

Wie erleben stotternde Kinder ihr Sprechen?

Eine empirische Untersuchung

Claudia Walther

ZUSAMMENFASSUNG. Stottern im Kindesalter ist als mehrdimensionales Störungsbild zu verstehen: Über die beobachtbare Stottersymptomatik hinaus wird die Entwicklung und möglicherweise auch die Überwindung des Stotterns von sprechbezogenen Einstellungen und Gefühlen, der Kommunikation im Alltag und der empfundenen Lebensqualität geprägt. Die ICF-Klassifikation der WHO stellt einen Rahmen zur Verfügung, um kindliches Stottern mehrdimensional zu beschreiben. Bislang fehlt jedoch ein Instrument, das die verschiedenen Dimensionen aus der Sicht betroffener Kinder erfasst. Auf der Grundlage der ICF-Klassifikation und eines Instruments für Schulkinder wird die Konzeption eines Untersuchungsverfahrens vorgestellt, das Stottern mehrdimensional aus der Sicht betroffener Vier- bis Sechsjähriger erhebt. Das Instrument wurde in einer Studie mit stotternden Kindern zum Einsatz gebracht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es sich um ein geeignetes Verfahren zur Diagnostik und Planung einer Therapie handelt.

Schlüsselwörter: kindliches Stottern – ICF-Klassifikation – mehrdimensional – Fragebogen

Einleitung

Stottern im Kindesalter ist von einer Vielzahl von Faktoren geprägt, über die erst in der aktuellen Literatur genauere Kenntnis besteht. So wird der durchschnittliche Stotterbeginn mit 34 Lebensmonaten angenommen (Yairi & Ambrose, 2005). Innerhalb weniger Monate überwinden 60 bis 80 Prozent aller Kinder ihr Stottern wieder. 20 bis 40 Prozent der betroffenen Kinder remittieren jedoch nicht, es kommt zur Chronifizierung des Stotterns.

Angeichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer Remission besteht die Bestrebung der Stottertherapie im Kindesalter darin, eine Überwindung des Stotterns zu ermöglichen. Allerdings lässt die bisherige Forschung offen, von welchen Faktoren eine solche Remission abhängig ist. Übereinstimmung besteht darin, dass genetische Faktoren im Sinne einer Prädisposition die Wahrscheinlichkeit der Überwindung des Stotterns maßgeblich beeinflussen. In der aktuellen Literatur wird zudem die Beteiligung emotionaler Faktoren sowie eine „Reaktivität“ und „Sensitivität“ am Auftreten des Stotterns diskutiert (Guitar, 2006; Conture et al., 2006; Karrass et al., 2006).

Dies rückt die Notwendigkeit in den Vordergrund, die Sicht stotternder Kinder direkt einzubeziehen und – vergleichbar mit der

Behandlung bei Jugendlichen und Erwachsenen – Stottern mehrdimensional zu betrachten und zu therapieren. Über die beobachtbare Symptomatik hinaus müssen daher die Ebene der Einstellungen und Gefühle, die Kommunikation im Alltag sowie Aspekte von Lebensqualität erfasst und behandelt werden, um eine Überwindung des Stotterns zu ermöglichen.

Schwierigkeiten der direkten Befragung stotternder Vorschulkinder

Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, sprechbezogene Einstellungen und Gefühle von betroffenen Kindern direkt zu erheben. So stellt sich die Frage, ob und wie junge Kinder ihr Stottern wahrnehmen, wie sie darüber reflektieren und in welcher Art und Weise Stottern thematisiert werden soll. In der Praxis werden häufig Bedenken laut, durch direktes Ansprechen des Stotterns Leidensdruck zu erzeugen bzw. das Störungsbewusstsein dadurch erst zu wecken. In verschiedenen Untersuchungen konnte jedoch gezeigt werden, dass Kinder – selbst im Alter von 2 und 3 Jahren – von Stotterbeginn an ihr Sprechen wahrnehmen (Yairi & Ambrose, 2005).

Claudia Walther beendete ihre Ausbildung zur Logopädin 2001 in Kreischa. Anschließend arbeitete sie drei Jahre in einer logopädischen Praxis in Freital/Dresden mit dem Schwerpunkt Stottertherapie. Seit 2004 absolviert sie den Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen, den sie im März als Diplom-Logopädin abschließt. Parallel zu ihrem Studium arbeitete sie in logopädischen Praxen im Raum Aachen. Die in diesem Beitrag in Auszügen vorgestellte Studie entstand im Rahmen ihrer Diplomarbeit und wurde von Dr. Patricia Sandrieser, Prof. Dr. Klaus Willmes und Peter Schneider betreut.



Eine Studie von Vanryckeghem et al. (2005) stützt die Annahme, dass sich negative Einstellungen auch bei jungen stotternden Kindern finden. Die Autoren untersuchten flüssig sprechende und stotternde Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren mit einer Form des „Communication Attitude Test“ (Kiddy-Cat, Vanryckeghem et al., 2005). Die Gruppe der stotternden Kinder zeigte signifikant negativere Einstellungen zum Sprechen. Die Autoren diskutieren die Möglichkeit, dass negative sprechbezogene Einstellungen einen kausalen oder aufrechterhaltenden Einfluss auf die Entwicklung des Stotterns haben können.

Eine Tabuisierung des Stotterns ist daher nicht nur unbegründet, sondern löst oft das Gegenteil aus: Ein betroffenes Kind gewinnt den Eindruck, dass sein Sprechen so „schlimm“ ist, dass es nicht thematisiert werden kann. Dies kann die Entwicklung negativer sprechbezogener Einstellungen bis hin zum Auftreten von Flucht- oder Vermeidverhalten zur Folge haben und damit eine Überwindung des Stotterns gefährden (Sandrieser & Schneider, 2003).

Hinzu kommt, dass Kinder im Vorschulalter bereits über ausgeprägte kognitive Kompetenzen wie bspw. metasprachliche Fähigkeiten verfügen, die sich therapeutisch nut-

zen lassen (Sandrieser & Schneider, 2003). Zudem sind Vier- bis Sechsjährige in der Lage, sowohl eigene Emotionen als auch die anderer Personen (Empathie) differenzierter wahrzunehmen und entsprechend auszu-drücken (Wertfein, 2006). Über so genann-te Basisemotionen wie Freude und Trauer hinaus entwickelt sich ein differenzierter Wortschatz für sekundäre Emotionen, z.B. Scham und Nervosität (Petermann & Wiede-busch, 2003). Ausführliche Gespräche über Emotionen, deren Ursache und Folgen, sind in diesem Alter daher gut möglich (Wertfein, 2006).

Aus dem Beschriebenen wird deutlich, dass die direkte Befragung stotternder Kinder hinsichtlich ihrer sprechbezogenen Einstel-lungen und Gefühle bereits im Vorschulal-ter möglich ist und einen Bestandteil der Di-agnostik und Therapie kindlichen Stotterns darstellen sollte.

Auch die Befragung der Eltern hat sich in dem Zusammenhang als wenig zielführend erwiesen. Verschiedene Autoren (Ravens-Sieberer, 2000; Bullinger et al., 2007, Van-ryckeghem et al., 2005) konnten zeigen, dass sich die Einschätzung von Eltern und Kindern deutlich unterscheidet und dass diese Diskrepanz umso größer ist, je subjektiver die zu beurteilenden Phänomene sind.

Die Einschätzung der Eltern kann daher die des Kindes nicht ersetzen sondern nur er-gänzen. Dies ist umso wichtiger, da die Ein-stellungen der Eltern bzw. Bezugspersonen den Umgang des Kindes mit seinem Stottern maßgeblich prägen und damit auch den Ver-lauf der Störung bzw. den Erfolg einer The-rapie beeinflussen. Ein Ansatz in der Lebens-qualitätsforschung bei Kindern besteht da-her darin, die Eltern um Angabe zu bitten, wie sich ihr Kind ihrer Meinung nach ein-schätzt (sog. „zirkulärer Ansatz“, Bullinger et al., 2007).

ICF-Klassifikation als Rahmen für Diagnostik und Therapie

Die revidierte Klassifikation der ICF (Interna-tionale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, DIMDI, 2005) bietet ein theoretisches Gerüst, um eine vor-handene Störung – so auch kindliches Stot-tern – mehrdimensional zu beschreiben (Abb. 1).

Diese Mehrdimensionalität bildet die Le-benswirklichkeit und den Alltag Betroffener ab und stellt die Sichtweise des Patienten in den Mittelpunkt der Beschreibung. Diesem Aspekt kommt bei der Beschreibung des Stotterns eine besondere Bedeutung zu: Die Art und Weise, in der ein betroffenes Kind

sein Stottern erlebt, ist individuell verschie-den und bestimmt die Ausrichtung und den Schwerpunkt der Therapie. Besonders im Vorschulalter ist es nicht möglich, von der beobachtbaren Stottersymptomatik auf die sprechbezogenen Einstellungen und Gefühle und damit auf das tatsächliche Erleben des Stotterns und die dadurch empfundenen Einschränkungen zu schließen (Vanryckge-hem et al., 2005; Walther, 2008). Das Aus-maß des Stotterns kann nur erfasst werden, wenn die Sicht des Betroffenen – in diesem Fall des betroffenen Kindes – einbezogen wird.

Zudem muss sich die Wirksamkeit und damit der Erfolg einer Stottertherapie immer daran messen lassen, wie ein stotterndes Kind all-tägliche Kommunikationssituationen bewäl-tigen kann. Für die Diagnostik kindlichen Stotterns bedeutet dies, über die Ebene der Stottersymptomatik hinaus Einstellungen und Gefühle eines Kindes zu seinem Stot-tern zu erheben. Um diesem Anspruch ge-recht zu werden sind Verfahren nötig, wel-che die verschiedenen Ebenen des Stotterns berücksichtigen und im Vorschulalter ein-setzbar sind. Abb. 1 zeigt ausgewählte Un-tersuchungsverfahren, die für die einzelnen Komponenten der ICF-Klassifikation bisher zur Verfügung stehen.

Die Mehrzahl der vorhandenen und eta-blierten Instrumente zielt auf die Ebene der Stottersymptomatik ab. Für die Bereiche der Kontextfaktoren sowie der Aktivitäten und Partizipation fällt es dagegen schwer, reli-able Instrumente zu finden, die sich für stot-ternde Kinder im Vorschulalter (4 bis 6 Jah-re) eignen. Darüber hinaus liegt bislang kein Untersuchungsverfahren vor, das Stottern mehrdimensional aus der Sicht eines betrof-fenen Kindes abbildet. Für Erwachsene exi-

stiert ein solches Instrument: Yaruss & Que-sal (2004, 2006) entwickelten auf der Basis der ICF-Klassifikation das Untersuchungsver-fahren „Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering (OASES)“, das in Form eines Fragebogens das subjektive Er-leben des Stotterns bei Erwachsenen in den Bereichen „Allgemeine Informationen zum Stottern“, „Reaktionen auf Stottern“, „Kom-munikation im Alltag“ und „Lebensqualität“ erfasst. Für Kinder im Alter von 7 bis 12 Jah-ren und 13- bis 17-jährige Jugendliche wur-de das Instrument im angloamerikanischen Raum entsprechend bearbeitet – OASES-S (Scholar) für Schulkinder und OASES-T (Teens) für Jugendliche (Yaruss et al., 2007) –, allerdings noch nicht veröffentlicht.

Ziel der vorgestellten Studie ist es, auf Grund-lage des Fragebogens OASES-S und der ICF-Klassifikation der WHO (DIMDI, 2005) ein In-strument zu entwickeln, das das Erleben des Stotterns aus der Perspektive betroffener Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren abbildet.

Konzeption des Fragebogens

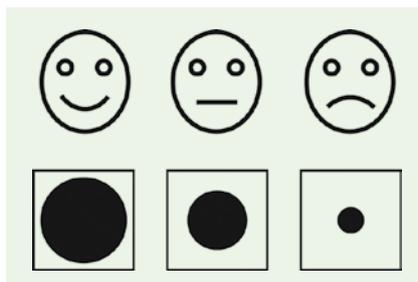
Zunächst erfolgte die Übersetzung der Items des Fragebogens OASES-S (Yaruss et al., 2007) in das Deutsche. Um den Besonder-heiten der Altersgruppe der Vier- bis Sechs-jährigen gerecht zu werden (sprachliche Fä-higkeiten, Konzentrationsfähigkeit, emotio-nale Fähigkeiten, kognitive Fähigkeiten), wurde die Modifikation des Bogens in meh-neren Teilschritten vorgenommen: Die Ori-ginalversion enthält eine fünfteilige Antwort-skala, anhand derer das Kind seine Einschät-zung vornehmen kann.

Um das Instrument für Vorschulkinder prakti-kabel zu gestalten, wurden die Antwortal-ternativen auf drei Möglichkeiten begrenzt. In

■ **Abb. 1: ICF-Klassifikation, Einordnung des kindlichen Stotterns, Diagnostikinstrumente**

| Komponenten der ICF | Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung | | Teil 2: Kontextfaktoren | |
|--|--|-------------------------------|---|--|
| | Körperfunktionen und Strukturen | Aktivitäten und Partizipation | Umweltfaktoren | Personenbezogene Faktoren |
| Einordnung Stottern | Störung des Redeflusses | Kommunikation im Alltag | Unterstützung, Beziehung und Einstellung des Umfeldes | Reaktionen auf Stottern: Verhalten, Emotionen, Kognitionen |
| Ausgewählte Diagnostikinstrumente | SSI-3 (Riley, 1994) QBS (Schneider, 2003) | CAT (Brutten, 1984) | RKS (Schneider, 2001) | CAT (Brutten, 1984) RSU (Schneider, 2003) |

■ **Abb. 2: Antwortsymbole des Fragebogens**



einem nächsten Schritt wurden Symbole gewählt, welche die Antworten verdeutlichen. Die so entstandenen beiden Gruppen von Antwortpiktogrammen stehen zum einen für qualitative Aussagen (z.B. auf die Frage „Wie schwer ist es für dich mit anderen Kindern zu sprechen?“: *leicht – geht so – schwer*) und zum anderen für quantitative Bewertungen

■ **Abb. 3: Struktur des Fragebogens**

| | | |
|--------|--|--|
| Teil A | | <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Informationen (Teil 1) • Reaktionen auf Stottern |
| Teil B | | <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Informationen (Teil 2) • Kommunikation im Alltag |
| Teil C | | <ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität |

■ **Abb. 4: Einschlusskriterien der Studie**

- Alter (4;0 bis 6;11)
- Diagnose „Stottern“ durch die Logopädin gestellt
- Monolingual deutsch aufwachsend bzw. keine Einschränkung im Deutschen
- Keine bekannte Sprachentwicklungsstörung
- keine neurologischen oder kognitiven Beeinträchtigungen

■ **Abb. 5: Vergleich der Einschätzungen von Eltern und Kindern**

| Abschnitt | Itemanzahl | Max. Punktwert | Mittelwert Kinder | Mittelwert Eltern | p | Korrelation Eltern/Kind |
|--------------------------|------------|----------------|-------------------|-------------------|-------|-------------------------|
| Allgemeine Informationen | 14 | 42 | 27.0 | 24.5 | .035* | .001 |
| Reaktionen auf Stottern | 15 | 45 | 26.0 | 23.0 | .028* | .118 |
| Kommunikation im Alltag | 17 | 51 | 26.2 | 24.4 | n.s. | .419* |
| Lebensqualität | 15 | 45 | 22.4 | 22.4 | n.s. | .245 |
| Gesamt | 61 | 183 | 101.5 | 94.3 | .033* | .316 |

p < .05, n.s. = nicht signifikant

(z.B. auf die Frage „Wie oft strengst du dich beim Stottern an?“: *immer – manchmal – nie*) (Abb. 2).

Damit ist der Bogen in Form eines Interviews durchführbar: Die UntersucherIn stellt dem Kind eine Frage, die es durch Zeigen auf das seiner Meinung nach passende Antwortsymbol beantworten kann. Der Bogen beinhaltet – vergleichbar mit dem Originalinstrument OASES-S (Yaruss et al., 2007) – die vier auf der ICF-Klassifikation basierenden Bereiche „Allgemeine Informationen zum Stottern“, „Reaktionen auf Stottern“, „Kommunikation im Alltag“ und „Lebensqualität“. Um die Antwortsymbole innerhalb eines Bereichs konsistent zu halten, wurde der Bogen in drei Abschnitte unterteilt. Damit ergibt sich die in Abb. 3 dargestellte Struktur. Diese Dreiteilung ermöglicht eine Durchführungspause zwischen den Teilen A und B bzw. B und C.

Beide Gruppen von Antwortsymbolen werden mit jeweils zwei Übungsbeispielen eingeführt. Um den Fragebogen auszuwerten, wurden für jede mögliche Antwort Punktwerte vergeben (1=keine Einschränkung, 2=mittlere Einschränkung, 3=deutliche Einschränkung). Die Auswertung erfolgt für jede Bereich einzeln und wird dann zu einem Gesamtwert addiert. Es ist möglich, entsprechend den einzelnen Scores einen Störungsschwerpunkt zu ermitteln. Parallel zur Erstellung des Fragebogens für Kinder wurde eine Version für Eltern konzipiert. Diese enthält identische, jedoch in der Formulierung an die Zielgruppe angepasste Fragen, um einen späteren Vergleich zu ermöglichen.

Studie

Um den Fragebogen auf seine Anwendbarkeit und Verständlichkeit der enthaltenen Items hin zu testen, wurde zunächst eine Pilotstudie mit 26 flüssig sprechenden Kindern im Alter von 4 bis 6 Jahren durchgeführt. Nach erfolgter statistischer Auswertung und der sich daraus ergebenden Mo-

difikation (z.B. Umformulierung mancher Fragen) konnte mit der Untersuchung der stotternden Kinder begonnen werden. Entsprechend der geforderten Kriterien (Abb. 4) nahmen 26 Kinder, davon 22 Jungen und 4 Mädchen, und ihre Eltern an der Studie teil. Das durchschnittliche Alter der Kinder betrug 69,4 Lebensmonate. Alle Kinder erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung logopädische Behandlung bezüglich des Stotterns, ein Kind befand sich in einer Therapiepause.

Zu Beginn der Studie wurden Hypothesen formuliert, von denen zwei ausgewählte im Folgenden genannt und hinsichtlich der Ergebnisse beschrieben werden:

- **Hypothese 1:** Die Einschätzung von Kindern und Eltern unterscheidet sich voneinander.
- **Hypothese 2:** Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Stotterschweregrad und der Einschätzung des Kindes.

Die Untersuchung beinhaltete die Erhebung der Stottersymptomatik und des Fragebogens. Um eine möglichst optimale Mitarbeit der Kinder bei der Durchführung des Bogens zu gewährleisten, wurde zuerst die Spontansprache anhand einer Gesprächs- bzw. Spielsituation erhoben. Damit bot sich für das Kind ausreichend Gelegenheit, die Untersucherin kennen zu lernen und so möglichst ohne Vorbehalt an der sich anschließenden Beantwortung der Fragen des Bogens mitzuarbeiten. Bei drei Kindern wurde die Spontanspracherhebung von der behandelnden Logopädin durchgeführt. Parallel zur Untersuchung des Kindes wurde ein Elternteil (in den meisten Fällen die Mutter) gebeten, in einem separaten Raum den Elternbogen auszufüllen.

Ergebnisse

Wie bereits genannt, beschränkt sich die Darstellung der Ergebnisse auf die beiden vorgestellten Hypothesen:

Hypothese 1: Die Einschätzung von Kindern und Eltern unterscheidet sich voneinander.

In Abb. 5 ist die Einschätzung der Kinder im Vergleich zu ihren Eltern dargestellt. Die Mittelwerte beider Gruppen wurden aus der durchschnittlich vergebenen Punktzahl pro Bereich gebildet. Je höher dieser Punktwert ausfällt, desto mehr Beeinträchtigung wird erlebt bzw. von den Eltern angegeben. Die statistische Auswertung beider Stichproben (T-Test, einseitige Testung) ergab auf

einem 5%-Niveau signifikante Unterschiede in den Bereichen „Allgemeine Informationen“ ($p=.035$) und „Reaktionen auf Stottern“ ($p=.028$). Hier schätzen sich die Kinder hinsichtlich ihres Sprechens schlechter ein als ihre Eltern. Im Abschnitt „Kommunikation im Alltag“ unterscheiden sich die Einschätzungen von Eltern und Kindern ebenfalls, diese Differenz ist jedoch nicht signifikant.

Die Mittelwerte verdeutlichen, dass die Kinder ihre Einstellungen und Gefühle sowie Reaktionen auf Stottern schlechter beurteilen als ihre Eltern, sie erreichen daher einen höheren Wert. Eine Ausnahme bildet der Bereich „Lebensqualität“, in dem Kinder und Eltern zum gleichen Urteil gelangten.

Hypothese 2: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Stotterschweregrad und der Einschätzung des Kindes.

In Abb. 6 ist der Zusammenhang zwischen dem mittels SSI-3 (Stuttering Severity Instrument, Riley, 1994, deutsche Bearbeitung von Schneider, 2003) gemessenen Stotterschweregrad und der Einschätzung der Kinder dargestellt. Es zeigt sich, dass einige Kinder trotz geringer Stottersymptomatik starke Einschränkungen angeben (z.B. Kind 1, Kind 13, Kind 16). Ebenso erleben manche der untersuchten Kinder ihr Stottern als wenig einschränkend, obwohl sie einen hohen Stotterschweregrad aufweisen (beispielsweise Kind 15, Kind 20, Kind 22).

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse bestätigen den Befund, dass die Stottersymptomatik und das Erleben des Stotterns nicht miteinander assoziiert sind: Für den Abschnitt „Lebensqualität“ ergibt sich ein negativer Zusammenhang zwischen Stotter-

schweregrad und Erleben des Stotterns ($r=-.108$). Die Bereiche „Kommunikation im Alltag“ ($r=.241$) und „Reaktionen auf Stottern“ ($r=.139$) weisen geringe Korrelationen mit der Einschätzung der Kinder auf. Der Abschnitt „Allgemeine Reaktionen“ ($r=.178$) ist ebenfalls nur gering mit dem Urteil der Kinder assoziiert.

Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass beide Hypothesen gestützt werden können: Eltern und Kinder bewerten sprechbezogene Einstellungen und Gefühle, die alltägliche Kommunikation und die empfundene Lebensqualität unterschiedlich, die Kinder geben mehr Einschränkungen an als ihre Eltern. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Einschätzung der Eltern weniger die Einstellung des Kindes zu seinem Stottern als vielmehr die elterliche Sichtweise auf die Problematik wiedergibt (Vanryckeghem et al., 2005).

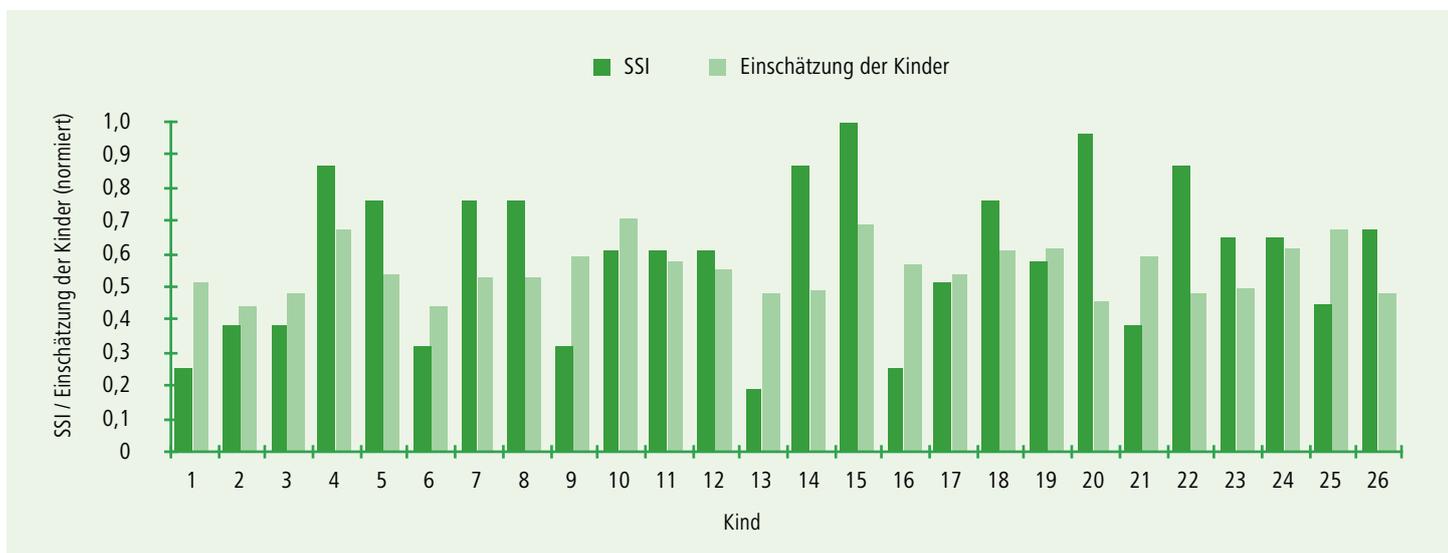
Interessanterweise zeigt der Vergleich der Bewertungen von Eltern und Kindern in der vorliegenden Studie, dass die Eltern in den Bereichen „Allgemeine Informationen“, „Reaktionen auf Stottern“ und „Kommunikation im Alltag“ weniger Einschränkungen auf der Seite ihrer Kinder vermuten als die Kinder selbst. Diese „Unterschätzung“ der Wahrnehmung und des Erlebens der Kinder wurde bei der im Anschluss an die Durchführung der Untersuchung stattfindenden Besprechung deutlich: Viele Eltern äußerten Erstaunen über die Genauigkeit bzw. Art und Weise der Einschätzung ihres Kindes. Im Gespräch mit den Eltern war es wichtig herauszustellen, dass dies kein Indiz für

die mangelnde Kenntnis über die Erlebniswelt ihres Kindes ist, sondern dass tatsächlich zwei verschiedene Perspektiven, nämlich die des Kindes und die der Eltern, erfasst werden.

Im Abschnitt „Lebensqualität“ nähern sich beide Urteile wieder an. Die befragten Kinder geben in diesem Bereich weniger Einschränkungen an als in den anderen Abschnitten des Bogens. Zu diskutieren ist, ob Kinder ein vorhandenes Problem – in diesem Falle Stottern – separieren und daher punktueller betrachten und wahrnehmen. Diese Hypothese wird von der Tatsache gestützt, dass sich keine Korrelation zwischen Stotterschweregrad und der Einschätzung der Kinder ergeben hat. Die untersuchten Kinder scheinen ihr Stottern also ganz verschieden wahrzunehmen und sich – auch unabhängig von der vorliegenden Symptomatik – ebenso unterschiedlich eingeschränkt zu fühlen. Diese Einschränkung bezieht sich auf konkrete Situationen, wie bspw. die Kommunikation im Kindergarten, wirkt sich jedoch nicht zwingend auf eine allgemeine Herabsetzung der Lebensqualität aus.

Hinzu kommt, dass die Bereiche „Reaktionen auf Stottern“ und „Kommunikation im Alltag“ im Gegensatz zum Abschnitt „Lebensqualität“ konkrete Situationen erfragen, die ein stotterndes Kind ganz unmittelbar erlebt. Und da die Bewusstheit des Stotterns kein sich langsam entwickelndes Phänomen darstellt (Yairi & Ambrose, 2005), sondern vielmehr von Störungsbeginn an vorhanden sein kann, nehmen betroffene Kinder ihr Stottern ganz direkt wahr, reagieren darauf und können dies daher im Bogen entsprechend angeben.

■ Abb. 6: Zusammenhang zwischen Stotterschweregrad und Einschätzung der Kinder



Ausblick

Es wurde deutlich, dass Stottern im Kindesalter mehrdimensional betrachtet und behandelt werden muss. Entscheidend für den Erfolg einer Therapie ist nicht nur die Reduktion der Symptomatik, sondern auch, welche sprechbezogenen Einstellungen und Gefühle ein stotterndes Kind hat und wie sich die Reifungsstörung auf den kindlichen Alltag und die empfundene Lebensqualität auswirkt. Allerdings fällt es in der logopädischen Praxis oft schwer, Fortschritte auf diesen Ebenen zu erfassen und zu dokumentieren. Der vorgestellte Fragebogen bildet die Basis für ein erstes Instrument, das diese Lücke schließen kann. Um den Bogen zur Anwendung zu bringen, ist auf Grundlage der Ergebnisse der Studie zunächst eine Überarbeitung und weitere Validierung erforderlich. Ziel ist es, mit dem so modifizierten Fragebogen ein Instrument zur Verfügung stellen, um Stottern im Vorschulalter mehrdimensional zu erfassen und dies sowohl in der klinischen Praxis als auch für die dringend notwendige weitere Forschung zu nutzen.

SUMMARY. What is children's attitude to their stuttering speech? – An empirical investigation

Childhood stuttering is to be described as a multidimensional disorder: The development and maybe the recovery of stuttering is strongly influenced by speech-related attitudes and emotions, communication in daily life and perceived quality of life. The ICF-Classification of the WHO provides a framework to describe childhood stuttering multidimensionally. So far, however, there is no instrument to describe the different dimensions from the perspective of the affected child. On the basis of the ICF-Classification and an instrument for stuttering scholars the conception of a questionnaire is developed which competes the stuttering disorder multidimensionally from the perspective of 4- to 6-year-old children. The instrument is applied in a study with children who stutter. Results indicate that the presented questionnaire is an appropriate instrument for diagnostic and planning of therapy.

KEY WORDS: childhood stuttering – ICF-Classification – multidimensionally – questionnaire

LITERATUR

- Bullinger, M., Schmidt, S., Petersen, C., Erhardt, M. & Ravens-Sieberer, U. (2007). Methodische Herausforderungen und Potentiale der Evaluation gesundheitsbezogener Lebensqualität für Kinder mit chronischen Erkrankungen im medizinischen Versorgungssystem. *Medizinische Klinik* 102, 734-745
- Conture, E.G., Walden, T.A., Arnold, H.S., Graham, C.G., Hartfield K.N. & Karrass, J. (2006). Communication – Emotional Model of Stuttering. In: Bernstein-Ratner, N. & Tetnowski, J.A. (Hrsg.). *Current Issues in Stuttering Research and Practice* (17-46). Mahwah, NJ: Erlbaum
- DIMDI (2005) *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der World Health Organisation (WHO)*, Genf
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins
- Karrass, J., Walden, T., Conture, E., Graham, C., Arnold, H., Hartfield, K. & Schwenk, K. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders* 39 (6), 402-423
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe
- Ravens-Sieberer, U. (2000). Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen: Ein Überblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43, 198-209
- Riley, G. (1994). *The Stuttering Severity Instrument for Children and Adults – Third Edition (SSI-3)*. Austin, Texas: Pro Ed
- Sandrieser, P. & Schneider, P. (2003). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme
- Schneider, P. (1997, 2003). QBS – Qualitative Beschreibung der Stottersymptomatik. In: Sandrieser, P. & Schneider, P., *Stottern im Kindesalter* (210). Stuttgart: Thieme
- Schneider, P. (1991, 2001). RKS – Reaktion auf kommunikative Stressoren. In: Sandrieser, P. & Schneider, P., *Stottern im Kindesalter* (217). Stuttgart: Thieme
- Schneider, P. (1999, 2003). RSU – Reaktion auf das Stottern des Untersuchers. In: Sandrieser, P. & Schneider, P., *Stottern im Kindesalter* (215). Stuttgart: Thieme
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. & Hernandez, L.M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders* 30, 307-318
- Wertfein, M. (2006). *Emotionale Entwicklung im Vor- und Grundschulalter im Spiegel der Eltern-Kind-Interaktion*. Dissertation an der LMU München
- Walther, C. (2008). *Subjektives Erleben des Stotterns bei Vier- bis Sechsjährigen – eine empirische Untersuchung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Studiengang Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering for clinicians by clinicians*. Austin: Pro Ed
- Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders* 31, 90-115
- 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., Coleman, G. & Quesal, R.W. (2007). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – School-Age (OASES-S)*. Unveröffentlichter Entwurf
- Yaruss, J.S., Coleman, G. & Quesal, R.W. (2007). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – Teen-Version (OASES-T)*. Unveröffentlichter Entwurf

Die dem Beitrag zugrunde liegende Diplomarbeit kann bei der Autorin angefordert werden.

Autorin

Claudia Walther
Mundingstr. 2
86159 Augsburg
clawalther@googlemail.com