

# Fragebogen zur psychosozialen Belastung durch das Stottern für Kinder und Jugendliche

Development of a questionnaire to determine psychosocial impact of stuttering for children and adolescents

**Schlüsselwörter:** psychosoziale Belastung, Stottern, Fragebogen, verdeckte Merkmale des Stotterns

**Keywords:** Psychosocial impact, stuttering, questionnaire, covert symptoms of stuttering

**Zusammenfassung:** Dieser Artikel beschreibt die Entwicklung eines neuen Fragebogens zur Bestimmung der psychosozialen Belastung von stotternden Kindern und Jugendlichen, den Fragebogen zum Sprechen.

146 deutsche stotternde Kinder und Jugendliche im Alter von 8,3 Jahren bis 17,10 Jahren ( $M = 12,11$ ,  $SD = 2,6$ ) haben den Fragebogen ausgefüllt. Zusätzliche Daten wurden von 22 TeilnehmerInnen einer Stotterintensivtherapie im Alter von 9,0 bis 17,7 Jahren ( $M = 13,6$ ,  $SD = 2,6$ ) erhoben, um die Anwendung in einem klinischen Umfeld zu überprüfen.

Der Fragebogen zum Sprechen ist ein valides und reliables Instrument zur Erfassung der psychosozialen Belastung bei stotternden Kindern und Jugendlichen. Er liefert wichtige zusätzliche Informationen über verdeckte Merkmale des Stotterns. Er stellt eine wichtige Ergänzung in der Diagnostik von stotternden Kindern und Jugendlichen dar und ist sowohl für die klinische als auch für die wissenschaftliche Anwendung geeignet.

**Abstract: Objective:** The purpose of this article is to introduce a questionnaire on health related quality of life of children who stutter (CWS), the *Speech Questionnaire*. The new instrument was developed and validated to measure the impact of stuttering on the lives of children aged eight to seventeen years.

**Design:** 146 CWS aged between 8,3 years and 17,10 years ( $M = 12,11$ ,  $SD = 2,6$ ) from Germany completed the *Speech Questionnaire*. Additional data were collected for 22 CWS ( $M = 13,6$ ,  $SD = 2,6$ ) to show the applicability of the *Speech Questionnaire* in a clinical setting.

**Results:** The *Speech Questionnaire* proved to be a valid and reliable instrument to assess the impact of stuttering on the child's life. It provides useful additional information on covert aspects of the fluency disorder stuttering.

**Conclusions:** The new instrument is a reliable and valid tool to measure health related quality of life of CWS, and it is possible to use it in clinical settings as well as for research purposes.

## Stand der Forschung

Stottern behindert nicht nur die Kommunikation (Alpermann & Zückner, 2008; Anderson & Conture, 2000; Bernstein-Ratner & Silverman, 2000; Dworzynski, Howell, & Natke, 2003; Yaruss, LaSalle, & Conture, 1998), sondern kann auch erhebliche Auswirkungen auf das soziale Verhalten und das emotionale Erleben haben (Francic & Bothe, 2008; Yaruss, 2010). Studien haben gezeigt, dass stotternde Kinder im Vergleich zu flüssig sprechenden Gleichaltrigen häufiger gemobbt werden, ein geringeres Selbstvertrauen haben und eine größere Situationsangst zeigen (z. B. Benecken & Spindler, 2004;

Blood, Boyle, Blood, & Nalesnik, 2010; Craig & Hancock, 1996; Davis, Howell, & Cook, 2002; Davis, Shisca, & Howell, 2007; Eggers, De Nil, & Van den Bergh, 2010; Langevin, Bortnick, Hammer, & Wiebe, 1998; Subellok & Vinbruck, 2008). Diese negativen psychischen und sozialen Auswirkungen können Aktivitäten, Fähigkeiten zur Teilhabe und Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen. So beschreiben Craig, Blumgart und Tran (2009), dass Stottern die Vitalität sowie soziale, emotionale und mentale Funktionsfähigkeiten der Betroffenen negativ beeinflussen kann, und dass Stotternde mit einem höheren Schweregrad einem

gesteigertem Risiko einer solchen Beeinträchtigung ausgesetzt sind.

Bei der Diagnostik des Stotterns ist es daher wichtig, neben den offenen Merkmalen (overt stuttering) auch die sogenannte „verdeckte Symptomatik“ (covert stuttering) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Betroffenen zu erfassen (Francic & Bothe, 2008; Zang, 2010). Eine allgemein gültige Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität liegt bislang nicht vor, jedoch ist die Überzeugung sehr verbreitet, dass diese multidimensional zu konzeptualisieren ist (Francic & Bothe, 2008). Die „International Classification of Function,

Disability and Health“ (ICF, WHO, 2001), betrachtet neben der Funktionsfähigkeit im Alltag auch die anderen Ressourcen und Kompetenzen, die für eine gelungene Teilhabe am Alltagsleben erforderlich sind (Rapp, 2007).

Das Ziel in der Anwendung der ICF ist es, individuelle, alltagsrelevante Gesundheitsbedingungen zu beschreiben (Grötzbach & Iven, 2009). Die ICF ist in zwei Teile mit je zwei Komponenten untergliedert. Teil 1 betrifft die Funktionsfähigkeit und Behinderung mit (a) Körperfunktionen und -strukturen sowie (b) Aktivitäten im Alltag. Teil 2 behandelt (c) Kontext und Umweltfaktoren sowie (d) personenbezogene Faktoren (Abb. 1).

Therapieziel in Anlehnung an die ICF ist die Verbesserung der Lebensqualität des Stotternden. Die psychosoziale Belastung hängt jedoch nur indirekt mit der Anzahl der Stotterereignisse zusammen, wie sie u. a. mit dem Stuttering Severity Instrument (SSI, Riley, 1994) erfasst wird. Daher ist es notwendig, dass neben dem Stotterschweregrad auch die psychosoziale Belastung diagnostiziert und in die Therapieplanung sowie in die Evaluation einbezogen wird. Hierfür bietet die ICF eine gute Grundlage, da sie ermöglicht, flüssiges Sprechen und Unflüssigkeiten ebenso wie andere positive und negative Aspekte des Erlebens von flüssigem und unflüssigem Sprechen des Stotternden zu beschreiben.

Der Bereich *Körperfunktionen* charakterisiert physiologische und psychologische Funktionen des Körpers, zum

Beispiel Sprechflüssigkeit, -rhythmus, -geschwindigkeit und Mitbewegungen. Zum Bereich *Körperfunktionen* werden ebenfalls emotionale Funktionen, wie extreme Angst oder emotionale Unruhe, hinzugerechnet, jedoch werden diese Zustände nicht notwendigerweise von SprachtherapeutInnen diagnostiziert. Körperstrukturen beziehen sich auf die Anatomie des Körpers, beispielsweise die Untersuchung hirnanatomischer Strukturen bei Stottern.

Die Komponente *Aktivität und Partizipation* betrachtet die Leistungsfähigkeit des Einzelnen in verschiedenen Situationen. Hier werden Bereiche berücksichtigt, welche direkt oder indirekt von Stottern betroffen sein können, wie beispielsweise kommunikative Kompetenzen sowie die Teilhabe in sozialen Beziehungen, Ausbildung, Arbeit und in gesellschaftlichen Strukturen.

Der Bereich *Umweltfaktoren* betrachtet den Einfluss verschiedenster Faktoren, welche die Erfahrungen einer stotternden Person beeinflussen können. Diese Faktoren (zum Beispiel durch Unterstützung und Beziehungen mit Familienmitgliedern, FreundInnen, Bekannten, Fachleuten etc.) können sich entweder förderlich oder behindernd auswirken.

Die letzte Komponente bezieht personenbezogene Faktoren ein. Für diese Komponente liegt, wegen der großen soziokulturellen Unterschiedlichkeit, keine Klassifizierung vor. So wurden die personenbezogenen Faktoren umfassend definiert und schließen den persönlichen Hintergrund, Coping Strategien, Emoti-

onen, Verhalten und die Wahrnehmung mit ein (Yaruss & Quesal, 2004).

Für eine umfassende Diagnostik im Sinne der ICF ist es unabdingbar, die psychosoziale Belastung durch das Stottern zu erfassen (Hansen & Iven, 2010; Hansen, Iven, & Rapp, 2009), jedoch gibt es dafür im deutschen Sprachraum noch keinen standardisierten Fragebogen.

## Entwicklung des Fragebogens zum Sprechen (FzS)

Zur Erfassung der psychosozialen Belastung bei Schulkindern und Jugendlichen wurde 2003 das *Assessment of the Child's Experience with Stuttering* (ACES) von Yaruss, Coleman und Quesal entwickelt. Der ACES wurde von Metten (2005) ins Deutsche übersetzt (Abschätzung kindlicher Erfahrungen mit dem Stottern, AKES). Der Fragebogen umfasst 98 Fragen auf einer fünfstufigen Skala von 1 („nie“ beziehungsweise „leicht“) bis 5 („immer“ beziehungsweise „schwer“) und ist in folgende Abschnitte unterteilt: 1. Allgemeine Informationen, 2. Reaktionen des Patienten/der Patientin auf das Stottern, 3. Kommunikation in täglichen Situationen und 4. Lebensqualität (Rosenberger, Metten, & Schulte, 2007). Ziel des AKES ist es, die psychosozialen Effekte und Belastungen durch das Stottern im alltäglichen Leben zu erfassen. Die erreichte Punktzahl kann mittels einer Tabelle in einen Schweregrad von leicht bis sehr schwer umgewandelt werden. Da der Fragebogen nicht normiert wurde, handelt es sich bei der Einteilung des Belastungsgrades um vorläufige Daten. Verschiedene Studien (Metten, Zückner, & Rosenberger, 2007; Rosenberger et al., 2007; Schulte, 2007) haben gezeigt, dass der AKES ein nützliches Instrument darstellt, um die psychosoziale Belastung durch das Stottern zu diagnostizieren. Ebenfalls positiv zu vermerken ist, dass dieser Fragebogen direkt in Anlehnung an die ICF konstruiert wurde.

## Kritikpunkte

Der AKES ist in Deutschland bisher unveröffentlicht, zudem besteht keine Standardisierung für den deutschen Sprachraum. Die relativ hohe Anzahl von zu beantwortenden Fragen kann auf

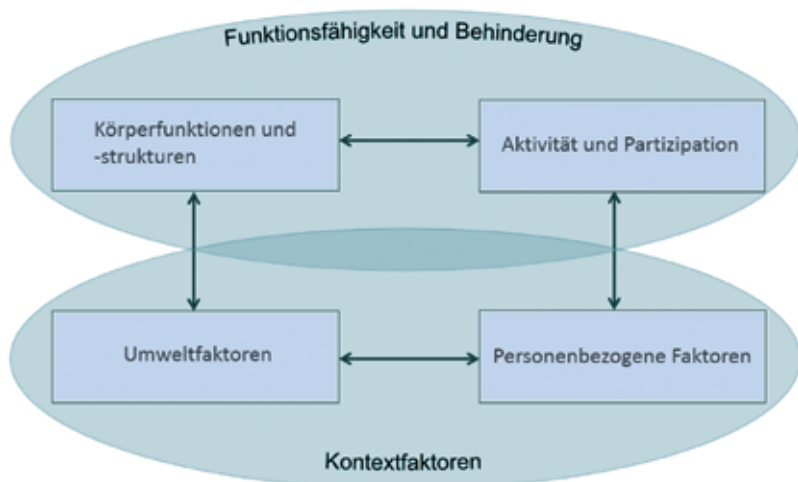


Abbildung 1 Komponenten der ICF

# FRAGEBOGEN ZUM SPRECHEN

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich/weiblich (bitte Nichtzutreffendes streichen)

*Anweisung.* Dieser Fragebogen umfasst vier Sets mit verschiedenen Aussagen.  
Bitte kreuze immer die Antwort an, die für dich die Frage am besten beantwortet.

<b>A</b> Allgemein	Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
1. Mein Sprechen klingt für mich absolut natürlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Selbst wenn ich stottere, bin ich in der Lage, genau das zu sagen, was ich sagen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich glaube, dass meine allgemeine Sprechfähigkeit sehr gut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich sehr gut in Bezug auf Techniken, die ich in der Therapie gelernt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es macht mir nichts aus, von anderen Leuten als Stotterer bezeichnet zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>B</b> Wenn ich an mein Stottern denke, fühle ich mich ...	Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
1. hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. wütend, sauer oder frustriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. alleine oder isoliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. beschämt oder verlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. nervös oder ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. traurig oder ich rege mich auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>C</b> Verschiedene Sprechsituationen	Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
1. Ich vermeide keine Aktivitäten, Sprechsituationen oder bestimmte Leute, selbst wenn ich denke, mein Stottern könnte sich verstärken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich lasse häufig andere Leute für mich sprechen, weil ich stottere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es fällt mir schwer, mit Erwachsenen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es ist besonders schwer für mich, zu sprechen, wenn ich aufgeregt oder in Eile bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich finde es viel einfacher, mit jemandem unter vier Augen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es fällt mir leicht, zu einer kleinen Gruppe von Leuten zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es fällt mir schwer, zu einer großen Gruppe von Leuten zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für mich ist es schwer, am Telefon zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>D</b> Einfluss von Stottern	Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
1. Mein Leben ist sehr davon beeinflusst, <u>wie</u> andere Leute auf mein Stottern reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein schulischer Erfolg ist nicht durch mein Stottern beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wegen meines Stotterns fällt es mir schwer, Freunde zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Weil ich stottere, kann ich nicht die Dinge tun, die ich gerne tun würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Beziehungen zu anderen Leuten sind nicht durch mein Stottern beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Durch mein Stottern habe ich ein geringes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mein Stottern hindert mich daran, eigene Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
1	2	3	4	5	6

Tabelle 1 Punktwerte für die Fragen A1 bis A5, C1, C5, C6, D2 und D5

ProbandInnen, vor allem auf jüngere Kinder, demotivierend wirken. Ein weiterer Kritikpunkt an der Konstruktion ist, dass positive Antworten immer auf der linken Seite zu finden waren. Dies wurde von den AutorInnen damit begründet, dadurch eine einfachere Auswertung zu gewährleisten. Jedoch war zu beobachten, dass Jugendliche beim wiederholten Ausfüllen das Muster erkannten und dann nur noch links ankreuzten, ohne die Fragen zu lesen.

Zur Beseitigung der Schwächen des AKES wurde der Fragebogen zum Sprechen (FzS) von der Autorin entwickelt. Der FzS umfasst insgesamt 27 Items mit einer sechsstufigen Antwortskala (von 1 = stimmt völlig bis 6 = stimmt ganz und gar nicht). Die Items erfassen die Erfahrungen von stotternden Kindern und Jugendlichen bezogen auf die Aspekte (A) Einstellungen, (B) Gefühle, (C) Verschiedene Sprechsituationen und (D) Einfluss des Stotterns.

Alle Items beziehen sich auf die vier Dimensionen der ICF (WHO, 2001).

Kategorie A beinhaltet fünf Items bezogen auf die Einstellung des Teilnehmers/der Teilnehmerin zu seinem/ihrem Leben als ein stotterndes Kind/stotternder Jugendlicher. Kategorie B umfasst sieben Items bezüglich der Gefühle beim Stottern. Die acht Items aus Kategorie C erfassen, wie sich das Kind bzw. die/der Jugendliche in verschiedenen Sprechsituationen fühlt. Die sieben Items in Kategorie D beschäftigen sich mit dem Einfluss des Stotterns auf das Leben des Kindes/Jugendlichen in Bezug auf schulische Leistungen, Freundschaften und die Fähigkeit, eigene Ziele zu verwirklichen.

## Methode

### Vorgehen

Im Rahmen einer Pilotstudie zur Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen füllten zunächst zehn TeilnehmerInnen den FzS aus. Die ProbandInnen waren ehemalige TeilnehmerInnen einer Stotterintensivtherapie im Alter von 9,7 bis

17,6 Jahren ( $M = 14,8$ ,  $SD = 2,10$ ), fünf Jungen und fünf Mädchen. Die Antworten der BefragungsteilnehmerInnen bezüglich der Verständlichkeit der Fragen waren positiv und es dauerte durchschnittlich fünf bis zehn Minuten, den Bogen auszufüllen.

Im Anschluss an die Pilotierung wurde der Fragebogen über einen Zeitraum von fünf Monaten in Deutschland durch SprachtherapeutInnen und in Intensivtherapien an Kinder und Jugendliche verteilt. 146 Kinder und Jugendliche, welche vorher mit Stottern diagnostiziert wurden, haben den Fragebogen ausgefüllt. Von 22 TeilnehmerInnen wurden zudem Daten im Rahmen einer pre-post-follow-up-Interventionsstudie erhoben: Während eines Pretests vor (T1) und eines Posttests nach einer dreiwöchigen intensiven Therapieintervention (T2) sowie bei einem Follow-up vier Monate nach der Intensivtherapie (T3) wurden Videoaufnahmen von Spontansprache und Lesen angefertigt, um den Stotterschweregrad zu bestimmen. Zusätzlich wurde der FzS zu T1 und T3 ausgefüllt. Der Stotterschweregrad wurde mittels der dritten Version des Stuttering Severity Instrument (SSI-3, Riley, 1994) erhoben. Um die Retest-Reliabilität zu berechnen, wurde der FzS von den TeilnehmerInnen der Teilstichprobe außerdem noch zweimal im Abstand von ungefähr zwei Wochen ausgefüllt. In diesem Zeitraum fand keine Therapie statt. Zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität des neuen Fragebogens wurde zudem die deutsche Version des State-Trait-Angst-Inventar (STAI, Spielberger, 1983) beziehungsweise des State-Trait-Angst-Inventar für Kinder (STAIC, Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori, & Platzek, 1973) ausgefüllt. Diese standardisierten Fragebögen messen sowohl den vorübergehenden Zustand der „State-Angst“ als auch die allgemeinere und

längerfristige Qualität der „Trait-Angst“ und existieren in einer deutschen Übersetzung (Laux, Glanzmann, Schaffner, & Spielberger, 1981), welche eine gute Reliabilität und Validität aufweist.

## TeilnehmerInnen

An der Studie nahmen insgesamt 105 Jungen und 41 Mädchen ( $n=146$ ) im Alter von 8,3 bis 17,10 Jahren teil ( $M = 12,11$ ,  $SD = 2,6$ ). Eine Teilstichprobe von 22 Personen (16 Jungen und 6 Mädchen) zwischen 9,0 und 17,7 Jahren ( $M = 13,6$ ,  $SD = 2,6$ ), welche an einer Intensivtherapie teilnahmen, wurde zur Validierung und zur Bestimmung der Retest-Reliabilität herangezogen. Das Alter der TeilnehmerInnen an der Studie und an der Teilstichprobe zeigte eine Normalverteilung.

## Auswertung

Jedes Item ergibt einen Punktwert zwischen 1 und 6. Je nach Ausrichtung der Frage wurden die Antworten anders in Punktwerte übersetzt. Bei den Fragen A1 bis A5, C1, C5, C6, D2 und D5 wird der Antwort *Stimmt völlig* der Punktwert 1 und der Antwort *Stimmt ganz und gar nicht* der Punktwert 6 zugeordnet. Die Antworten zwischen den Extremen werden entsprechend gewertet (siehe Tab. 1). In umgekehrter Reihenfolge wurden die Zahlen bei den Items B1 bis B7, C2 bis C4, C7, C8, D1, D3, D4, D6 und D7 gewichtet. Die Antwort *Stimmt völlig* entsprach hier dem Punktwert 6, die Antwort *Stimmt ganz und gar nicht* dem Punktwert 1. Wieder wurden die Antwortmöglichkeiten dazwischen entsprechend gewichtet (siehe Tab. 2).

Nach der korrekten Kodierung der Items erfolgt die Errechnung der Gesamtpunktzahl, indem alle Punktwerte addiert werden. Es kann eine Gesamtpunktzahl zwischen 27 und 162 erreicht werden, wobei ein geringerer Wert eine niedrigere psychosoziale Belastung und ein höherer eine größere psychosoziale Belastung durch das Stottern für das Leben des Kindes bedeuten.

Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
6	5	4	3	2	1

Tabelle 2 Punktwerte für die Fragen B1 bis B7, C2 bis C4, C7, C8, D1, D3, D4, D6 und D7

## Ergebnisse

Zur Standardisierung und Normierung der 146 ausgefüllten Bögen für den FzS wurden verschiedene Analyseschritte durchgeführt. Die Gesamtpunktzahl ähnelt einer Normalverteilung ( $M = 74,00$ ,  $SD = 19,34$ ). Die Verteilungsform ist symmetrisch, entsprechend ist die Schiefe nur unbedeutend von Null verschieden ( $V = .14$ ). Auch die Wölbung weicht nur wenig von Null ab ( $W = -.59$ ) (Tab. 3).

Mittelwert	74.00
Median	72.50
Standardabweichung	19.34
Skewness (Schiefe)	.14
Kurtosis (Wölbung)	-.59
Minimum	33
Maximum	124

Tabelle 3 Deskriptive Statistik für die Rohwerte des FzS (n = 146)

## Reliabilität

Reliabilität ist ein Maß für die Genauigkeit einer Untersuchung. Ein Test mit hoher Reliabilität führt unter unterschiedlichen Testbedingungen zu konsistenten Ergebnissen. Die interne Konsistenz des Fragebogens wurde mit Cronbach's Alpha berechnet. Ein Wert von 0.8 wird als ein akzeptabler Wert für interne Konsistenz angesehen (Field & Hole, 2003). Sehr hohe Werte (.95 oder höher) sind nicht erwünscht, da dies indiziert, dass einige Items überflüssig sind (Field & Hole, 2003). Für den FzS betrug  $\alpha = .855$ . Die Itemanalyse (Tab. 4) zeigt, ob das Weglassen eines Items die Gesamtreliabilität verbessern würde. Eine Erhöhung von  $\alpha$  könnte durch das Weglassen folgender Items erreicht werden: C5 ( $\alpha = .872$ ) und C6 ( $\alpha = .857$ ), beide Fragen beziehen sich auf einfache Sprechsituationen; Frage D2 ( $\alpha = .866$ ), diese Frage bezieht sich auf den schulischen Erfolg und Frage D5 ( $\alpha = .864$ ), welche die Beziehung zu anderen Menschen erfragt. Die Reliabilität erhöht sich jedoch nicht wesentlich durch ein Weglassen dieser vier Items. Da diese Items dem Therapeuten/der Therapeutin einen zusätzlichen Einblick in Gefühle und Einstellung des Kindes in Bezug auf Stottern bieten, wurde beschlossen, diese Items zu behalten.

	$\alpha$ bei Weglassen der Frage		$\alpha$ bei Weglassen der Frage
A1	.849	C3	.844
A2	.850	C4	.850
A3	.850	C5	.872
A4	.855	C6	.857
A5	.850	C7	.852
B1	.843	C8	.850
B2	.841	D1	.844
B3	.847	D2	.863
B4	.840	D3	.851
B5	.843	D4	.842
B6	.845	D5	.861
B7	.853	D6	.842
C1	.854	D7	.850
C2	.846		

Tabelle 4 Itemanalyse für den FzS

**Retest-Reliabilität** erfasst den Grad der Übereinstimmung, wenn einer Probandin/einem Probanden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten der gleiche Test vorgelegt wird. Zur Erfassung der Retest-Reliabilität wurde der FzS von 22 TeilnehmerInnen in einem zeitlichen Abstand von 7 bis 14 Tagen zweimal ausgefüllt. In besagtem Zeitraum erhielt keine/r der ProbandInnen Therapie. Die Korrelation wurde mit Pearson's Korrelationskoeffizienten  $r$  berechnet. Dies ist eine Zahl zwischen -1 und +1. Für die Retest-Reliabilität ist eine signifikante positive Korrelation erwünscht. Die Korrelation der beiden Messungen für den FzS war hochsignifikant mit  $r = .925$  und  $p < .001$ .

## Validität

Das Ausmaß, mit dem ein »Messinstrument« das misst, was es messen soll, bezeichnet man als Validität oder Gültigkeit.

## Inhaltsvalidität

Der FzS bezieht sich auf alle vier Dimensionen der ICF. Die Komponente *Körperfunktionen* wird in den Fragen A1, A3 und B5 betrachtet. *Personenbezogene Faktoren* werden in den Fragen B1 bis B7, C3 bis C7, D6 und D7 abgedeckt. *Aktivität und Teilhabe* wird in den Fragen A2, C1 bis C3, C5 bis C8 und D3 bis D5 betrachtet. Die Kategorie *Umweltfaktoren* wird

in den Fragen A4, A5, C2, D1 bis D3 und D5 abgefragt.

**Die Faktorenanalyse** vergleicht die Korrelationskoeffizienten aller Items miteinander und überprüft, ob latente Variablen (sog. Faktoren) vorliegen. Solche Faktoren besagen, dass diese Variablen Aspekte der gleichen zugrunde liegenden Dimension messen (Field, 2005). Die Faktorenanalyse stellt somit ein datenexploratives Verfahren dar, um zugrunde liegende Dimensionen zu identifizieren und mit denen der ICF zu vergleichen. Für die 27 Items des FzS wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit rechtwinkliger Varimax-Rotation berechnet. Das Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)-Kriterium verifizierte die Stichprobengröße für den FzS,  $KMO = .833$ , was laut Field (2009) einen sehr akzeptablen Wert darstellt. Bartlett's Test auf Sphärizität  $\chi^2(351) = 1424.521$ ,  $p < .001$  besagte,

	1	2	3	4
A1	.033	.149	<b>.648</b>	.329
A2	.170	.146	<b>.509</b>	.187
A3	.183	.226	<b>.616</b>	-.038
A4	.044	-.005	<b>.628</b>	-.237
A5	.113	.249	<b>.542</b>	.063
B1	<b>.738</b>	.210	.141	.128
B2	<b>.711</b>	.223	.218	.136
B3	<b>.749</b>	.058	.057	.068
B4	<b>.642</b>	.253	.352	.132
B5	<b>.662</b>	.277	.192	.015
B6	<b>.795</b>	.049	.161	.040
B7	<b>.700</b>	.096	-.184	-.131
C1	.065	.160	.016	<b>.552</b>
C2	.264	<b>.598</b>	.161	.121
C3	.188	<b>.593</b>	.383	.065
C4	.197	<b>.485</b>	.155	-.027
C5	-.106	<b>-.530</b>	-.094	.224
C6	.170	-.322	.199	<b>.446</b>
C7	-.003	<b>.695</b>	.185	-.104
C8	.119	<b>.605</b>	.059	.158
D1	.254	<b>.479</b>	.195	<b>.514</b>
D2	-.163	-.163	.260	<b>.297</b>
D3	.153	<b>.308</b>	.333	.007
D4	.342	<b>.416</b>	.253	<b>.454</b>
D5	-.039	-.125	-.060	<b>.687</b>
D6	.449	<b>.502</b>	.126	.277
D7	.231	<b>.440</b>	-.133	<b>.423</b>

Tabelle 5 Rotationsmatrix für die vier relevanten Faktoren des FzS

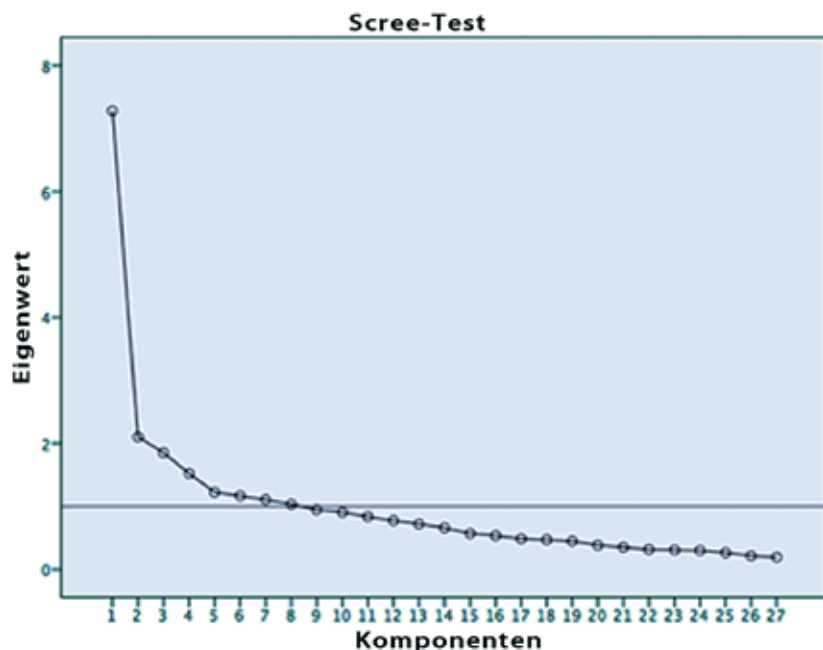


Abbildung 2 Scree-Test der Faktorenanalyse für den FzS

dass die Korrelationen zwischen den Items für eine Hauptkomponentenanalyse ausreichend groß waren.

Der Scree-Test hilft bei der Bestimmung der optimalen Faktorenanzahl. Abbildung 2 zeigt die mittels der Faktorenanalyse extrahierten Komponenten, 19 Komponenten haben einen Eigenwert unter 1. Die Eigenwerte der ersten vier Komponenten liegen deutlich über 1 (horizontale Linie) und Faktor 1 erklärt den Großteil der Varianz (26.96 %). Die ersten vier Faktoren erklären insgesamt 47.26 % der Varianz.

Tabelle 5 zeigt die Varimax-rotierten Ladungen aller Items auf den vier relevanten Faktoren für den FzS. Auf Faktor 1 laden alle Items des Unterpunktes B. Diese Items werden als „Gefühle gegenüber meinem Stottern“ interpretiert. Auf Faktor 2 laden die meisten Items der Unterpunkte C und D (C2, C3, C4, C5, C7, C8, D1, D3, D4, D6 und D7): Die Items unter Punkt C können als „Verhalten in verschiedenen Sprechsituationen“ zusammengefasst werden. C1 gehört nicht zu dieser Gruppe; dieses Item beschäftigt sich mit Vermeidungsverhalten und gehört zu Faktor 4. Item C6 bezieht sich auf Konversation mit einer kleinen Gruppe und wird ebenfalls von Faktor 4 bedient. Die Items unter Punkt D können als „Einfluss von Stottern auf meine Partizipation in täglichen Situationen“ zusammenge-

fasst werden. Item D2 beschäftigt sich mit schulischem Erfolg und wird von Faktor 4 bedient. D5 erfragt Beziehungen zu anderen Menschen und wird ebenfalls von Faktor 4 abgedeckt. Die Items D1 und D4 werden gleichermaßen von Faktor 2 und Faktor 4 bedient und passen inhaltlich gut zu den anderen Items des Faktors 2. Faktor 3 lädt die kompletten Items unter Punkt A und kann als „Allgemeine Gefühle gegenüber meinen sprecherischen Fähigkeiten“ zusammengefasst werden. Faktor 4 bedient einige Items der Punkte C (C1, C6) und D (D1, D2, D4, D5). Diese Items geben zusätzliche Informationen über das Selbstbild des Kindes als stotternde Person (Tab. 5).

### Kriteriumsvalidität

Mit der Kriteriumsvalidität wird ein neuer Test mit bereits validierten Tests verglichen, der gleiche oder ähnliche Merkmale misst. Das STAI/STAIC misst situationsbezogene Angst und Trait-Angst, was mit psychosozialer Belastung einhergehen kann. 22 ProbandInnen füllten vor einer Therapieintervention sowohl den FzS als auch das STAI/STAIC aus. Die Korrelationen zwischen der Gesamtpunktzahl des FzS und Situationsangst ( $r = .597, p = .003$ ) und der Gesamtpunktzahl des FzS und Trait-Angst ( $r = .488, p = .021$ ) waren signifikant. Dies zeigt, dass der FzS konvergente Validität besitzt.

### Standardisierung

Um die Rohwerte des FzS in Schweregrade zu konvertieren, wurden die Perzentile des SSI-3 (Riley, 1994) verwendet. Eine Konvertierung erlaubt eine Einstufung in einen Schweregrad der psychosozialen Belastung durch das Stottern. Dieses Verfahren wurde von Howell, Davis und Williams (2008) vorgeschlagen, um deren Fragebögen für Kinder, Eltern und TherapeutInnen zu standardisieren. Die Normtabelle für Schulkinder und Jugendliche des SSI-3 bezieht sich auf die gleiche Altersgruppe wie der FzS. Riley (1994) hat die Schweregrade errechnet, nachdem er 72 Vorschulkinder, 139 Schulkinder und Jugendliche und 60 Erwachsene mit seinem neuen Instrument untersucht und die Ergebnisse in Bezug auf deren Schweregrad analysiert hatte. In seinen Schlussfolgerungen charakterisiert er das SSI-3 als reliables und valides Instrument zur Bestimmung des Stotterschweregrades von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Zur Analyse der mit dem FzS gesammelten Daten wurden die Perzentilen der Schweregrade für Schulkinder und Jugendliche von Riley (1994) mit den Rohwerten der Gesamtpunktzahl der 146 ausgefüllten *Fragebögen zum Sprechen* verglichen. Die Rohwerte des FzS und die korrespondierenden SSI-3 Schweregrade sind in Tabelle 6 dargestellt.

Ein Rohwert zwischen 27 und 32 im FzS lässt darauf schließen, dass die Probandin/der Proband keine negative psychosoziale Belastung durch das Stottern erfährt.

Gesamtrohwerte des FzS	Perzentile	Schweregrade
33 – 41	1 – 4	sehr mild
42 – 51	5 – 11	sehr mild bis mild
52 – 58	12 – 23	mild
59 – 68	24 – 40	mild bis mittel
69 – 80	41 – 60	mittel
81 – 91	61 – 77	mittel bis schwer
92 – 98	78 – 88	schwer
99 – 106	89 – 95	schwer bis sehr schwer
107 und höher	96 – 99	sehr schwer

Tabelle 6 Rohwerte, Schweregrade und Perzentile für den FzS

## Anwendung des FzS im Rahmen einer Intensivtherapie

Für 22 TeilnehmerInnen einer Stotterintensivtherapie wurden Daten zur Bestimmung des Stotterschweregrades und Daten bezüglich des FzS gesammelt. SSI-3 Ergebnisse vor ( $M = 28,77$ ,  $SD = 7,89$ , Schweregrad schwer) und nach der Intensivtherapie ( $M = 18,59$ ,  $SD = 10,56$ , Schweregrad mild bis mittel) zeigten eine höhere Sprechflüssigkeit zu T2. Beim dritten Messzeitpunkt T3 ( $M = 19,14$ ,  $SD = 10,1$ , Schweregrad mittel) konnte ein leichter Anstieg des Stotterschweregrades im Vergleich zu T2 verzeichnet werden. Die Daten waren zu allen Erhebungspunkten normal verteilt.

Neben dem Stotterschweregrad wurde ebenfalls der Einfluss des Stotterns auf das Leben des Kindes mit dem FzS zu den Zeitpunkten T1 und T3 erfasst. Frühere Studien haben gezeigt, dass sich Veränderungen der psychosozialen Belastung durch das Stottern auf das Leben eines Kindes nicht direkt im Anschluss an eine Intensivtherapie zeigen, sondern frühestens vier Monate später (Rosenberger et al., 2007). Dies könnte daran liegen, dass es einige Zeit dauert, bis Veränderungen in Bezug auf Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen in den Alltag übertragen werden. Vor der Therapie (T1) empfand die Gruppe der 22 TeilnehmerInnen die psychosoziale Belastung durch das Stottern mittel bis schwer ( $M = 87,32$ ,  $SD = 17,47$ ) mit einem Mindestrohwert von 56 und einem Maximalrohwert von 124. Vier Monate nach der Therapieintervention (T3) empfand die Gruppe eine mittlere psychosoziale Belastung ( $M = 75,82$ ,  $SD = 20,64$ ) mit einem Minimum von 37 und einem Maximalwert von 121 (siehe Tab. 7).

	T1	T2
Mittelwert	87.32	75.82
Standardabweichung	17.47	20.64
Skewness (Schiefe)	.161	.154
Kurtosis (Wölbung)	-.108	.063
Minimum	56	37
Maximum	124	121

Tabelle 7 Deskriptive Statistik für den FzS zu den Testzeitpunkten T1 und T3 für  $n = 22$

Die Ergebnisse des FzS vor der Therapie und vier Monate nach Ende der Inter-

vention wurden mittels eines t-Tests für abhängige Stichproben verglichen. Im Durchschnitt erfuhren die TeilnehmerInnen eine signifikant geringere psychosoziale Belastung durch das Stottern vier Monate nach Ende der Therapieintervention ( $t(21) = 3.9$ ,  $p = .001$ ,  $\mu = .65$ ). Die Effektgröße  $\mu$  wurde nach Empfehlungen von Cohen (1988; 1992, zit. in Field, 2005, S. 32) klassifiziert. Zu T1 bestand keine Korrelation zwischen dem FzS und dem Stotterschweregrad ( $r = .32$ ,  $p = .146$ , *ns*), jedoch wurde eine signifikante Korrelation zwischen dem FzS zu T1 und dem Stotterschweregrad vier Monate nach Therapieabschluss gefunden ( $r = .44$ ,  $p = .040$ ).

## Diskussion

Das Ziel dieser Studie war es, ein Instrument zu entwickeln, welches verschiedene Faktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen misst. Der neue Fragebogen sollte einfach in der Anwendung und Auswertung und sowohl in klinischem als auch wissenschaftlichen Umfeld anwendbar sein. Der FzS ist ein Papier- und Bleistiftverfahren und besteht aus 27 Fragen, die sich auf die vier in der ICF (WHO, 2001) näher spezifizierten Dimensionen beziehen: Körperfunktionen, persönliche Faktoren, Aktivität und Partizipation und Umweltfaktoren. 146 Kinder und Jugendlichen wurden mit dem neuen Instrument untersucht und mittels der Ergebnisse wurden Validität und Reliabilität des FzS errechnet. Für eine Gruppe von 22 Kindern und Jugendlichen wurden zusätzlich Daten mit dem State-Trait-Angst-Inventar erhoben, da in Studien eine Beziehung von Stottern und Angst nachgewiesen wurde (Davis et al., 2007; Kraaimaat, Vanryckeghem, & VanDam-Baggen, 2002; Messenger, Onslow, Packman, & Menzies, 2004). Der Vergleich der Ergebnisse des STAI/STAIC mit dem FzS ergab eine signifikante Korrelation sowohl für Situationsangst als auch für angeborene Ängstlichkeit (sogenannte Trait Angst). Die Berechnungen belegen, dass der FzS valide und reliabel ist.

Die Faktorenanalyse ergab vier Hauptkomponenten des FzS, welche sich auf echte Teilkomponenten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von stottern-

den Kindern und Jugendlichen beziehen. Die Faktorenanalyse zeigt, dass die Fragen der Kategorien A (Einstellungen) und B (Gefühle) jeweils eindeutig einem Faktor zugeordnet werden können. Die Fragen der Kategorien C (Verschiedene Sprechsituationen) und D (Einfluss von Stottern) werden zwei weiteren Faktoren zugeordnet.

Die Rohwerte des FzS lassen sich in Perzentile konvertieren. Diese bilden eine neunstufige Skala von sehr milder bis sehr schwerer psychosozialer Belastung durch das Stottern. Der FzS ist ökonomisch in der Durchführung, da die Anwendung nur fünf bis zehn Minuten in Anspruch nimmt.

Die Anwendung des FzS in einem klinischen Setting wurde am Beispiel einer Gruppe von 22 TeilnehmerInnen einer Intensivtherapie demonstriert. Der FzS erwies sich als ein wichtiges Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der psychosozialen Belastung durch das Stottern auf das Leben des Kindes und um deren Veränderungen im Therapieverlauf zu messen. Es wurde keine Korrelation der Ergebnisse des FzS mit dem Stotterschweregrad vor der Therapie gefunden. Dies zeigt, dass der FzS zusätzliche wichtige diagnostische Informationen zu den verdeckten Aspekten der Sprechstörung Stottern erfasst, die andernfalls nicht diagnostiziert würden. Wenn der FzS vor einer

## KURZBIOGRAFIE

**Susanne Cook** ist Logopädin und Spezialistin für Redeflussstörungen. Sie leitete von 2001 bis 2011 die Stotterintensivtherapie „Sommercamp Hessen“. 2007 erlangte sie am University College London den Master of Research in Speech, Language and Cognition (M.Res). 2011 promovierte sie, ebenfalls am University College London. In ihrer PhD Thesis (Titel: „Affective factors, bullying, language and motor abilities in relation to treatment outcome for children who stutter“) beschäftigte sie sich mit Einflussfaktoren auf den Therapieausgang für stotternde Kinder und Jugendliche.

Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
1	2	3	4	5	6

Tabelle 8 Gewichtung der Aussagen A1, A2, A3, A4, A5, C1, C5, C6, D2 und D5

Stimmt völlig	Stimmt	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht wirklich	Stimmt nicht	Stimmt ganz und gar nicht
6	5	4	3	2	1

Tabelle 9 Gewichtung der Aussagen B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, C2, C3, C4, C7, C8, D1, D3, D4, D6 und D7

Therapieintervention angewendet wird, kann der Therapeut/die Therapeutin zusätzliche Informationen erfassen, welche speziell auf Probleme oder negative Emotionen der Patientin/des Patienten abzielen. Diese Informationen unterstützen nicht nur bei der Therapieplanung, sondern sind auch wichtig in Bezug auf die Stabilisierungsphase der Therapie. Craig und Hancock (1995) berichteten, dass PatientInnen, die im Allgemeinen positiver und weniger ängstlich waren, seltener einen Rückfall erlebten als ängstlichere oder negativer eingestellte. Im Falle eines Rückfalls waren die weniger ängstlichen PatientInnen mit einer positiveren Einstellung eher in der Lage, diesen zu bewältigen und erlernte Strategien einzusetzen. Eine mögliche Erklärung für die signifikante Korrelation der Ergebnisse des FzS zum Messzeitpunkt T1 und dem Stotterschweregrad zum Messzeitpunkt T3 ist, dass die psychosoziale Belastung vor der Therapie einen Einfluss auf den längerfristigen Therapieerfolg hat. Das Erfassen dieser Erfahrungen könnte TherapeutInnen helfen, bestimmte Situationen konkret in der Therapie zu bearbeiten und somit den längerfristigen

Therapieerfolg für stotternde Kinder und Jugendliche zu beeinflussen. Es wäre wichtig, dies in weiteren Studien zu untersuchen.

Der FzS erwies sich als reliables und valides Instrument zur Erfassung der psychosozialen Belastung von Kindern und Jugendlichen von 8,0 bis 17,11 Jahren. Die so gewonnenen Zusatzinformationen ermöglichen im diagnostischen Prozess, die verdeckte Symptomatik der Sprechstörung Stottern zu bewerten. Die Ergebnisse helfen TherapeutInnen bei der Erstellung eines ICF-basierten Therapieplanes und der Evaluation von Stottertherapien.

## Kurzanleitung Durchführung des Fragebogens

Zu jeder der 27 Aussagen wird eine entsprechende Antwort auf einer sechsstufigen Skala von „Stimmt völlig“ bis „Stimmt ganz und gar nicht“ angekreuzt. Die Durchführung dauert ca. fünf Minuten. Bei jüngeren Kindern können die Fragen vorgelesen werden.

Der FzS sollte zu Beginn der Therapie durchgeführt werden und nach Abschluss verschiedener Therapiephasen sowie am Ende der Therapie. Ergebnisse des Bogens helfen bei der Therapieplanung und dienen zudem zur Evaluation der Therapie.

## Auswertung des Fragebogens

Je nach Antwort ergibt sich für jedes Item eine Punktzahl zwischen 1 und 6. Eine Gesamtpunktzahl zwischen 27 und 162 ist möglich.

Die Aussagen A1, A2, A3, A4, A5, C1, C5, C6, D2 und D5 werden wie in Tabelle 8 dargestellt gewichtet.

Die Aussagen B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7,

C2, C3, C4, C7, C8, D1, D3, D4, D6 und D7 werden wie in Tabelle 9 dargestellt gewichtet.

## Ermittlung des Schweregrades der psychosozialen Belastung

Die errechnete Gesamtpunktzahl kann mit Hilfe der folgenden Tabelle in einen Schweregrad der psychosozialen Belastung durch das Stottern umgewandelt werden.

Ein Rohwert von 27 bis 32 bedeutet, dass keine psychosoziale Belastung durch das Stottern vorliegt.

### Danksagung:

Vielen Dank an alle Kinder und Jugendlichen, die durch ihre Teilnahme an den Studien zur Entwicklung des vorliegenden Fragebogens beigetragen haben. Des Weiteren ein herzliches Dankeschön an Prof. Peter Howell, Dr. Chris Donlan, Prof. Dr. Adrian Furnham, Prof. Dr. Hans-Georg Bossardt und Dr. Christine Metten für die fachliche Beratung.

### Literatur

- Alpermann, A., & Zückner, H. (2008). Sprechmotorische Fähigkeiten stotternder Kinder. *Sprache · Stimme · Gehör*, 32, 36-40.
- Anderson, J. D., & Conture, E. G. (2000). Language abilities of children who stutter: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 283-304.
- Benecken, J., & Spindler, C. (2004). Zur psychosozialen Situation stotternder Schulkinder in allgemeinen Schulen. *Die Sprachheilarbeit*, 49, 62-70.
- Bernstein-Ratner, N., & Silverman, S. (2000). Parental Perception of Children's communicative Development at Stuttering Onset. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43, 1252-1263.
- Blood, G. W., Boyle, M. P., Blood, I. M., & Nalesnik, G. R. (2010). Bullying in Children who stutter: Speech-Language Pathologists' Perceptions and Intervention Strategies. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 92-109.
- Craig, A., & Hancock, K. (1996). Anxiety in children and young adolescents who stutter. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 24, 28-38.
- Craig, A. R., & Hancock, K. (1995). Self-reported factors related to relapse following treatment for stuttering. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 23, 48-60.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 61-71.
- Davis, S., Howell, P., & Cook, F. (2002). Socio-dynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 939-947.
- Davis, S., Shisca, D., & Howell, P. (2007). Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 40, 398-417.
- Dworzynski, K., Howell, P., & Natke, U. (2003). Predicting stuttering from linguistic factors for German speakers in two age groups. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 95-113.
- Eggers, K., De Nil, L. F., & Van den Bergh, B. R. H. (2010). Temperament dimensions in stuttering

Gesamtrohwerte des Fragebogens zum Sprechen	Schweregrad der psychosozialen Belastung durch das Stottern
33 – 40	sehr mild
41 – 51	sehr mild bis mild
52 – 58	mild
59 – 68	mild bis mittel
69 – 80	mittel
81 – 90	mittel bis schwer
91 – 98	schwer
99 – 106	schwer bis sehr schwer
107 und höher	sehr schwer

Tabelle 10 Umrechnung der Rohwerte des Fragebogens zum Sprechen in Schweregrade



- and typical developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 355-372.
- Field, A., & Hole, G. (2003). *How to Design and Report Experiments*. London: Sage Publications.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS Second edition*. London: Sage Publications.
- Franc, D. M., & Bothe, A. K. (2008). Psychometric evaluation of condition-specific instruments used to assess health-related, quality of life, attitudes, and related constructs in stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 60-80.
- Grötzbach, H., & Iven, C. (2009). Einführung in die ICF. In H. Grötzbach, & C. Iven (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (S. 9-21). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Hansen, B. & Iven, C. (2010). Diagnostik des Stotterns bei Kindern. *Sprachheilarbeit*, 55, 71-78.
- Hansen, B., Iven, C., & Rapp, M. (2009). Redefluss-Störungen als bio-psycho-soziales Geschehen. In H. Grötzbach, & C. Iven (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie* (S. 119-130). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Howell, P., Davis, S., & Williams, R. (2008). Late childhood stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 51, 669-687.
- Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M., & Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 319-331.
- Langevin, M., Bornick, K., Hammer, T., & Wiebe, E. (1998). Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 25, 12-24.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar – Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 201-212.
- Metten, C. (2005). *Evaluation einer Stotterintensivtherapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Rheinisch Westfälisch Technische Hochschule Aachen.
- Metten, C., Zückner, H., & Rosenberger, S. (2007). Evaluation einer Stotterintensivtherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Sprache-Stimme-Gehör*, 31, 1-10.
- Rapp, M. (2007). Stottern im Spiegel der ICF: Ein neuer Rahmen für Diagnostik, Therapie und Evaluation. *Forum Logopädie*, 21, 14-19.
- Riley, G. D. (1994). *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults. Third Edition*. Austin, Texas: Pro Ed.
- Rosenberger, S., Metten, C., & Schulte, K. (2007). Stotterintensivtherapie Susanne Rosenberger - Erste Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Forum Logopädie*, 21, 20-25.
- Schulte, K. (2007). AKES: Fragebogen zur psychosozialen Belastung bei stotternden Kindern und Jugendlichen. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 15, 26-31.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). *Preliminary Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. (1983) *Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Subellok, K., & Vinbruck, C. (2008). Mobbing meistern. *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 16, 84-97.
- World Health Organization (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health*. Geneva.
- Yaruss, J. S., LaSalle, L. R., & Conture, E. G. (1998). Evaluating stuttering in young children: Diagnostic data. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7, 62-76.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37, 35-52.
- Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 190-202.
- Zang, J. (2010). Diagnostik in der Stottertherapie: Verfahren zur Erfassung und Beschreibung quantitativer, qualitativer und psychosozialer Symptomatik. *Forum Logopädie*, 24, 6-11.



**Autorin**

Dr. Susanne Cook

Georg-Scholz-Str. 8, D-76229 Karlsruhe  
sommerecampessen@me.com



DOI dieses Beitrags  
(www.doi.org)  
10.7345/prolog-1302097



**DÜSSELDORFER AKADEMIE**  
WEITERBILDUNGS- UND  
TRAININGSZENTRUM

Seminare • Weiterbildungen • Workshops  
Symposien • Vorträge

**NEUES INFORMATIONS- UND  
STELLENMARKTPORTAL  
WWW.THERAPEUTENONLINE.DE**

SEMINARE	TERMIN	USTD.	REFERENT	EURO
PHÄNOMEN NEGLECT mit Exkurs zur HEMIANOPSIE	21. - 22.06.2013	18	Ralf Lehnguth	240,-
Klinische Dysphagiologie kompakt	21. - 22.06.2013	14	Jochen Keller	195,-
Zweisprachigkeit (Modul VI in der Ausbildung zum KON-LAB-Therapeuten - unabhängig buchbar)	21. - 22.06.2013	14	Harriet Dohrs	240,-
Atmung, Stimme, Osteopathie (Modul I)	27. - 29.06.2013	25	Sven-Christian Sutmar	365,-
Patienten mit Hörgeräten oder CI in der logopädischen Praxis	28. - 29.06.2013	14	Dorothee Schatton	225,-
Einführung in die Sensorische Integrationstherapie (SI)	28. - 29.06.2013	14	Bertram Schmeier	210,-
Vom Sprechen zum Singen	28. - 29.06.2013	14	Helga Lohmann	210,-
TiLo - Einführungsseminar in die tiergestützte Therapie	05. - 06.07.2013	12	Lisa Koof	195,-
Szenische Emotionszentrierte Stimmtherapie - SEST	05. - 06.07.2013	19	Ralf Zimmer	300,-
Mund-, Ess- und Trinktherapie (MET) im Kindesalter	12. - 13.07.2013	13	Susanne Renk	235,-
Steigerung der Lebensqualität bei Aphasie durch biographisch-narrative Interventionen	12. - 13.07.2013	12	Prof. Dr. Corsten, Dr. Hardering	230,-
„Akut sprachlos“ - Aphasiediagnostik und -therapie in der Akutphase	13.07.2013	8	Dr. Nobis-Bosch, Ilona Rubi-Fessen	145,-
Myofunktionelle orofaziale Störungen	06. - 07.09.2013	16	Ariane Kallus	210,-
Differenzialdiagnostik, Sprachtherapie u. Elternberatung bei mehrsprachigen Kindern	06. - 07.09.2013	14	Dr. Lilli Wagner	220,-

[www.duesseldorf-akademie.de](http://www.duesseldorf-akademie.de) • Tel.: 0211-73779680