gewichtung der Items.....	61
5.2.8	Gesamtpunktzahl	63
5.2.9	Abbruchkriterium.....	64
5.2.10	Handanweisung und deren Umfang	64
5.2.11	Abhilfen bei Uneindeutigkeiten	65
5.2.12	Analytische Trennung der Primärsymptomatik	67
5.2.13	Qualitative Begründungen für Entscheidungen	68
5.2.14	Zusammenfassung der Veränderungen an den Instrumenten	69
5.3	Diskussion der quantitativen Gütekriterien	70
5.3.1	Sensitivität und Spezifität	70
5.3.2	Kriteriumsvaliditäten	72
5.3.3	Inter-Rater-Reliabilitäten des StotterKompasses.....	72
5.4	Diskussion der Qualitativen Kategorien	73
5.5	Diskussion der Methodik	73
5.5.1	Stichprobenkonstruktion	73
5.5.2	Operationalisierung des wahren Wertes	77
5.5.3	Konstrukte Spezifität, Sensitivität und Kriteriumsvalidität	79
5.5.4	Kategorienbildung.....	80
6	ENTWICKLUNG DER ONLINE-TOOLS.....	82
6.1	Gesamtprozess und Meilensteine	82
6.1.1	Ausgangspunkt der Weiterentwicklung.....	82
6.1.2	Das Entwicklungsprojekt im Überblick.....	83
6.1.3	Entscheidung für eine digitale Lösung	84
6.1.4	Produktionsphase	85
6.1.5	Inhaltliche Optimierung mittels digitaler Transformation	87
6.1.6	Konzeption und Produktion der Filmclips	88
6.1.7	Testing.....	90
6.2	Die Produkte	91
6.2.1	RedeflussKompass online	91
6.2.1.1	Verkürztes Verfahren	95
6.2.1.2	Komplettes Verfahren	97
6.2.2	StotterKompass online.....	99
6.2.3	Zusammenfassung der Weiterentwicklung aus Evaluation	100
6.3	Das Grundsetting der Tools.....	102
6.3.1	Verfahren vor Digitalisierung	102
6.3.2	Verfahren mit Onlinetools	103
6.3.3	Alternatives Verfahren SK direkt mit Kind	104

6.4	Begleitende Maßnahmen zur Präsentation und Einführung der Produkte	105
6.4.1	Startwebsite Expertenwissen online Stottern erkennen	105
6.4.2	Flyer Stottern erkennen	107
6.4.3	Weitere Maßnahmen.....	108
7	ABSCHLIESSENDE REFLEXIONEN	109
7.1	Ohne Kooperationspartner keine Praxisforschung	109
7.2	Videotool zur Veranschaulichung der Symptomatik.....	110
7.3	Entscheidung zur Webapplikation und ihre Folgen	112
7.4	Die Trennung von Forschung und Entwicklung.....	113
7.4.1	Finanzierung.....	113
7.4.2	Angewandte Forschung trägt immer den Entwicklungsgedanken in sich	114
7.4.3	Personelle Trennung von Forschung und Entwicklung	115
7.5	Ethische Reflexion.....	115
7.5.1	Zwei Beispiele von ethisch relevanten Sachverhalten und ihre Diskussion.....	116
7.5.2	Lösung des Problems als Produkt eines projektspezifischen Umstandes.....	119
7.6	Schlussbemerkung	120
8	LITERATURVERZEICHNIS	121
9	ANHANG.....	125

1 Einleitung mit theoretischem Hintergrund

1.1 Kompakte Annäherung an das Phänomen Stottern

1.1.1 Was ist Stottern?

Eine Million Menschen stottern im deutschsprachigen Raum (D, CH, A). Stottern ist neben den Störungsbildern Poltern und Mutismus dem Bereich Störungen der Rede zu zuordnen. Stottern kennzeichnet sich durch unfreiwillige Wiederholungen von Lauten, Silben und einsilbigen Wörtern, Dehnungen und Blockierungen. Diese Unflüssigkeiten werden als Kernsymptome des Stotterns bezeichnet. In der S3-Leitlinie Redeflussstörungen (Neumann et al., 2017) wird Stottern als „zentralnervöse Störung des Sprechens und seiner Planung, die in der Kindheit hauptsächlich auf Grund einer genetischen Disposition zustande kommt. Es umfasst eine Kernsymptomatik mit stottertypischen Sprechunflüssigkeiten und eine Begleitsymptomatik mit vegetativen, motorischen und emotionalen Reaktionen“ (S. 25) definiert. Definition

Als quantitativer Schwellenwert für die Diagnose Stottern wird eine Stotterhäufigkeit von 3% aller Silben in einer repräsentativen Sprechprobe genannt (Neumann et al. 2017, Sandrieser 2017). Dieser Wert ist aber als Parameter für das weitere Vorgehen und die Einschätzung eines Stotterschweregrades nur sehr bedingt relevant. Auch bei einem niedrigeren Wert, einer tieferen Stotterrate, können die emotionale Belastung durch die Kommunikationsbeeinträchtigung, die Qualität des Symptomes (z.B. der Grad der Anspannung im Symptom oder die Dauer des einzelnen Symptomes) sowie eine sich entwickelnde Begleitsymptomatik (Vermeideverhalten, Mitbewegungen) eine Indikation für Beratung und Therapie sein. Prävalenz

1.1.2 Ätiologie

Für das Stottern gibt es keine endgültige Erklärung für seine Entstehung. „Eine Reihe von Theorien wurde über die Verursachung des Stotterns aufgestellt. Zu jeder Theorie scheinen sich stotternde Personen finden zu lassen, für die diese Theorie plausibel ist. Umgekehrt kann bislang keine Theorie für ich beanspruchen, auf alle stotternden Personen zuzutreffen“ (Natke, 2005, S.67). Erklärungsversuche

Folgende Tabelle 1 versucht die zentralen Erklärungen der gängigsten Theorietypen kompakt darzustellen:

Theoriegruppen			
Stottern als Neurotische Reaktion	Lerntheorien	Breakdown-Theorien	Multikausale- bzw. faktorielle Theorien
Unbewusste Bedürfnisse = Stottersymptome haben einen Bezug zu unbewussten Zielen	Stottern wird erlernt: Operantes oder klassisches und operantes Konditionieren in Zusammenspiel mit kognitiven Bewertungsprozessen	Zusammenbruch des hoch-automatisierten Sprechvermögens bei Überlastung des Systems im Sinne eines „angelegten“ neurophysiologischen Defizits	Disponierende-auslösende-aufrechterhaltende Bedingungen = Ideografische Sichtweise

Tab. 1: Überblick zu den gängigen Theoriegruppen zur ätiologischen Erklärung des Stotterns

Traditionell sind Lerntheorien (antizipierende Anstrengungsreaktion im Sinne von ‚Stottern ist der Versuch nicht zu stottern‘), Breakdowntheorien (Mühen in der hoch automatisierten Planung und Realisation des Sprechens), multifaktorielle Theorien (Aufteilung in disponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen) sowie ‚Stottern als neurotische Reaktion‘ (mit tiefenpsychologischen Wurzeln) als Erklärungsansätze der Entität Stottern aufzuführen (vgl. Natke, 2005).

Das komplizierte wechselseitig-abhängige Bedingungsgefüge entspricht am ehesten den multikausalen Theorien und verbindet lerntheoretische Erklärung mit denen der Breakdown-Theorien. Die tiefenpsychologische Erklärung tritt dagegen in aktuellen Veröffentlichungen zur Ätiologie des Stotterns in den Hintergrund (vgl. Natke, 2005, S.67f).

Wichtig in der Ätiologiediskussion ist die Unterscheidung von disponierenden, auslösenden sowie aufrechterhaltenden Bedingungen (vgl. Johannsen, 2010). Die Ursache des Stotterns wird mit einer genetischen Veränderung, die zu einer zentralnervösen Störung des Sprechens z.B. in Form einer neuromotorischen Koordinationsstörung führt, erklärt. Die *genetische Disposition (Prägung)* für Stottern (Epigenetik) wurde mittels verhaltensgenetischer Untersuchungen (Zwillings-, Adoptions-, Familienstudien) und DNA-Analysen aufgezeigt. Genetiker postulieren, dass beim aktuellen Forschungsstand inzwischen „bei 70% der Gesamtgruppe der stotternden Kinder“ das Auftreten von Stottersymptomen genetisch erklärbar ist (Sandrieser 2017, S. 377, vgl. auch

Ätiologiediskussion

Überblick Neumann et al., 2016, S. 31 ff). Diese Aussage wirkt auf Eltern, die teils mit Schuldgefühlen vorstellig werden, sehr entlastend.

Als *auslösende Bedingungen* werden Ereignisse, Umstände benannt, die dem Erstauftreten von Stottern kurz vorhergehen. Dies kann ein institutioneller Übergang sein (Übertritt in den Kindergarten, in die Schule), eine für das Kind herausfordernde familiäre Veränderung (Geburt eines Geschwisters, Wohnortwechsel) oder in seltenen Fällen eine traumatische Erfahrung. Diese Bedingungen sind nicht als die eigentliche Ursache zu verstehen sondern als der ‚Tropfen, der das Fass zum Überlaufen‘ bringt.

Aufrechterhaltende Faktoren sind dann emotionale, mentale und kommunikative Verunsicherung des Kindes selber oder seiner Umgebung sowie damit einhergehende veränderte Reaktionsweisen der Umgebung.



Abb 1. Zeitliche Ordnung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Stottern

Diese zeitliche Abfolge differenziert die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Redeunflüssigkeiten über einen längeren Zeitraum hinweg. Hingegen versucht das folgende 3-Faktoren-Modell *Momente des Stotterns* zu erklären. Dabei wird argumentiert, dass alle ursächlichen Faktoren in jedem Moment des Stotterns wirksam sein müssen.

3-Faktoren-Modell

Die Erkenntnis, dass ein neurologisches Defizit in der Verarbeitung von gesprochener Sprache Grundvoraussetzung für das Auftreten von Stottern ist, wurde von A. Packmann, Australien Stuttering Research Center, und ihrem Kollegen J. Attanasio mit dem bekannten Anforderungs- und Kapazitätenmodell (Starkweather, 1987) verknüpft und es resultierte das *3-Faktoren-Modell* (Packmann & Attanasio, 2010; Packmann, 2012; Sandrieser, 2017). Synonym wird es auch *P&A-Modell* nach den Autoren benannt. In diesem Modell wird nachvollziehbar versucht, die Momente des Stotterns zu erklären und Mechanismen für verschiedene Behandlungsausrichtungen abzuleiten.

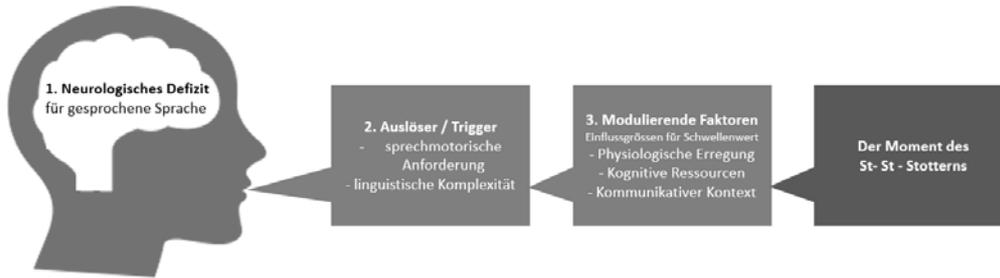


Abb 2. 3-Faktoren-Modell in Anlehnung an Packman (2012)

Das oben beschriebene neurologische Defizit (Bsp. die gestörte oder verzögerte Entwicklung von Myelin) ist der Ausgangspunkt des Modells (Packman, 2012). Stotterer stottern aber nicht bei jeder Silbe und auch nicht in jeder Situation – es spielen im Moment des Stotterns Auslöser (2.) und individuelle modulierende Faktoren (3.) eine gewichtige Rolle.

Als *Auslöser* können erhöhte artikulatorische Anforderungen sowie die linguistische Komplexität wirken. Erhöhte motorische Anforderungen z.B. durch ein hohes Sprechtempo stören ein bereits instabiles System. Die neuromotorische Koordination von koartikulatorischen Transitionen (Übergängen) stellt eine Herausforderung für das Kind dar. Die Breakdown-Theorien fokussieren diesen Erklärungsansatz, nach dem die Symptomatik auf ein Versagen der komplizierten Koordination des Sprechens zurückzuführen ist (van Riper, 1982; Natke, 2000; Bloodstein, 2006; Johannsen, 2010; Katz Bernstein, 2018).

Im Gegenzug kann die Verlangsamung des Sprechens und damit die Verringerung der Variabilität der kontrastierenden aufeinanderfolgenden Silben (wie man sie von Sprechmodifikationsprogrammen kennt) die Sprachproduktion erleichtern. Vereinfacht gilt der Grundsatz, je komplizierter die Äußerung, desto mehr Aufwand wird von unserem Gehirn und der anzusteuern, ausführenden Artikulation verlangt, um diese zu produzieren. Bloodstein & Bernstein Ratner (2008) weisen in einer Studie darauf hin, dass Stottern tendenziell in Äußerungen auftritt, die sprachlich komplexer sind. Die Autoren des 3-Faktoren-Modells ziehen den Schluss, dass auch die sprachliche Komplexität ein Faktor ist, der das instabile System durch erhöhte sprechmotorische Anforderungen belastet. Im 3-Faktoren-Modell ist sprachliche Komplexität wie z.B. variierender syllabischer Stress ein inhärentes Merkmal normal gesprochener Sprache. Es kann sein, dass „eine erhöhte linguistische Komplexität eine erhöhte Variabilität des kontrastierenden syllabischen Stresses beinhalten kann“ („it may be that increased linguistic

complexity may involve increased variability in contrastive syllabic stress“ (Packman 2012, S. 228).

Im 3-Faktoren-Modell wird der Auslösemechanismus u.a. durch intrinsische Faktoren moduliert. So kann das Ausmaß der physiologischen Erregung bei einem Individuum die Schwelle maßgeblich verändern, ab der ein Moment des Stotterns ausgelöst wird. Je höher die Erregung desto niedriger die Schwelle für unflüssiges Sprechen. Der Körper hat die Bereitschaft, auf belastende innere und äußere Einflüsse zu reagieren. Die Erregung ist u.a. bedingt durch Leistungsangst, Angst vor negativer Bewertung, Aufregung oder Erwartung. Sicher gibt es hier individuelle Unterschiede in der emotionalen Reaktivität. Im Sport kennt man das Phänomen, dass die Leistungen im Training meist weitaus besser sind als unter Wettkampfbedingungen. Die Sportlerin *blockiert* unter Wettkampfstress, zeigt nicht die entsprechende *Lockerheit*, die es zur Entfaltung der Leistung braucht.

Bezogen auf die Kommunikationsstörung Stottern weiß man, dass Stottern situationsabhängig ist und die stotternde Schwere je nach (kommunikativen) Kontext variieren kann. Die modulierenden Faktoren sind für jedes Individuum einzigartig und sind „neben dem Temperament auch durch Erfahrungen (z.B. Hänkeln), Einstellungen (z.B. negative Bewertung des Stotterns) und die aktuelle Stottersymptomatik selbst beeinflusst“ (Sandrieser 2017, S. 400). Modulierende Faktoren können innerhalb von Individuen als Hauptfaktor für die Variabilität des Stotterns über kommunikative Kontexte hinweg angesehen werden. Sie stellen eine Interaktion zwischen dem körperlichen Aufbau des Betroffenen, den Lebenserfahrungen und seiner Umgebung da.

modulierende
Faktoren

1.2 Beginnendes Stottern

1.2.1 Phänomenologie: Normale vs. symptomatische Sprechunflüssigkeiten

Alle Menschen sprechen unflüssig. Es gibt keine 100% Flüssigkeit in der menschlichen Sprechweise. Insofern gibt es normale Sprechunflüssigkeiten, die sich folgendermaßen darstellen lassen: lockere Wiederholungen von ein- oder mehrsilbigen Wörtern oder Satzteilen, Revisionen, Satzabbrüche, ungefüllte oder gefüllte Pausen (z.B. „ähm“) und Einschübe. Auch lockere Dehnungen können dazu gehören, die meist als Betonungen interpretiert werden können. Bei jüngeren Kindern wird die Häufung dieser normalen

normale
Sprechunflüssig-
keiten

Unflüssigkeiten auch als „entwicklungsbedingte Redeunflüssigkeiten“ bezeichnet, deren Ursache man auf die Unreife des gesamten Sprachsystems zurückführt.

Das beinahe Synonyme Begriffspaar „funktionelle Redeunflüssigkeit“ fokussiert die Unflüssigkeit als Folge von Unregelmäßigkeiten in der Sprach-Handlungs-Planung. Dann dienen die Unflüssigkeiten dem sprachpragmatischen Zeitgewinn für den Wortabruf, der syntaktischen Planung und der gedanklichen Strukturierung während der Sprachproduktion (Starkweather, 1987). Sie stellen einen erforderlichen Schritt beim Aufbau der hochautomatisierten Sprech- und Sprachsteuerungsabläufe dar. Funktionelle Unflüssigkeiten sind auch bei Erwachsenen zu beobachten.

funktionelle
Redeunflüssigkeit

Symptomatische Unflüssigkeiten hingegen unterscheiden sich quantitativ von den normalen Unflüssigkeiten durch eine allgemein größere Auftretenshäufigkeit, ihrer größeren Anzahl von Wiederholungseinheiten und ihrer längeren Dauer. Qualitativ sind die symptomatischen Unflüssigkeiten durch eine schnellere Repetition von kürzeren Einheiten (Silbe, Laut) sowie eventuell auch von Dehnungen oder Blockierungen gekennzeichnet. Manchmal ist ein höherer Grad an allgemeiner Spannung im Mund- und Gesichtsbereich und es sind spannungsreiche ganzkörperliche Mitbewegungen sowie eine spannungsreiche Stimmgebung zu beobachten (vgl. u.a. Natke, 2005; Sandrieser, 2004; Sandrieser & Schneider, 2008). Nichtstotternde Kinder zeigen äusserst selten symptomatische Unflüssigkeiten, während bei Kindern, welche symptomatische Unflüssigkeiten zeigen auch normale Unflüssigkeiten vorkommen. Bei Kindern, welche schon länger symptomatische Unflüssigkeiten zeigen, sind die normalen Unflüssigkeiten wahrscheinlich sogar häufiger als bei nichtstotternden Kindern (Sandrieser, 2004, S. 136).

Symptomatische
Unflüssigkeiten

Die folgende Tabelle auf unserer Website Expertenwissen online Stottern erkennen fasst in Form einer Gegenüberstellung normale und symptomatische Sprechunflüssigkeiten zusammen.

Beobachtbare Symptome	Normale, entwicklungsbedingte Sprechunflüssigkeiten	Verstärkte Sprechunflüssigkeiten – beginnendes Stottern
Wiederholungen		
Wiederholungen einsilbiger Wörter («Ich – ich – ich muss dir was erzählen!»)	•	
Wiederholungen mehrsilbiger Wörter («Ich hatte – hatte keine Angst beim Zahnarzt.»)	•	
Satzteilwiederholungen («Ich kann – ich kann das nicht so gut.»)	•	
Lautwiederholungen («A-a-a-aber ... ich bin jetzt dran!»)		•
Häufig mehr als zwei Silbenwiederholungen («Ich ma – ma – ma – ma – mache die Tür auf.»)		•
Dehnungen		
Vokaldehnungen von mehr als einer Sekunde Dauer («Ich kaaaaaaaann schon Rad fahren!»)		•
Pausen		
Stille Pausen zwischen einzelnen Wörtern/Satzteilen zur inhaltlichen Planung («Wo ist kannst du mir das geben?»)	•	
Blockierungen		
mit sichtbarer Anstrengung, Mund oder Gesicht sind beim Hängenbleiben verspannt		•
Begleitsymptome		
Vermeidung von Wörtern («Der wohnt in der Hundehü – hü – haus.»)		•
Verspannungen von Lippen, Gesicht, Hals in Verbindung mit der Unflüssigkeit		•
Mitbewegungen des Körpers in Verbindung mit der Unflüssigkeit		•

Tab. 2: Unterscheidung normale versus symptomatische Sprechunflüssigkeiten

Die Grenzen zwischen normalen vs. stottertypischen Unflüssigkeiten sind allerdings fließend. Guitar (2014, S. 113ff) schlägt daher den Begriff „borderline stuttering“ vor, der die Überlappung von normalen Unflüssigkeiten und beginnendem Stottern treffen soll. Natke übersetzte diesen Begriff als „grenzwertiges Stottern“ (Natke, 2000, 50). Diese Begrifflichkeit macht großen Sinn, da Kinder in diesem Stadium Entwicklungen in beide Richtungen (Stottern oder normaler Redefluss) vollziehen können. „Some children with borderline stuttering gradually lose their stuttering and grow up without a trace of stuttering. Others develop more stuttering symptoms and progress through levels of beginning, intermediate, and advanced stuttering“ (Guitar, 2014, S. 119).

Als charakteristische Merkmale von Borderline Stottern werden folgende Items genannt (ebd.):

Mehr als 10 Unflüssigkeiten pro 100 Wörter
Frequenz der Wiederholungen oft über 2 (Bsp. Ba – Ba – Ball)
Mehr Wiederholungen und Dehnungen als Verbesserungen oder unvollständige Phrasen
Unflüssigkeiten sind locker und spannungsarm
Kinder mit Borderline Stottern reagieren selten auf ihre Unflüssigkeiten

Tab. 3: Charakteristische Merkmale von Borderline Stottern (nach Guitar 2014, S. 121)

Dieser Typus ist für eher jüngere Kinder (1,5 bis 3,5 Jahre) reserviert und grenzt sich gegenüber den normalen Unflüssigkeiten insbesondere durch die grösser Auftretenshäufigkeit der Laut-, Silben- und Teilwortwiederholungen insgesamt und der Anzahl der Wiederholungen innerhalb des Stottereignisses ab. Guitar erklärt den Terminus bolderline stuttering mit der Schwierigkeit einer eindeutigen Differenzierung zwischen normalen Unflüssigkeiten und dem beginnenden Stottern aufgrund der Fluktuation der Symptomatik:

(...) I also agree that there ist much overlap between the disfluencies of stuttering children and the disfluencies of normally disfluent children. Moreover (...) these children often go back and forth between stuttering and normal disfluency over a period of months. For this reason, we use the term „borderline“ to indicate that these children are neither entirely normally disfluent nor definititly stuttering.“ (Guitar, 2014, S. 120).

Im deutschsprachigen Raum findet man meist nur binäre Gegenüberstellungen von normalen Unflüssigkeiten vs. stotterympptomatischen Unflüssigkeiten, wobei die Autoren in der Regel auf den Grenzbereich zwischen diesen beiden Kategorien hinweisen, ihn aber nicht mit einer extra Kategorie explizit hervorheben. Eine Ausnahme ist Bosshardt (2008), der ausdrücklich von „Sprechunflüssigkeiten bei Grenzfällen“ spricht.



Abb. 3: Kontinuum der Sprechunflüssigkeiten