Zuyd Hogeschool

Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener

Studenten:	Joana Poselt - joana.poselt@gmx.de
	Anne Schovenberg - annelena7788@aol.com
Fach:	Logopädie
Interne Begleiterin:	Anke Alpermann
Studienjahr 2011/2012	05.06.2012

© Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Autoren unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Danksagung

Bedanken möchten wir uns bei allen, die durch ihre Unterstützung und Mitarbeit zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Unserer Begleiterin Anke Alpermann gilt unser besonderer Dank, da sie uns während des gesamten Entwicklungsprozesses dieser Arbeit sehr gut begleitet und uns stets in allem unterstützt hat.

Ebenso möchten wir uns ganz herzlich bei allen Probanden bedanken, die durch ihre Mitarbeit sowie durch ihre Offenheit und ihr Engagement die Umsetzung unserer Arbeit erst ermöglicht haben. Wir bedanken uns bei den Mitgliedern der Stotter-Selbsthilfegruppen Bielefeld, Bonn, Dortmund, Erlangen, Finnentrop, Frankfurt, Freiburg, Halle, Hannover, Ingolstadt, Köln, Lörrach, Lübeck, München, Münster, Passau, Regensburg, Ulm und Wiesbaden, den Teilnehmern des Ehemaligen Van-Riper-Treffens, den Mitgliedern der Mailingliste und des Forums der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS) sowie bei der logopädischen Praxis Dölle, Röhrs & Ezeh in Hamburg.

Der größte Dank wird unseren Familien und Partnern zuteil, die uns während des gesamten Entwicklungsprozesses dieser Arbeit stets bestmöglich unterstützt, aufgefangen und begleitet haben.

Ebenfalls gilt Bernd, Franka und Sabine ein besonderer Dank. Vielen Dank für das Korrekturlesen unserer Bachelorarbeit.

Zusammenfassung

Die durch eine Erkrankung beeinflusste Lebensqualität hat sich in der logopädischen Arbeit sowohl in der Diagnostik, als auch in der Therapie bzw. -evaluation zu einem wichtigen Baustein entwickelt. Im Gegensatz zu anderen kommunikativen Störungen wird bei der Redeflussstörung Stottern erst seit wenigen Jahren die Lebensqualität Betroffener untersucht. Der bisherige Forschungsstand besagt, dass Stottern das Risiko auf eine verminderte Lebensqualität sowohl im physischen, psychischen als auch im sozialen Bereich erhöht. Im deutschsprachigen Raum ist bisher jedoch noch nicht systematisch erforscht worden, inwiefern demographische und stottertherapiebezogene Faktoren die Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener beeinflussen. In dieser Studie wurde diese Fragestellung mit Hilfe des Fragebogens *EESE (Erfassung der Erfahrungen von stotternden Erwachsenen)*, welcher von Metten, Rosenberger und Schulte im Jahre 2007 entwickelt wurde, und einem selbst entwickelten Fragebogen bezüglich demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren untersucht. Beim *EESE* handelt es sich um die deutsche Übersetzung des amerikanischen Fragebogens *OASES (Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering)*, der von Yaruss und Quesal 2004 veröffentlicht wurde. Der *EESE* ist zurzeit der einzige Fragebogen in Deutschland, der die Lebensqualität stotternder Erwachsener ausreichend und spezifisch erfasst und zudem den psychometrischen Kriterien genügt. Insgesamt füllten 71 stotternde Erwachsene aus dem bundesdeutschen Raum die beiden Fragebögen aus. Die Analyse zwischen den erfassten demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität ergab vor allem zwei prägnante Zusammenhänge, wohingegen die übrigen untersuchten Zusammenhänge spekulativere Ergebnisse lieferten. Zum einen scheinen weibliche Stotternde in einem hohen Alter tendenziell milder in ihrer Lebensqualität eingeschränkt zu sein als weibliche Stotternde in einem jungen Alter. Zum anderen scheinen sich die *Stuttering Modification*-Therapie und sonstige Therapiemethoden, wie unter anderem Verhaltenstherapie und Individualpsychologie, positiv auf die Lebensqualität auszuwirken. Die beiden genannten prägnanten Zusammenhänge besitzen insofern eine große Relevanz für das logopädische Berufsfeld, als dass die Lebensqualität vor allem bei jüngeren Stotternden sowohl in die Diagnostik als auch in die Therapie und -evaluation berücksichtigt werden sollte. Zudem bieten sie eine Orientierungshilfe bezüglich der Frage, welche Therapiemethoden sich zur Verbesserung der Lebensqualität am besten eignen könnten.

Samenvatting

De kwaliteit van leven heeft zich in het logopedische werkveld zowel in de diagnostiek als in de therapie ofwel -evaluatie tot een belangrijke bouwsteen ontwikkeld. In tegenstelling tot andere communicatieve stoornissen wordt de vloeiendheidsstoornis stotteren pas sinds kort in relatie tot de kwaliteit van leven onderzocht. Kijkend naar de actuele wetenschappelijke stand van zaken blijkt dat stotteren het risico op een verminderde kwaliteit van leven zowel in fysisch, psychisch en sociaal opzicht verhoogd. In het Duitstalige gebied is er tot nu toe nog geen systematisch onderzoek verricht in hoeverre demografische en stotter-therapiegerelateerde factoren de kwaliteit van leven bij Duitse stotterende volwassenen beïnvloeden. In dit onderzoek is deze vraagstelling met behulp van de vragenlijst *EESE (Erfassung der Erfahrungen von stotternden Erwachsenen)*, die door Metten, Rosenberger en Schulte 2007 is ontwikkeld, en een zelf ontworpen vragenlijst over demografische en stottertherapiegerelateerde factoren onderzocht. De *EESE* is een Duitse vertaling van de Engelse vragenlijst *OASES (Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering)*, die door Yaruss en Quesal 2004 is gepubliceerd. Het is op dit moment de enige vragenlijst in Duitsland, die de kwaliteit van leven van stotterende volwassenen voldoende en specifiek inventariseert en bovendien aan de psychometrische eisen voldoet. In totaal vulden 71 stotterende volwassenen, afkomstig uit het hele grondgebied van de BRD, beide vragenlijsten in. De analyse van de geïnventariseerde demografische en stottertherapiegerelateerde factoren en de kwaliteit van leven toonde vooral twee pregnante samenhangen aan, terwijl de overige onderzochte samenhangen meer speculatieve resultaten opleverden. Enerzijds blijken vrouwelijke stotterende van hoge leeftijd trendmatig minder in hun kwaliteit van leven beperkt te zijn dan vrouwelijke stotterende van jonge leeftijd. Anderzijds blijkt, dat zich de therapiemethode *stuttering modification* en overige therapiemethoden zoals gedragstherapie en de *Individualpsychologie* (psychologisch georiënteerde stottertherapie in Duitsland) positief op de kwaliteit van leven uitwerken. Beide samenhangen hebben in zoverre een grote relevantie voor het logopedische werkveld, als dat de kwaliteit van leven vooral bij jonge stotterende zowel in de diagnostiek als in de therapie en -evaluatie geïntegreerd zou worden. Bovendien bieden de samenhangen een oriënterende hulp bij de vraag met welke therapiemethode het beste resultaat ter verbetering van de kwaliteit van leven bereikt kon worden.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung

Zusammenfassung

Samenvatting

1 Einleitung 8

2 Theoretischer Hintergrund 11

2.1 Definition von Stottern 11

2.2 Symptomatik von Stottern 12

2.2.1 Äußere Symptome 12

2.2.2 Innere Symptome 13

2.3 Stottern und Lebensqualität 14

2.3.1 Lebensqualität 14

2.3.2 Einfluss des Stotterns auf die Lebensqualität 16

2.3.2.1 Physische Dimension 16

2.3.2.2 Psychische Dimension 17

2.3.2.3 Soziale Dimension 18

2.3.3 Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität. 19

2.4 Messinstrumente zur Bestimmung der Lebensqualität stotternder Erwachsener 19

3 Methode 24

3.1 Studiendesign 24

3.2 Probandengruppe 24

3.3 Durchführung 26

3.4 Materialbeschreibung 26

3.4.1 EESE (Erfassung der Erfahrungen von stotternden Erwachsenen) 27

3.4.2 Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren 28

3.5 Datenanalyse 30

4 Ergebnisse 32

4.1 Allgemeine Lebensqualität 32

4.2 Zusammenhänge zwischen demographischen Faktoren und Lebensqualität 33

4.2.1 Geschlecht 33

4.2.2 Alter 34

4.2.3 Familienstand 34

4.2.4 An- bzw. Abwesenheit von Kindern 35

4.2.5 Bildungsabschluss 37

4.2.6 Berufstätigkeit 38
4.3 Zusammenhänge zwischen stottertherapiebezogenen Faktoren und Lebensqualität 40
4.3.1 Absolvierung einer Stottertherapie 40
4.3.2 Anzahl an abgeschlossenen Therapien und Therapiestunden 41
4.3.3 Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie 42
4.3.4 Insgesamt erhaltenen Therapiemethoden 43
4.3.5 Zuletzt erhaltene Therapiemethoden 44
4.3.6 Zuvor erhaltene(n) Therapiemethode(n) 46
5 Diskussion 50
5.1 Diskussion der Ergebnisse 50
5.2 Repräsentativität der Ergebnisse 53
5.3 Kritische Betrachtung der Methode 53
5.4 Ausblick 54
5.5 Fazit 55
6 Literaturverzeichnis 56
7 Anhang 61
7.1 Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren 61
7.2 Nicht signifikante Korrelationsdaten 64
8 Eidesstattliche Erklärung 65

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren ist innerhalb der Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaft das Interesse gestiegen, neben den reinen Krankheitssymptomen eines Klienten auch seine durch die Erkrankung beeinflusste Lebensqualität zu untersuchen (Daig & Lehmann, 2007; Güthlin, 2006). Der Grund dafür ist, dass Lebensqualität als ein potenziell wichtiges Maß gilt, um einen krankheitsbedingten Einfluss auf Betroffene und die Effektivität erhaltener therapeutischer Maßnahmen zu bestimmen (American Speech-Language-Hearing Association, 2001; Klompas & Ross, 2004; Yaruss & Quesal, 2006). In der Gesundheitswissenschaft sowie der Medizin wird die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zunehmend häufiger als Evaluations- und Zielkriterium eingesetzt (Renneberg & Lippke, 2006). Die Verbesserung der Lebensqualität ist somit zu einem wichtigen und akzeptierten Erfolgskriterium gesundheitsbezogener Maßnahmen geworden (Radoschewski, 2000).

Auch in der logopädischen Arbeit hat sich die durch eine Erkrankung beeinflusste Lebensqualität sowohl in der Diagnostik, als auch in der Therapie bzw. -evaluation zu einem wichtigen Baustein entwickelt (Yaruss et al., 2006). Diese Entwicklung betrifft auch das logopädische Störungsbild Stottern. In der Vergangenheit wurde lediglich das Therapieziel eines flüssigeren Sprechens verfolgt. Stottern beinhaltet jedoch aus heutiger Sicht weitaus mehr, als nur die wahrnehmbare Produktion von Redeflussstörungen, was eine Anzahl von Autobiographien sowie gesammelte Lebensgeschichten Betroffener betonen, die unter anderem von Emotionen wie Schamgefühl und Angst sowie von erheblichen Einschränkungen im alltäglichen Leben berichten (Yaruss et al., 2006). Aus diesem Grund sollte neben einer Verbesserung des Redeflusses ebenfalls an einer Verbesserung der Lebensqualität Betroffener gearbeitet werden. Zum jetzigen Zeitpunkt berücksichtigen dies jedoch fast ausschließlich Logopäden mit einer Spezialisierung auf das Störungsbild Stottern, bei denen zunehmend häufiger eine gezielte Verbesserung der Lebensqualität in der Therapie im Mittelpunkt steht. Außerdem ermitteln diese Stottertherapeuten zunehmend häufiger im Rahmen der Diagnostik den Einfluss der Redeflussstörung auf die Lebensqualität Betroffener und verwenden zudem die Beurteilung der Lebensqualität als Maßstab der Therapieeffektivität. Insgesamt würde es zu einer Qualitätsverbesserung der logopädischen Arbeit beitragen, wenn die Berücksichtigung des Aspektes Lebensqualität in der

Stotterdiagnostik und -therapie als Standard festgesetzt und somit von allen Logopäden in die Diagnostik und Therapie integriert werden würde.

Im Gegensatz zu anderen kommunikativen Störungen wird im Bereich der Redeflussstörung Stottern erst seit wenigen Jahren die Lebensqualität Betroffener untersucht (Franic & Bothe, 2008; Klompas et al., 2004; Yaruss et al., 2006). Es wurde bereits erforscht, dass das Störungsbild Stottern das Risiko auf eine verminderte Lebensqualität Betroffener sowohl im physischen, psychischen als auch im sozialen Bereich erhöht (Craig, Blumgart & Tran, 2009), worunter unter anderem Anspannungen von Extremitäten, Angst und soziale Isolation fallen. Diese drei Bereiche werden von Möller, Laux und Kapfhammer (2007) als die drei Dimensionen der Lebensqualität bezeichnet. Neben der Tatsache, dass das Störungsbild Stottern ein erhöhtes Risiko auf eine verminderte Lebensqualität birgt, ist im deutschsprachigen Raum bisher jedoch noch nicht erforscht worden, ob sich demographische Faktoren wie Alter und Geschlecht, und stottertherapiebezogene Faktoren wie die Anzahl an erhaltenen Therapien und die angewandten Therapiemethoden auf die Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener auswirken. Die Erforschung dieses Einflusses besitzt eine große berufliche Relevanz für das logopädische Berufsfeld, da sich die Ergebnisse auf die weitere Entwicklung hinsichtlich der Aufnahme der Lebensqualität in die Diagnostik, in die Therapie in Form eines Therapieziels sowie der Therapieevaluation als Bestandteil einer standardisierten Stottertherapie in Deutschland auswirken und als eine Orientierungshilfe bezüglich der (Weiter)-Entwicklung effektiver Stottertherapie-Methoden dienen könnten. Dies lässt sich am besten anhand eines Beispiels verdeutlichen. Sollte die Schlussfolgerung der Erforschung dieses Einflusses sein, dass die Lebensqualität einer bestimmten Altersgruppe durch das Stottern negativ beeinflusst wird, würde dies die Notwendigkeit bekräftigen, die Lebensqualität fortan in der Diagnostik, Therapie bzw. der Therapie-evaluation und der Erforschung neuer Therapiemethoden bei dieser Altersgruppe zu berücksichtigen.

Auf Grund der erläuterten beruflichen Relevanz wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Fragestellung untersucht, ob ein Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener besteht. Um dieser Fragestellung nachzugehen, werden sowohl der Fragebogen *EESE (Erfassung der Erfahrungen von stotternden Erwachsenen)*, der von Metten, Rosenberger und Schulte 2007 übersetzt wurde, als auch ein selbst entwickelter Fragebogen bezüglich demographischer und

stottertherapiebezogener Faktoren als Messinstrumente eingesetzt. Beim *EESE* handelt es sich um die deutsche Übersetzung des amerikanischen Fragebogens *OASES (Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering)*, der von Yaruss und Quesal 2004 veröffentlicht wurde. Der *EESE* ist zurzeit der aktuellste und klientenzentrierteste Fragebogen in Deutschland zur Messung der Lebensqualität stotternder Erwachsener und der einzige, der die Lebensqualität stotternder Erwachsener inhaltlich ausreichend erfasst, allen psychometrischen Kriterien genügt und zudem alle drei Dimensionen der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) misst. Der selbst entworfene Fragebogen erfasst demographische und stottertherapiebezogene Faktoren der Stotternden, so dass ein Zusammenhang zwischen diesen und der Lebensqualität hergestellt werden kann. Er ermittelt demographische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Anzahl an Kindern, den erworbenen Bildungsabschluss sowie den Beruf. Zudem erfasst der Fragebogen stottertherapiebezogene Faktoren wie unter anderem die Absolvierung einer Therapie, die Anzahl und das Alter bei Erhalt dieser, den zeitlichen Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie sowie die angewandten Therapiemethoden und deren Einfluss auf die Lebensqualität.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit gliedert sich im weiteren Verlauf in den theoretischen Hintergrund, die Methode, die Ergebnisse sowie die Diskussion. Im zweiten Kapitel, dem theoretischen Hintergrund, wird zunächst das Störungsbild Stottern dargestellt, wobei die Symptomatik des Stotterns in äußere und innere Symptome gegliedert wird. Darauffolgend wird der Zusammenhang zwischen dem Störungsbild Stottern und der Lebensqualität Betroffener hergestellt und anhand bisher vorliegender Forschungsergebnisse untermauert. Hierbei folgt zunächst eine Erläuterung des Begriffes Lebensqualität, woran sich eine Veranschaulichung des Einflusses des Stotterns auf die drei Dimensionen der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) sowie eine Beschreibung des aktuellen Forschungsstandes bezüglich des Einflusses demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität Betroffener anschließen. Daraufhin werden bestehende Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität aufgeführt. Im dritten Kapitel folgt die Darstellung der methodischen Vorgehensweise innerhalb der Studie. Die Veranschaulichung der Studienergebnisse sowie die Diskussion, bei der die gefundenen Resultate kritisch überprüft, Unstimmigkeiten innerhalb der Ergebnisse angesprochen und diskutiert werden und ein Ausblick auf mögliche Folgestudien gegeben wird, schließen sich im vierten und fünften Kapitel der vorliegenden Arbeit an.

2 Theoretischer Hintergrund

Stottern ist eine Redeflussstörung, die mit einer Prävalenz von 0,72% innerhalb der Bevölkerung eine große Anzahl Menschen in unserer Gesellschaft betrifft (Craig, Hancock, Tran, Craig & Peters, 2002). Es handelt sich um ein Koordinationsproblem im peripheren Sprachmechanismus (Wingate, 1964), wobei bis heute noch ungeklärt ist, welche Ursache Stottern zugrunde liegt. Laut dem aktuellen Forschungsstand wird jedoch davon ausgegangen, dass Stottern multifaktoriell verursacht wird, d.h. dass es eine Reihe von Faktoren gibt, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Stotterns möglicherweise eine Rolle spielen und sich gegenseitig beeinflussen (Thiel & Ewerbeck, 2010).

2.1 Definition von Stottern

Bis heute gibt es keine allgemeingültige, ursächliche Faktoren einbeziehende Definition für Stottern. Die Redeflussstörung lässt sich aufgrund ihrer Vielschichtigkeit und ihres Facettenreichtums nicht angemessen beschreiben (Renner, 1995). Der Versuch, Stottern zu definieren, wurde jedoch wiederholt unternommen. Im Folgenden werden ausgewählte Definitionen dargestellt.

Andrews, Craig, Feyer, Hoddinott, Howie und Neilson (1983) bezeichnen Stottern als eine Störung des Sprechrhythmus‘, bei dem das Individuum weiß, was es sagen möchte, aber aufgrund einer ungewollten, repetitiven Prolongation oder Blockade nicht im Stande dazu ist, dies zu äußern. Bloodstein & Bernstein Ratner (2008) ergänzen, dass neben Prolongationen und Blockaden Silbenwiederholungen, das Weglassen von Wörtern und das Ersetzen ganzer Wörter, Sätze oder Teilen derer zu Stottern gehören. Als klassische Definition von Stottern gilt jedoch mittlerweile Wingate‘s Definition aus dem Jahr 1964. Er beschreibt Stottern als eine Unterbrechung des Redeflusses, die durch unwillentliche, hörbare oder stille Wiederholungen und Dehnungen bei der Äußerung kurzer Sprachelemente charakterisiert ist, was insbesondere Laute, Silben und einsilbige Wörter betrifft. Diese Unterbrechungen geschehen in der Regel häufig, sind deutlich ausgeprägt und nicht ohne Weiteres kontrollierbar. Sie werden manchmal von hinzukommenden Aktivitäten des Sprechapparates, Bewegungen von beteiligten oder auch unbeteiligten Körperteilen, oder stereotypisch sprachlichen Äußerungen begleitet und haben den Anschein, Ankämpfverhalten bezüglich

eines flüssigeren Sprechens zu sein. Zudem gibt es nicht selten Indikatoren dafür, dass ein emotionaler Zustand anwesend ist, der angefangen von einem allgemeinen Zustand der Erregung oder Spannung zu mehr spezifischen Emotionen negativer Art wie Angst, Verlegenheit, Reizung oder dergleichen reicht. Der unmittelbare Ausgangspunkt des Stotterns ist ein Koordinationsproblem im peripheren Sprachmechanismus, wobei die eigentliche Ursache derzeit noch unbekannt ist und komplex bzw. multifaktoriell sein kann (Wingate, 1964).

In der vorliegenden Arbeit wird die Definition von Wingate (1964) zugrunde gelegt, da diese das Störungsbild Stottern am umfassendsten beschreibt und als die klassische gilt.

2.2 Symptomatik von Stottern

Aufgrund der Vielschichtigkeit des Störungsbildes werden Stottersymptome in der Regel gruppiert. Hinsichtlich dieser Einteilung existieren verschiedene Auffassungen. Eine häufig zu findende Einteilung ist die Klassifikation der Stottersymptome in äußere, die von außen beobachtbar sind, und innere, die für Außenstehende verborgen bleiben (Natke & Alpermann, 2010; Van Riper, 1982).

2.2.1 Äußere Symptome

Die äußeren Stottersymptome lassen sich weiter in die Kernsymptomatik und Sekundärsymptomatik unterteilen.

Die Kernsymptomatik, auch Kernverhalten genannt, setzt sich aus Wiederholungen, Dehnungen und Blockaden zusammen. Mit Wiederholungen werden in Verbindung mit der Redeflussstörung Stottern Wiederholungen von einsilbigen Wörtern („kann-kann-kann“), Silben („ka-ka-kann“) und Lauten („k-k-k-kann“) bezeichnet. Die Wiederholung mehrsilbiger Wörter gilt jedoch nicht als Stottern. Unter Dehnungen versteht man hörbare, durch statische Positionierung der Artikulatoren gekennzeichnete Unterbrechungen des Redeflusses, wobei die Lautproduktion bzw. der Atemfluss fortgesetzt werden („fffffast“, „aaaaber“). Auch bei Blockaden findet keine Bewegung der Artikulatoren statt. Die Lautproduktion und der Atem werden hierbei unterbrochen („----kann“). Die Unterbrechung des Luftstroms kann ihren Ursprung sowohl im Kehlkopfbereich (laryngeale Blockade), als auch an jeder anderen Verengung im Ansatzrohr haben (artikulatorische Blockade) (Natke et al., 2010).

Die sekundären Symptome sind die „individuell unterschiedlich gelernte(n) Reaktion(en) auf das Kernverhalten“ (Natke et al., 2010, S.17), welche den größten Anteil der Abnormität des Stotterns ausmachen. Sie lassen sich in Reaktionen auf das Kernverhalten selbst (Ankämpf-/ Fluchtverhalten) und in Reaktionen auf die Antizipation des Kernverhaltens (Vermeidungsverhalten) unterteilen. Unter Ankämpfverhalten versteht man den Versuch, ein Stotterereignis durch eine erhöhte Muskelanspannung oder Mitbewegungen des Kopfes bzw. des ganzen Körpers zu beenden. Zeigt ein Stotternder Fluchtverhalten, so versucht er, zum Beispiel durch ein wiederholtes Beginnen mit dem Satzanfang ein Stotterereignis zu beenden. Bei einer Antizipation des Kernverhaltens versuchen die Betroffenen, das Stottern zum Beispiel durch die Vermeidung von Wörtern (verbales Vermeidungsverhalten), Sprechsituationen (situatives Vermeidungsverhalten) bzw. Gesprächen mit bestimmten Personen (personenbezogenes Vermeidungsverhalten), bei denen der Stotternde erwartet zu stottern, zu vermeiden (Natke et al., 2010).

2.2.2 Innere Symptome

Innere Stottersymptome betreffen Gefühle, Reaktionen und Einstellungen stotternder Personen, die sich der unmittelbaren Beobachtung meist entziehen. Stotternde sehen sich oft als gestörte Sprecher, was mit negativen Einstellungen sich selbst und dem Sprechen gegenüber verbunden ist (Natke et al., 2010). Stotternde weisen somit ein negatives Selbstbild und eine damit verbundene „Fixierung auf Defizite“ auf (Wendlandt, 2009). Zudem sind sie sich ihrer andersartigen Sprechweise bewusst, was negative Gefühle wie Scham, Frustration, Aggression und Depression sowie diverse Ängste wie Sprechangst oder Angst vor sozialen Kontakten hervorrufen kann. Laut Sandrieser und Schneider (2008) werden die inneren Stottersymptome durch den Stotternden meist belastender als die eigentliche Kernsymptomatik empfunden. Darüber hinaus beeinflussen sie die Lebensqualität Betroffener maßgeblich (Natke et al., 2010).

2.3 Stottern und Lebensqualität

2.3.1 Lebensqualität

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität unter Begrifflichkeiten wie Lebenskunst, Glück, Harmonie, Wohlbefinden, Balance und Unsterblichkeit hat in allen Kulturkreisen eine jahrhundertelange Tradition. Dennoch ist es bis heute schwer, den Begriff der Lebensqualität zu definieren (Kostka, 2004).

Der Begriff *Quality of life* wurde 1920 das erste Mal von dem englischen Ökonomen Pigou verwendet. Seit Beginn der 70er Jahre wurde der Begriff ebenfalls von zahlreichen Vertretern unterschiedlicher Genres, wie unter anderem Willy Brandt, John F. Kennedy sowie von Vertretern der Medizin, Wirtschaft, Philosophie und Religion, gebraucht (Hennessey & Mangold, 2008), was bereits darauf hinweist, dass es sich bei der Lebensqualität um ein multifaktorielles Konstrukt handelt.

Es wurden zahlreiche Definitionen des Begriffes Lebensqualität veröffentlicht (u.a. Bergner, 1989; Franic et al., 2008; Schipper, Clinch & Powell, 1990; Testa & Simonson, 1996). Es besteht jedoch kein klarer Konsens bezüglich einer funktionierenden Definition des Begriffes Lebensqualität (Cummins, 2010). Im Folgenden wird eine Auswahl an Definitionen zur Lebensqualität genannt.

Lebensqualität gilt laut der Weltgesundheitsorganisation (englisch: *World Health Organisation, WHO*) als die Einschätzung einer Person zu ihrer Lebenssituation im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in dem sie lebt, und in Beziehung zu ihren Zielen, Erwartungen, Standards und Bedürfnissen (WHOQOL, 1998a). Nach Ansicht der WHO sollte Lebensqualität in einem kulturellen, sozialen und ökologischen Kontext gesehen werden und nicht einfach mit den Begriffen Gesundheitszustand, Lebensstil, Lebenszufriedenheit, psychische Verfassung oder Wohlbefinden gleichgesetzt werden (WHOQOL, 1998b). Lebensqualität sei laut der WHO ein weitreichendes Konzept, das auf komplexe Weise von der körperlichen Gesundheit, dem psychologischen Zustand, der persönlichen Überzeugung, den sozialen Beziehungen und der Beziehung zu auffälligen Eigenschaften der Umgebung abhängt (WHOQOL, 1995*).*

Nach Möller et al. (2007) ist Lebensqualität ein „multidimensionales Konstrukt mit einer physischen, psychischen und sozialen Dimension in Bezug auf Befindlichkeit und Handlungsvermögen in verschiedenen Lebensbereichen“ (S. 297). Somit schließt

Lebensqualität sowohl ein, wie sich ein Mensch körperlich, seelisch und im sozialen Zusammenhang fühlt, als auch, inwieweit er in der Lage ist, körperlich, seelisch und im sozialen Kontext zu handeln. Lebensqualität kann laut dieser Definition nicht direkt gemessen werden, sondern lediglich für Teilbereiche mit unterschiedlichen Indikatoren erfasst werden. Diese Einteilung der Lebensqualität in eine physische, psychische und soziale Dimension teilen ebenfalls einige weitere Autoren (Daig et al., 2007; Güthlin, 2006; Gülseren & De Boer, 2001).

Die meisten Definitionen zur Lebensqualität heben Konstruktionen hervor, die in Zusammenhang mit der Lebenszufriedenheit oder dem allgemeinen Gefühl von Wohlbefinden einer Person stehen. Zusätzlich werden Aspekte wie physisches Funktionieren, emotionale und mentale Gesundheit, soziale Interaktion, vokale Erfahrungen, die Fähigkeit, Erwartungen zu erfüllen, und die Fähigkeit, Ziele zu erreichen mit dem Konzept Lebensqualität in Verbindung gebracht (Schipper, Clinch & Olweny, 1996; Schumaker, Anderson & Czajkowski, 1990). Des Weiteren gilt, dass Lebensqualität nicht mit Maßgrößen wie Lebensstandard verwechselt werden sollte, da diese weitestgehend auf einer Beurteilung des Einkommens basieren.

Die Arbeit im Gesundheitswesen bezüglich Lebensqualität konzentrierte sich früher stärker auf die epidemologischen Faktoren wie Morbidität, Mortalität und Gesundheitsfürsorge. In modernen Methoden wurde das Konstrukt der Lebensqualität um die Untersuchung der Dynamik des Wohlbefindens von Menschen und Gemeinden einschließlich der sozialen, kulturellen, psychologischen und physischen Aspekte erweitert. Zudem wurden die subjektiven Meinungen und Wahrnehmungen einer Person hinsichtlich ihrer eigenen Zufriedenheit mit der Gesundheit und dem Leben in den Fokus gestellt. Die Forschung der Lebensqualität, insbesondere die der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, hat sich zu einem Konstrukt entwickelt, welches versucht, das Wohlbefinden einer Person aus einer multidimensionalen Perspektive inklusive physischer, psychologischer, sozialer und beruflicher Aspekte heraus zu beurteilen (Craig, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wird die Definition von Lebensqualität nach Möller et al. (2007), die der der WHO sehr ähnlich ist, zugrunde gelegt.

2.3.2 Einfluss des Stotterns auf die Lebensqualität

Stottern kann viele Aspekte des Lebens Betroffener beeinflussen (Yaruss, 2010). Eine Anzahl von Autobiographien sowie gesammelte Lebensgeschichten Betroffener betonen die Tatsache, dass der Einfluss des Stotterns auf das Leben Betroffener mehr beinhaltet, als nur die wahrnehmbare Produktion von Redeflussstörungen (Yaruss et al., 2006). Nach Craig et al. (2009) weisen stotternde Menschen ein erhöhtes Risiko auf eine verminderte Lebensqualität auf, wobei die physische, psychische und soziale Dimension betroffen sein kann. Hinsichtlich der durch das Stottern beeinflussten Dimensionen der Lebensqualität ist bereits viel erforscht. Hierbei wurden größtenteils lediglich Aspekte untersucht, die die Lebensqualität Betroffener ausmachen, jedoch nicht spezifisch mit dem Begriff Lebensqualität bzw. den drei oben genannten Dimensionen der Lebensqualität in Zusammenhang gebracht wurden. Die Forschung bezüglich der psychischen Dimension bezieht sich fast ausschließlich auf den englischsprachigen Raum, wohingegen sich die Forschung hinsichtlich der physischen und sozialen Dimension darüber hinaus auch auf den deutschsprachigen Raum bezieht. Der Einfluss des Stotterns auf diese verschiedenen Dimensionen der Lebensqualität wird im Folgenden näher erläutert.

2.3.2.1 Physische Dimension

Äußere Symptome wie Blockaden oder Lautwiederholungen können die Beeinträchtigung der physischen Dimension der Lebensqualität beschreiben (Rapp, 2007). Blocküberwindungs-strategien können zu starken Verkrampfungserscheinungen der Artikulations-, Kehlkopf- und Bauchmuskulatur sowie zur Anspannung von Extremitäten führen. Zudem kann die Funktion der Atmung im Sinne von Atemvorschüben oder Sprechen auf Restluft gestört sein (Natke, 2005). Als physische Faktoren sind auch Erschöpfung und Ermüdung zu nennen, die zu Verzweiflung und einem schlechten Gemütszustand führen können und sich somit ebenfalls negativ auf die Lebensqualität auswirken. Dies ergab eine schriftliche Befragung von 200 Stotternden (Craig et al., 2009). In einer Studie von Chytilova, Pesak und Steidl (1991) wiesen 30% der untersuchten Stotternden Kopfschmerzen, Müdigkeit, Parästhesien[1] und Hypothermien[2] der Gliedmaßen auf. Diese Anzahl war signifikant höher als bei nicht stotternden Personen.

[1] Spontan auftretende Missempfindungen, die aus spontanen Erregungen geschädigter sensibler Nervenfasern entstehen (Bischoff, Schulte-Mattler & Conrad, 1998).
[2] Akzidentell verursachter Zustand, bei dem die Körpertemperatur auf unter 35°C absinkt (Brinkmann & Madea, 2004).

2.3.2.2 Psychische Dimension

Die Stottersymptome auf psychischer Ebene wurden unter Punkt 2.2.2 beschrieben und beinhalten Gefühle, Reaktionen und Einstellungen des Stotternden. Im Allgemeinen weisen Stotternde eine erhöhte labile emotionale und mentale Gesundheit auf (Craig et al., 2009). Stottern kann Frustration verursachen, die durch das verminderte oder veränderte Sprechverhalten, Rückzug und Vermeidung des Stotternden entsteht (Langevin, Packman & Onslow, 2010) und somit zu einer Einschränkung der Lebensqualität führen kann (O`Keefe, 2006; Yaruss & Quesal, 2004; Yaruss et al., 2006). Darüber hinaus kann Stottern auch häufig beschämend für den Betroffenen sein (Bloodstein et al., 2008) und oftmals Schuldgefühle in Bezug auf das Kommunikationsverhalten auslösen (Yaruss et al., 2004). Stotternde weisen zudem im Vergleich zu Nicht-Stotternden sowohl einen erhöhten Grad an Neurotizismus und Stimmungsstörungen, als auch ein geringeres Maß an Extrovertiertheit auf (Bleek, Montag, Faber & Reuter, 2011; Iverach, O'Brian, Jones, Block, Lincoln, Harrison et al., 2010).

Auch Angststörungen, vor allem soziale Angst, können in Verbindung mit Stottern stehen (Alm, 2004; Craig & Peters, 2003; Iverach & O'Brian, 2009; Mulcahy, Hennessey, Beilby & Byrnes, 2008; Kraaimaat, Varnyckeghhem & Van Dam-Baggen, 2002). In einer Studie von Blumgart, Tran und Craig (2010) wurden 200 Stotternde und 200 nicht stotternde Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts auf die Anwesenheit von sozialer Angst mit Hilfe einer Befragung untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Prävalenz sozialer Angst bei Stotternden mit 40% signifikant höher ist als bei nicht stotternden Personen. Eine weitere Studie von Ezrati-Vinacour und Levin (2004) ergab, dass soziale Angst ein Persönlichkeitszug Stotternder ist und die Prävalenz sozialer Angst bei stark Stotternden höher ist als bei leicht stotternden Personen.

Des Weiteren weisen Stotternde ein erhöhtes Risiko für psychogene Stimmungsstörungen auf (Iverach, Jones, O'Brian, Block, Lincoln, Harrison et al., 2010). Außerdem haben sie ein geringes Selbstwertgefühl (Craig et al., 2009) und ein negatives Selbstbild (Craig et al., 2003; MacKinnon, Hall, & MacIntyre, 2007). Nach Tran, Blumgart und Craig (2011) zeigt sich bei Stotternden zudem ein erhöhtes Maß an Verzweiflung, depressiver Stimmung, Sorge, interpersonaler Sensibilität, Feindseligkeit sowie an Verfolgungswahn und Somatisierung.

2.3.2.3 Soziale Dimension

Die inneren Symptome beeinflussen das kommunikative Verhalten des Stotternden in großem Maße und können somit zu einer Beeinträchtigung des Sozialverhaltens bis hin zur Selbstisolation führen (Wendlandt, 2009). Hierbei spielt die Entwicklung sozialer Angst ebenfalls eine große Rolle, da soziale Situationen, in denen Kommunikation im Mittelpunkt steht, häufig vermieden werden (Bloodstein et al., 2008). Aus einer Befragung bei Stotternden zwischen 40 und 76 Jahren ergab sich laut Kunkel (2009), dass Stotternde eine stärkere soziale Isolierung als nicht stotternde Personen erfahren. Diese Isolierung beeinträchtigt das soziale Funktionieren des Stotternden, wodurch die Lebensqualität deutlich vermindert wird (Craig et al., 2009). Dies wird auch in der Definition der WHO deutlich, in der Isolation als ein die Lebensqualität mindernder Faktor beschrieben ist und mit Nachteilen in der Partizipation einhergeht (Möller et al., 2007).

Außerdem wird die Lebensqualität Stotternder durch falsche Vorstellungen von Außenstehenden gegenüber dem Stottern oder durch Diskriminierung reduziert (Yaruss et al., 2004). In einer Interviewbefragung von Klompas et al. (2004) wurde deutlich, dass auch die Leistung im Berufsleben sowie die Chancen auf eine akademische Laufbahn durch Stottern verringert werden. Eine weitere Studie von Klein und Hood (2004) wies auf, dass mehr als 70% der befragten Stotternden die Chance sowohl auf eine Anstellung, als auch auf eine Beförderung aufgrund des Stotterns geringer einschätzten. 20% der befragten Stotternden waren der Meinung, dass eine berufliche Anstellung aufgrund des Stotterns abgelehnt wird. Des Weiteren vermeiden stotternde Erwachsene aufgrund ihrer Sprechangst häufig sprechintensive Berufe (Natke, 2005), wodurch sich zeigt, dass Stottern ebenfalls Einfluss auf die Selbstverwirklichung und den beruflichen Status besitzt. Zudem wird allgemein das Erreichen von persönlichen Zielen durch das Stottern erschwert (Yaruss et al., 2006). Laut der WHO macht dies ebenfalls einen Teilbereich der Lebensqualität aus (Yaruss et al., 2004). Auch hinsichtlich des Familienstandes sind Unterschiede zwischen stotternden und nicht stotternden Menschen zu erkennen. Die Anzahl der ledigen Stotternden liegt nach der Befragung von Kunkel (2009) bei 22%, womit dieser Prozentsatz deutlich über dem deutschen Durchschnittswert von 10,5% liegt. Weiterhin liegt die Prozentrate für geschiedene Stotternde bei 14%, was ebenfalls leicht über dem gesamtdeutschen Wert des Statistischen Bundesamtes liegt.

2.3.3 Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität

Sowohl im deutsch- als auch im englischsprachigen Raum wurden bereits demographische Unterschiede zwischen stotternden und nicht-stotternden Erwachsenen festgestellt (vgl. 2.3.2.3). Jedoch wurde bisher kein expliziter Zusammenhang zwischen den demographischen Faktoren und der empfundenen Lebensqualität Stotternder hergestellt. Außerdem wurde bisher noch nicht untersucht, inwieweit sich stottertherapiebezogene Faktoren auf die Lebensqualität Betroffener auswirken. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Studie systematisch untersucht, inwieweit ein Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität stotternder Erwachsener besteht. Zu den zu untersuchenden demographischen Faktoren gehören Aspekte wie Alter, Geschlecht, Familienstand inklusive Anzahl der Kinder, der erworbene Schulabschluss sowie die Tatsache, ob eine Berufstätigkeit vorliegt. Das Erhalten einer Therapie, das Alter und die Anzahl dieser, der zeitliche Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie sowie die angewandten Therapiemethoden als auch der Einfluss dieser auf die Lebensqualität gehören unter anderem zu den zu untersuchenden stottertherapiebezogenen Faktoren.

2.4 Messinstrumente zur Bestimmung der Lebensqualität stotternder Erwachsener

Die Lebensqualität unterliegt der subjektiven Einschätzung des Klienten, weshalb sich durch den Klienten ausgefüllte Fragebögen als geeignetes Diagnostikmittel im Gesundheitswesen und in der Medizin anbieten. Es existieren sowohl krankheitsübergreifende, als auch krankheitsspezifische Fragebögen, mit denen die Lebensqualität gemessen werden kann.

Zu den krankheitsübergreifenden Fragebögen gehören im deutschsprachigen Raum der *WHOQOL-100* und der *WHOQOL-Bref* (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000), die auf der Definition von Lebensqualität der WHO basieren. Außerdem gehören der *SF-36,* die Deutsche Version des *Short Form-36 Health Survey*, sowie der *SF-12* (Morfeld, Kirchberger & Bullinger, 2011) zu den deutschen krankheitsübergreifenden Fragebögen.

Das Diagnostikinstrument *WHOQOL-100* umfasst insgesamt 100 Items, die den Aspekten physisches und psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Religion/Spiritualität zugeordnet sind. Dadurch sind alle drei Dimensionen der

Lebensqualität nach Möller et al. (2007) abgedeckt. Sollen nicht alle Aspekte von Lebensqualität, die der *WHOQOL-100* erfasst, überprüft werden, eignet sich die Anwendung des *WHOQOL-Bref*. Dieser besteht aus 26 Items und umfasst die Erfassung der Aspekte physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt, wodurch auch bei der Kurzform jeweils alle drei Dimensionen der dieser Arbeit zugrunde liegenden Definition von Lebensqualität nach Möller et al. (2007) abgedeckt werden. Beide Versionen sind für den Altersbereich von 18 bis 85 Jahren valide, reliabel und normiert. Die Bearbeitungsdauer liegt beim *WHOQOL-100* bei 30 bis 45 Minuten und beim *WHOQOL-Bref* bei fünf bis zehn Minuten (Angermeyer et al., 2000).

Der *SF-36* sowie die Kurzversion *SF-12* wurden 1995 von Bullinger, Kirchberger und Ware aus dem Amerikanischen übersetzt. 2011 wurde eine ergänzte und überarbeitete Version dieses Diagnostikinstrumentes veröffentlicht. Der *SF-36* besteht aus 36 Items und ist ein aus einer *Medical Outcome Study* entwickeltes Standardinstrument, mit dem die gesundheitsbezogene Lebensqualität krankheitsübergreifend in Bezug auf physische, psychische und soziale Aspekte erfasst werden kann. Hierdurch werden alle drei Dimensionen der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) überprüft. Der Fragebogen beurteilt übergeordnet die physische und psychische Gesundheit, die sich aus den acht Aspekten körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und körperliche Energie, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden zusammensetzen. Zusätzlich wird mit einem Einzelitem der aktuelle Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr erfasst. Im Gegensatz zum *SF-36* besteht der *SF-12* aus zwölf Einzelitems, die in sieben Fragen zusammengefasst sind. Er misst neben dem allgemeinen Gesundheitszustand auch das Auftreten von Schmerzen und die Beeinträchtigung im Alltag durch seelische Probleme in einem festgelegten Zeitraum von vier Wochen vor Ausfüllen des Fragebogens. Somit erfasst der *SF-12* ebenfalls alle drei Dimensionen der Lebensqualität nach Möller et al. (2007). Beide Diagnostikinstrumente liegen in sechs Versionen vor, wobei sich die Akutversion auf die vergangene Woche und die Standardversion auf die vergangenen vier Wochen bezieht. Außerdem können sowohl der *SF-36*, als auch der *SF-12* als Fragebogen oder als Interview und in Form von Selbstbeurteilung oder Fremdbeurteilung eingesetzt werden. Darüber hinaus sind beide Diagnostikinstrumente valide und für den Altersbereich von 14 bis 80 Jahren

normiert. Die Bearbeitungsdauer beträgt beim *SF-36* zehn und beim *SF-12* zwei Minuten (Morfeld et al., 2011).

Außerdem stehen krankheitsspezifische Fragebögen zur Verfügung, mit denen indirekt eine oder mehrere Dimensionen der Lebensqualität stotternder Erwachsener nach Möller et al. (2007) bestimmt werden können. Im anglo-amerikanischen Raum bestehen mehrere stotterspezifische Fragebögen, wobei der älteste dieser Fragebögen der *Stutterer's Self Ratings of reactions to Speech Situations* ist, der von Johnson, Darley und Spriestersbach 1952 entwickelt wurde. Dieser Fragebogen besteht aus 40 Items, die verschiedene alltägliche Situationen darstellen. Diese Situationen müssen hinsichtlich des Vermeidungsverhaltens, der Reaktion, des Stotterns und der Auftretungshäufigkeit anhand einer 5-Punkte-Skala beurteilt werden (Johnson, Darley & Spriestersbach, 1952). Mit Hilfe dieses Fragebogens können die soziale sowie die psychische Dimension der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) bestimmt werden.

1967 wurde von Woolf ein weiteres Instrument entworfen, der *Perception of stuttering inventory (PSI)*. Es umfasst 60 Items, wobei der Stotternde über sein Bewusstsein bezüglich eines möglichen Ankämpf-/ Flucht- oder Vermeidungsverhalten sowie über seine Erwartungshaltung bezüglich des Stotterns befragt wird (Woolf, 1967). Daraus können Rückschlüsse auf die physische, psychische und soziale Dimension der Lebensqualität Betroffener nach Möller et al. (2007) gezogen werden. 1978 wurde der *PSI* von Frischemuth und Kellner ins Deutsche übersetzt.

Die *Erickson S-scale* wurde 1969 von Erickson entworfen und umfasst 39 Items. 1974 wurde dieser Fragebogen unter dem Namen *S-24* von Andrews und Cutler veröffentlicht und umfasst nur 24 Items, die die Einstellungen bezüglich des allgemeinen Kommunikationsverhaltens des Stotternden erfragen. Der *S-24* misst die Ideen und die Einstellung gegenüber dem Sprechen, was nicht mit Vermeidungs- und Ankämpfverhalten verwechselt werden sollte (Andrews & Cutler, 1974). Hierbei wird die psychische und soziale Dimension der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) erfasst.

Die *Speech Situation Checklist (SSC)* wurde erstmalig von Brutten und Shoemaker 1974 veröffentlicht und 2003 von Brutten und Vanryckeghem modifiziert. In der *SSC* wird dem Umstand nachgegangen, wie der Stotternde 51 imaginäre Sprechsituationen empfindet. Somit werden die psychische, als auch die soziale Dimension der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) ermittelt. Der *SSC* besteht aus zwei Testunterteilen, wobei im ersten untersucht wird,

in welchem Maße der Betroffene die jeweiligen Situationen mit negativen Emotionen assoziiert. Die Bewertung erfolgt anhand einer Skala von eins bis fünf, in der eins *gar nicht* und fünf *sehr viel* bedeuten. Im zweiten Unterteil wird bestimmt, inwieweit die 51 Sprechsituationen mit gestörter Sprache assoziiert werden. Die Beurteilung erfolgt auch hier mit Hilfe der 5-Punkte-Skala (Brutten & Vanryckeghem, 2003). 1986 übersetzten Friedler und Standop die durch Brutten und Shoemaker veröffentlichte Version der *SSC* ins Deutsche.

Riley, Riley und Maguire entwickelten 2004 das *Subjective Screening of Stuttering (SSS)*. Das Screening besteht aus drei Bereichen, welche sich mit dem Stotterschweregrad, dem Grad der externen und internen Kontrollüberzeugung und der Vermeidung von Wörtern und Situationen befassen. Jeder Bereich setzt sich aus zwei oder drei Items zusammen, die auf einer Skala von eins bis neun in Bezug auf drei verschiedene Gesprächssituationen beurteilt werden müssen (Riley, Riley & Maguire, 2004). Auch hier lassen sich Rückschlüsse bezüglich der psychischen und sozialen Dimension der Lebensqualität Betroffener nach Möller et al. (2007) ziehen.

Der aktuellste Fragebogen, der im anglo-amerikanischen Raum derzeit zur Verfügung steht, ist der von Yaruss und Quesal 2004 veröffentlichte *OASES (Overall Assessment of the Speakers's Experiences of Stuttering)*, wobei die neueste Version des *OASES* im Jahre 2010 erschien (Yaruss & Quesal, 2010). Der *OASES* ist der einzige Fragebogen, der direkt auf der International Classification of Function, Disability and Health basiert und direkt zum Ziel hat, Lebensqualität stotternder Erwachsener zu messen (Yaruss et al., 2006). Er wurde 2007 von Metten, Rosenberg und Schulte unter dem Namen *EESE* (*Erfassung der Erfahrung von stotternden Erwachsenen*) ins Deutsche übersetzt und darüber hinaus 2008-2010 im Rahmen von zwei Bachelorarbeiten an der Hogeschool Zuyd in Heerlen auf die Verständlichkeit der Übersetzung hin (Schwambach & Taraschweski, 2009) bzw. hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften (Hoffmann & Schenke, 2010) untersucht.

Im *OASES* bzw. im *EESE* werden die Erfahrungen Betroffener bezüglich des Stotterns gemessen. Bei beiden Fragebögen ist ein Abschnitt vorhanden, der sich direkt auf die Lebensqualität Stotternder bezieht und den negativen Einfluss des Stotterns auf die Lebensqualität misst. Es wird bestimmt, inwieweit Stottern die kommunikative Zufriedenheit, alle Arten von Beziehungen, den Beruf und das allgemeine Gefühl von Wohlbefinden des Stotternden beeinflusst. Hierdurch ist dieser unmittelbar an alle drei Dimensionen der

Lebensqualität nach Möller et al. (2007) gekoppelt. Die übrigen Abschnitte erlauben nur indirekt Rückschlüsse bezüglich der Lebensqualität Betroffener.

Der *EESE* eignet sich im deutschsprachigen Raum derzeit am besten zur Bestimmung der Lebensqualität Stotternder, da er erstens aktueller als die Fragebögen *PSI* und *SSC* ist, zweitens der einzige ist, der unmittelbar die Lebensqualität misst und darüber hinaus allen psychometrischen Eigenschaften genügt und alle Dimensionen der Lebensqualität abdeckt.

3 Methode

3.1 Studiendesign

Die Studie wurde in Form einer quantitativen Datenanalyse im Design einer explorativen Studie durchgeführt, die der Hypothesengenerierung dient. Hierbei fand ausschließlich eine Untersuchung der Zusammenhänge der erworbenen Daten bezüglich demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren sowie der Lebensqualität stotternder Erwachsener statt, und keine Ursachenforschung.

3.2 Probandengruppe

Insgesamt nahmen an der vorliegenden Studie 71 deutsche stotternde Erwachsene teil. Beteiligen durften sich ausschließlich volljährige deutsche Muttersprachler, da ein Mindestalter von 18 Jahren aufgrund der Normierungswerte des *EESE* vorgegeben ist. Alle Studienteilnehmer wiesen eine reine Stottersymptomatik auf. Die Redeflussstörung Poltern sowie Poltern kombiniert mit Stottersymptomen galten als Ausschlusskriterien dieser Studie. Der Grund hierfür ist, dass Menschen, die an dieser Störung leiden, störungsbedingte Sprachverständnisschwächen aufweisen können. Analphabetismus und eine geistige Behinderung galten ebenfalls als Ausschlusskriterien. Die Probandengruppe umfasste zudem ausschließlich Teilnehmer, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht in einer Stottertherapiemaßnahme befanden. Folglich wurden von den insgesamt 88 rekrutierten Probanden 17 Probanden ausgeschlossen, da sie an einer Therapie teilnahmen.

Die im Folgenden aufgeführten demographischen Angaben charakterisieren die untersuchte Probandengruppe. Von den 71 Studienteilnehmern waren 80% männlich und 20% weiblich, was mit dem stotterspezifischen Geschlechterverhältnis innerhalb der Bevölkerung von 5:1 übereinkommt (Wendlandt, 2009) (Abb. 1).

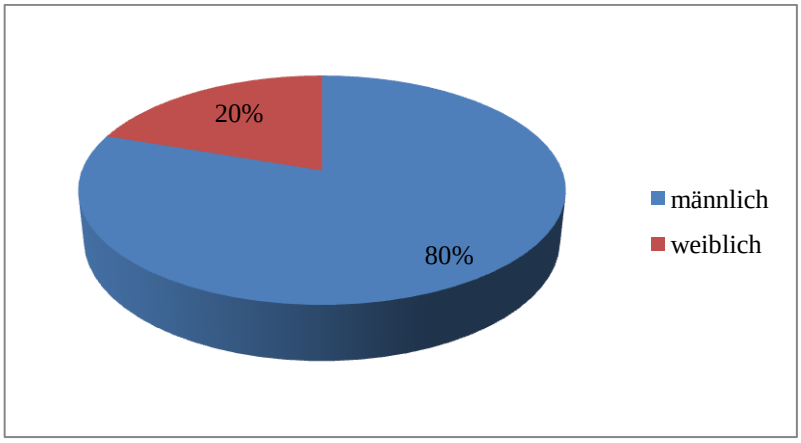

Abb. 1: Geschlechterverteilung innerhalb der Probandengruppe

Zudem waren die Teilnehmer der Studie zwischen 18 und 68 Jahren alt, bei einem Durchschnittsalter von 40 Jahren und einem Median von 37 Jahren. Durch die weite Altersspanne der Teilnehmer wurde eine hohe Repräsentativität der Studiengruppe gewährleistet. Nach der Einteilung der Probanden in sechs Altersgruppen stellte sich heraus, dass der größte Anteil der Probanden (29%) zwischen 30 und 39 Jahren alt war und sich der kleinste Anteil (10%) zwischen 50 und 59 Jahren befand (Abb. 2).

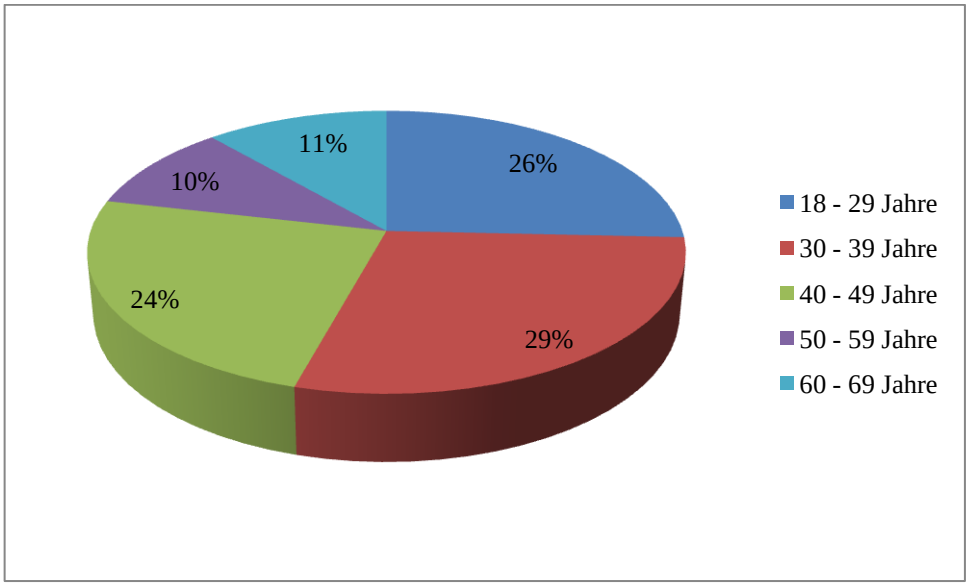

Abb. 2: Altersverteilung innerhalb der Probandengruppe

3.3 Durchführung

Die Rekrutierung der Probanden erfolgte sowohl über diverse Stotter-Selbsthilfegruppen in Deutschland, die Mitglieder des Ehemaligen Van-Riper-Treffens, die Mailingliste und das Forum der Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe (BVSS), den privaten Bekanntenkreis als auch über ausgewählte logopädische Praxen, die Kontakte zu in Therapie gewesenen Stotternden herstellen konnten. Die Studie wurde von den Selbsthilfegruppen Bielefeld, Bonn, Dortmund, Erlangen, Finnentrop, Frankfurt, Freiburg, Halle, Hannover, Ingolstadt, Köln, Lörrach, Lübeck, München, Münster, Passau, Regensburg, Ulm und Wiesbaden unterstützt, von denen insgesamt 38 Teilnehmer für die Studie gewonnen werden konnten. Von den Mitgliedern des Ehemaligen Van-Riper-Treffens konnten insgesamt 21 Probanden an der Studie teilnehmen. Zudem konnten acht Probanden über die Mailingliste und das Forum des BVSS rekrutiert werden. Im privaten Bekanntenkreis ließ sich lediglich ein Proband finden. Des Weiteren konnten durch die logopädische Praxis Dölle, Röhrs & Ezeh in Hamburg drei Probanden für die Studie gewonnen werden. Insgesamt kann die Probandengruppe aufgrund der breiten örtlichen Verteilung als repräsentative Stichprobe für den bundesdeutschen Raum angesehen werden.

Um den Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität stotternder Erwachsener zu messen, wurde jeder Proband gebeten, sowohl den *EESE* als auch den selbst entworfenen Fragebogen mit spezifischen Fragen bezüglich demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren (vgl. 7.1) auszufüllen. Das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte je nach Praktikabilität für den jeweiligen Probanden am PC oder durch handschriftliches Ausfüllen, wobei 52 der tatsächlich in die Studie aufgenommenen Probanden die Fragebögen am PC und 19 diese handschriftlich ausfüllten. Die Fragebögen wurden den Interessierten sowohl per Email, als auch per Post zugeschickt. Für alle Teilnehmer lag die gleiche schriftliche Anweisung zum korrekten Ausfüllen der Fragebögen vor (vgl. 7.1). Alle Teilnehmer konnten jederzeit Kontakt aufnehmen, um eventuelle Fragen zu klären. Zudem konnten die jeweiligen Teilnehmer bei Rückfragen kontaktiert werden.

3.4 Materialbeschreibung

In dieser Studie wurde der *EESE (Erfassung der Erfahrungen von stotternden Erwachsenen)* zur Bestimmung der Lebensqualität stotternder Erwachsener eingesetzt, da sich als Mittel zur

Erfassung der Lebensqualität aufgrund der subjektiven Einschätzung des Klienten besonders selbst ausgefüllte Fragebögen eignen (Schöffski, 2007). Zudem wurde ein selbst entwickelter Fragebogen mit spezifischen Fragen verwendet, um die demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren der Stotternden zu bestimmen (vgl. 7.1). Die beiden genannten Fragebögen wurden bewusst ausgewählt, um die Berechnung von Zusammenhängen zwischen demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener zu ermöglichen.

3.4.1 EESE (Erfassung der Erfahrungen von stotternden Erwachsenen)

Wie die amerikanische Originalfassung *OASES (Overall Assessment of the Speakers Experience of Stuttering)*, besteht auch der *EESE* aus 100 Fragen, die der Stotternde selbst lesen und beantworten soll. Das Beantworten der Fragen erfolgt anhand einer Likert-Skala von eins bis fünf, wobei ein Punkt bedeutet, dass der Stotternde die Frage positiv im Hinblick auf sein Stottern beantwortet und fünf Punkte eine negative Wertung darstellen. Fragen, die für den Stotternden keine Relevanz besitzen, brauchen nicht beantwortet und auch bei der anschließenden Auswertung nicht weiter berücksichtigt werden.

Die Fragen des *EESE* sind in vier Kategorien eingeteilt: Der erste Abschnitt *Allgemeine Informationen* umfasst 20 Fragen bezüglich des wahrgenommenen Redeflusses und der Natürlichkeit des Sprechens, des Wissens im Hinblick auf Stottern und Stottertherapie, sowie der allgemeinen Auffassung hinsichtlich Stottern. Der zweite Abschnitt *Ihre Reaktionen auf das Stottern* umfasst 30 Fragen, die sich auf die Gefühle, das Verhalten und die Gedanken des Stotternden beziehen. Der dritte Abschnitt *Kommunikation in täglichen Situationen* befasst sich mit dem Schwierigkeitsgrad, den ein Stotterer bezüglich der Kommunikation in allgemeinen Situationen, auf der Arbeit, in sozialen Situationen und zu Hause empfindet. Dieser Abschnitt umfasst 25 Fragen, wobei genauestens darauf geachtet werden sollte, dass der Stotternde explizit den Schwierigkeitsgrad der Kommunikation und nicht seinen Redefluss in den oben aufgeführten Situationen beurteilt (Yaruss et al., 2006). Der vierte Abschnitt *Lebensqualität* umfasst 25 Fragen hinsichtlich des Einflusses des Stotterns auf die Lebensqualität. Dabei wird die Auswirkung des Stotterns auf die kommunikative Zufriedenheit, alle Arten von Beziehungen, den Beruf und das allgemeine Gefühl von Wohlbefinden erfasst (Yaruss, 2010; Yaruss et al., 2006).

Bei der Auswertung des *EESE* wird jeder der vier Abschnitte einzeln bewertet. Hierzu werden zunächst die Punkte der angekreuzten Antworten pro Abschnitt addiert. Anschließend wird die Anzahl der beantworteten Fragen pro Abschnitt berechnet. Daraufhin wird die erhaltene Punktzahl pro Abschnitt durch die Anzahl der beantworteten Fragen dividiert, welches einen Wert ergibt, der pro Abschnitt den Beeinträchtigungsgrad (Impact Score) - das heißt, den Grad, inwieweit das Stottern beeinträchtigt - widerspiegelt. Dieser Beeinträchtigungsgrad kann zwischen 1,0 und 5,0 liegen (Abb. 3).

Wenn man den insgesamten Beeinträchtigungsgrad bestimmen möchte, müssen sowohl die erhaltenen Punkte pro Abschnitt, als auch die Anzahl der beantworteten Fragen pro Abschnitt addiert werden. Anschließend wird der so erhaltene Gesamtpunktwert durch die erhaltene Gesamtanzahl beantworteter Fragen dividiert. Der so erhaltene Gesamtwert kann ebenfalls zwischen 1,0 und 5,0 liegen und mit Hilfe der folgenden Tabelle dem dazugehörigen Beeinträchtigungsgrad zugeordnet werden (Abb. 3).

1,00-1,49	1,50-2,24	2,25-2,99	3,00-3,74	3,75-5,00
mild	mild/moderat	moderat	moderat/schwerwiegend	schwerwiegend

Abb. 3: Beeinträchtigungsgrad (Impact Score)

3.4.2 Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren

Im ersten Schritt der Entwicklung des ergänzenden Fragebogens wurde der Frage nachgegangen, welche demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren einen Einfluss auf die Lebensqualität stotternder Erwachsener haben könnten und somit wichtig zu erfassen seien. Die Auswahl erfolgte hierbei auf der Basis eigener therapeutischer Erfahrungen. Um die Verständlichkeit und Eindeutigkeit des Fragebogens zu testen, wurde dieser von Freunden und Bekannten ausgefüllt und anschließend bewertet. Aufgrund der erhaltenen Ergebnisse wurde der Fragebogen noch einige Male sowohl inhaltlich als auch formal angepasst. Die Endversion des Fragebogens (vgl. 7.1) umfasst 19 Fragen, wobei fünf Fragen aus weiteren Unterfragen bestehen. Von den insgesamt 19 Fragen erfassen acht Fragen demographische und die restlichen elf Fragen stottertherapiebezogene Faktoren. Bei sieben Fragen sind bereits Antwortmöglichkeiten gegeben, so dass beim Ausfüllen lediglich eine der vorgegebenen Möglichkeiten angekreuzt werden muss. Bei vier Fragen sind ausschließlich

frei formulierte Antworten gefordert und bei weiteren acht Fragen eine Kombination aus frei formulierten und vorgegebenen Antworten. Zudem sind bei fünf Fragen Mehrfachantworten zugelassen, was explizit im Fragebogen vermerkt ist.

Inhaltlich werden in den ersten acht Fragen des ergänzenden Fragebogens demographische Angaben wie Alter und Geschlecht ermittelt. Zudem wird nach dem Familienstand gefragt, wobei die Probanden angeben sollen, ob sie ledig, verheiratet oder geschieden sind. Des Weiteren wird erfragt, ob sie Kinder haben, und wenn dies der Fall ist, wie viele und in welchem Alter sich die Kinder befinden. Zusätzlich soll angegeben werden, welchen Bildungsabschluss die Teilnehmer derzeit vorweisen können (z.B. Hauptschulabschluss oder (Fach-)Hochschulstudium). Falls keine der oben genannten Antwortmöglichkeiten auf die Probanden zutrifft, können sie dies mit dem Ankreuzen der Auswahlmöglichkeit *Sonstiges* kenntlich machen und schriftlich erläutern, was auf sie zutrifft. Mithilfe der letzten Frage wird erfasst, ob die Teilnehmer zurzeit berufstätig sind. Wenn Sie berufsstätig sind, können sie zusätzlich angeben, welchen Beruf sie ausüben. Sind sie zurzeit nicht berufstätig, sollen sie den Grund hierfür angeben.

In den elf Fragen, die die stottertherapiebezogenen Faktoren erfassen, wird zunächst erfragt, ob sich der Proband zurzeit in Therapie befindet. Befindet er sich zurzeit nicht in Therapie, wird erfasst, ob er jemals eine Therapie bezüglich des Stotterns erhalten hat. Nur wenn dies der Fall ist, kann der Proband in den folgenden Fragen genauere Angaben zu der bzw. den absolvierten Stottertherapie(n) machen. Hierbei wird inventarisiert, wie viele vollständige Therapien absolviert wurden (eine bis mehr als fünf), wie viele Therapiestunden insgesamt erhalten wurden (mehr als 20 bis mehr als 100), in welchem Alter der Proband eine oder mehrere Therapien erhalten hat (z.B. Kindesalter) und wie lange die zuletzt erhaltene Therapie zurückliegt (ein Monat bis mehr als vier Jahre). Anschließend wird erfragt, welche Therapiemethoden in der Therapie bzw. den Therapien angewandt wurden. Antwortmöglichkeiten sind hier *Fluency Shaping, Stuttering Modification, Fluency Shaping kombiniert mit Stuttering Modification, Sonstige* oder *nicht bekannt*. In den darauffolgenden zwei Fragen wird nach der zuletzt erhaltenen Therapiemethode gefragt. Zunächst bekommt der Proband die Möglichkeit, die zuletzt angewandte Therapiemethode in eigenen Worten zu beschreiben, um anschließend anzugeben, ob er diese als hilfreich empfunden hat. Wenn er die Therapiemethode als hilfreich empfunden hat, soll er ebenfalls berichten, bezüglich welcher Bereiche sich diese als hilfreich erwies. Hat der Proband mehr als eine Therapie

erhalten, soll er zudem angeben, ob er eine der zuvor erhaltenen Therapiemethoden als hilfreich empfunden hat und welche Therapiemethoden ausgeführt wurden, wobei die auszuwählenden Therapiemethoden den bereits oben genannten entsprechen. Sollte einer der zuvor erhaltenen Therapiemethoden als hilfreich empfunden worden sein, soll erneut berichtet werden, bezüglich welcher Bereiche sie sich als hilfreich erwies. Die letzte Frage ermittelt, ob sich eine erhaltene Therapiemethode positiv auf die Lebensqualität des Probanden ausgewirkt hat und wenn ja, welche dies war. Zudem soll der Proband beschreiben, inwiefern sich die Lebensqualität durch die Therapiemethode positiv verändert hat.

Durch die Konstellation der gestellten Fragen ergibt sich eine indirekte Kontrolle der Richtigkeit der durch den Probanden getätigten Angaben, die anhand eines Beispiels im Folgenden erläutert wird. Die Antwort auf die Frage, wie viele abgeschlossene Therapien der Proband erhalten hat, muss mit der Summe der Anzahl der im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter erhaltenen Therapien übereinstimmen, die in einer weiteren Frage ermittelt wird. Diese indirekte Kontrolle besteht auch hinsichtlich der angewandten Therapiemethoden, da auch hier die Ergebnisse der gestellten Fragen sich indirekt zur Kontrolle eignen. Mit Hilfe dieser Kontrollmöglichkeiten wurden ebenfalls einzelne Fragen bestimmter Probanden ausgeschlossen.

3.5 Datenanalyse

Um die Korrelation zwischen demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener zu ermitteln, wurde das Statistik-Programm *IBM SPSS Statistics 20* (International Business Machines Corporation, 2011) verwendet.

Zunächst wurde eine Tabelle erstellt, in der pro Variable alle erhaltenen Daten sowie das jeweilige Datenniveau und die Wertelabels zusammengetragen wurden. Mit Hilfe dieser Tabelle wurden zunächst deskriptive Daten wie Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte, Mediane, Standardabweichungen sowie das Minimum als auch das Maximum ermittelt. Zudem wurden für zehn ordinal- und neun intervallskalierte Daten die Korrelationen zwischen den demographischen und stottertherapiebezogenen Daten und der Lebensqualität errechnet. Für die intervallskalierten Daten wurde der Korrelationskoeffizient nach *Pearson* und für die ordinalskalierten Daten der Korrelationskoeffizient nach *Spearman* herangezogen.

Aufgrund dessen, dass Korrelationen für nominalskalierte Daten nicht berechnet werden können, wurden diese insgesamt 14 Daten über prozentuale Häufigkeiten ausgewertet. Die frei formulierten Antworten wurden zudem separat und individuell anhand eines erstellten Antwort-Rasters ausgewertet. Alle Korrelationen bezüglich der Lebensqualität wurden innerhalb dieser Studie unabhängig vom Messniveau mithilfe des Wertes berechnet, der sich aus dem vierten Abschnitt des *EESE* ergibt, da dieser sich explizit auf die Lebensqualität bezieht und zudem mit dem Gesamtwert des *EESE* korreliert (r= .931, p= .0).

4 Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst die allgemeine Lebensqualität der Probandengruppe dargestellt. Darauffolgend werden die Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs demographischer Faktoren und der Lebensqualität erläutert, wobei jeweils pro demographischem Faktor zuerst die deskriptiven und anschließend die korrelativen Ergebnisse veranschaulicht werden. Der Zusammenhang zwischen stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität wird auf dieselbe Art und Weise dargestellt. Was die korrelativen Ergebnisse betrifft, werden aufgrund der Datenmenge ausschließlich statistisch signifikante Korrelationsdaten berichtet; alle weiteren Korrelationsdaten können im Anhang aufgesucht werden (vgl. 7.2).

4.1 Allgemeine Lebensqualität

Hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität innerhalb der Probandengruppe zeigte sich eine heterogene Verteilung (Abb. 4).

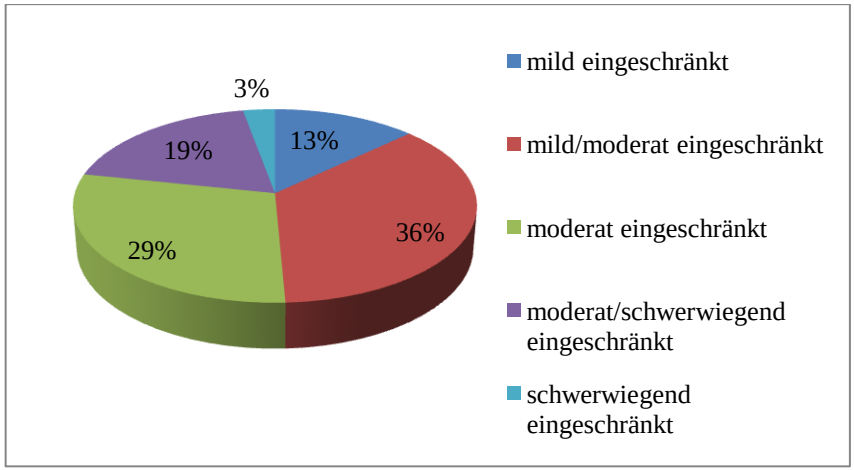

Abb. 4: Allgemeine Beeinträchtigung der Lebensqualität innerhalb der Probandengruppe, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Ungefähr die Hälfte der Probanden (49%) wies eine mild und mild/moderat eingeschränkte Lebensqualität auf, während die andere Hälfte (51%) eine moderate bis schwerwiegende Beeinträchtigung erfuhr. Aus dieser Häufigkeitsverteilung zeigte sich also eine hohe Diversität bezüglich der vorhandenen Beeinträchtigungsgrade der Lebensqualität. Aus diesem

Grund wurde nach weiteren Faktoren gesucht, die neben dem Stottern die Lebensqualität beeinflussen. Diese werden im Folgenden dargestellt.

4.2 Zusammenhänge zwischen demographischen Faktoren und Lebensqualität

Innerhalb der Probandengruppe zeigten sich bezüglich der privaten und beruflichen Lebenssituation deutliche Unterschiede. Die Aspekte, die jeweils die private und berufliche Lebenssituation der Probanden ausmachten, werden im Folgenden mit dem Aspekt Lebensqualität in Zusammenhang gebracht und dargestellt.

4.2.1 Geschlecht

Die Prüfung auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebensqualität anhand eines T-Tests ergab keinen signifikanten Unterschied (p= .569, α= .05). Dies bedeutet, dass Männer in ihrer Lebensqualität insgesamt nicht mehr oder weniger eingeschränkt waren als Frauen.
Jedoch zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf die unterschiedlichen Abstufungen der Lebensqualität (Abb. 5).

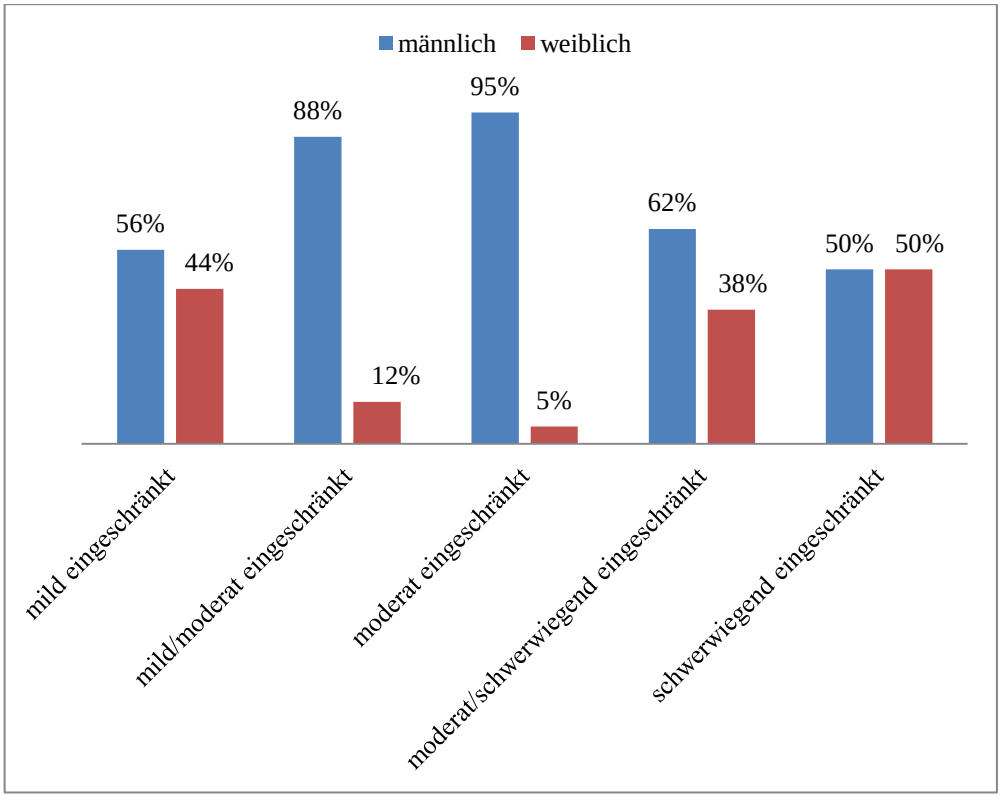

Abb. 5: Geschlechterverteilung pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Prozentual wiesen mehr männliche als weibliche Probanden eine milde bis moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität auf. Der Unterschied bezüglich der Geschlechter zeigte sich vor allem bei einer mild/moderat und moderat eingeschränkten Lebensqualität. Bei einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität war die prozentuale Geschlechterverteilung ausgeglichen.

4.2.2 Alter

Die Studienergebnisse bezüglich des Alters und der Lebensqualität ergaben eine signifikant negative Korrelation mit einem Korrelationskoeffizienten von r= -.246 bei einem p-Wert von .044, womit ein hohes Alter eher mit einer milder eingeschränkten bzw. ein junges Alter mit einer schwerwiegender eingeschränkten Lebensqualität korrelierte. Bezog man zusätzlich den Faktor Geschlecht in die statistische Analyse mit ein, ergab sich lediglich beim weiblichen Geschlecht eine signifikant negative Korrelation von r= -.685 (p= .007). In der vorhandenen Stichprobe ging somit beim weiblichen Geschlecht ein hohes Alter eher mit einer milder eingeschränkten Lebensqualität bzw. ein junges Alter mit einer schwerwiegender eingeschränkten Lebensqualität einher. Im Gegensatz dazu konnte für das männliche Geschlecht keine Korrelation zwischen dem Alter und der Lebensqualität nachgewiesen werden (r= -.131, p= .346).

4.2.3 Familienstand

Der Familienstand der Teilnehmer war mit 56% durch einen recht hohen Anteil an ledigen Probanden charakterisiert, während weniger als die Hälfte (41%) der Probanden verheiratet waren und 3% in Scheidung lebten. Ein T-Test bezüglich Unterschieden in der Lebensqualität verheirateter versus lediger Probanden zeigte zunächst keine signifikanten Unterschiede (p= .234, α= .05). Bezogen auf die unterschiedlichen Abstufungen konnten jedoch erneut Zusammenhänge zwischen dem Familienstand und der Lebensqualität gefunden werden.

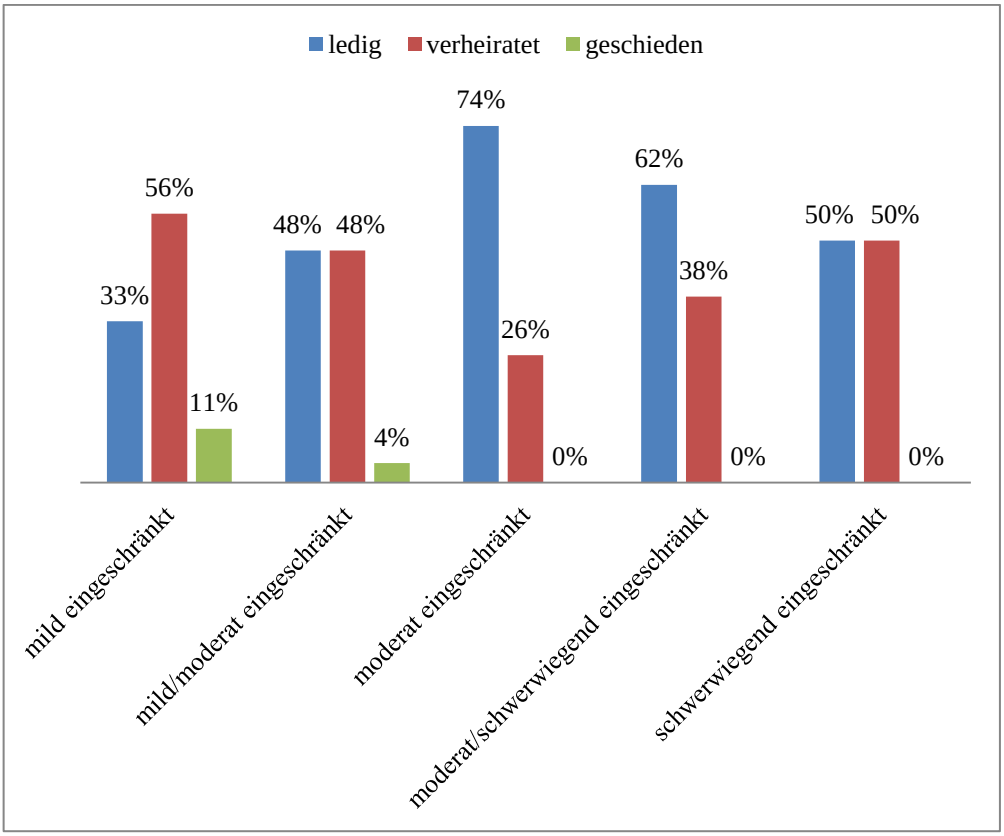

Abb. 6: Verteilung der Probanden bezüglich des Familienstandes pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Auffallend war, dass mehr ledige als verheiratete stotternde Erwachsene eine moderate bis moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität erfuhren. Bei einer milden Beeinträchtigung der Lebensqualität war das Verhältnis umgekehrt, da mehr verheiratete stotternde Erwachsene eine mild eingeschränkte Lebensqualität aufwiesen. Das Verhältnis von ledigen und verheirateten stotternden Erwachsenen war bei einer mild/moderaten und einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität ausgeglichen. Geschiedene stotternde Erwachsene erfuhren ausschließlich eine milde bis mild/moderate Beeinträchtigung der Lebensqualität (Abb. 6).

4.2.4 An- bzw. Abwesenheit von Kindern

Mehr als ein Drittel der Studienteilnehmer (39%) besaßen Kinder, wobei die durchschnittliche Anzahl an Kindern bei zwei und die maximale Anzahl an Kindern bei vier lag. Ein T-Test für unabhängige Stichproben ergab, dass die Probanden mit Kindern einen signifikant niedrigeren

Impact-Score und somit eine eher geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität aufwiesen als die Probanden ohne Kinder (p= .038, α= .05).

Ebenfalls konnten bezogen auf die unterschiedlichen Abstufungen Zusammenhänge zwischen der An- bzw. Abwesenheit von Kindern und der Lebensqualität gefunden werden (Abb. 7).

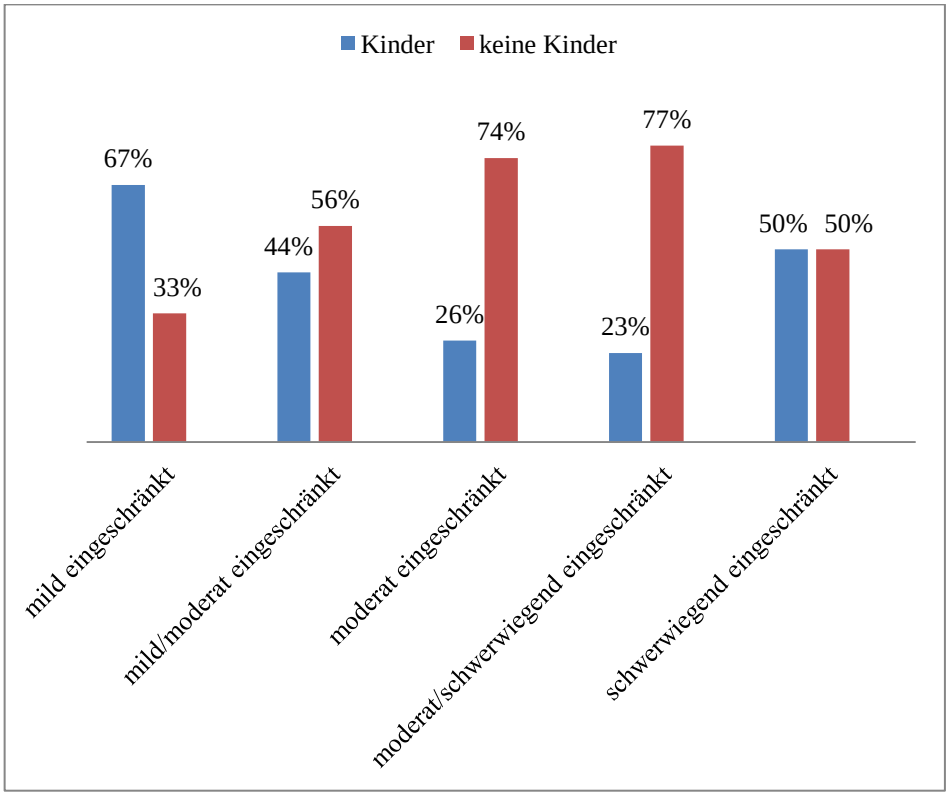

Abb. 7: Verteilung der Probanden bezüglich der An- bzw. Abwesenheit von Kindern pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Mehr stotternde Erwachsene, die keine Kinder haben, wiesen eine mild/moderate bis moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität auf. Der Unterschied zwischen der An- bzw. Abwesenheit von Kindern war bei einer moderaten und moderat/schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität am größten. Eine milde Beeinträchtigung erfuhren mehr stotternde Erwachsene mit Kindern, wohingegen die An- bzw. Abwesenheit von Kindern bei einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität keine Rolle spielte.

Es konnten jedoch keine Zusammenhänge zwischen der Anzahl an Kindern und der Lebensqualität hergestellt werden (vgl. 7.2).

4.2.5 Bildungsabschluss

Bezüglich des Bildungsabschlusses zeigte sich eine hohe Diversität innerhalb der Probandengruppe (Abb. 8).

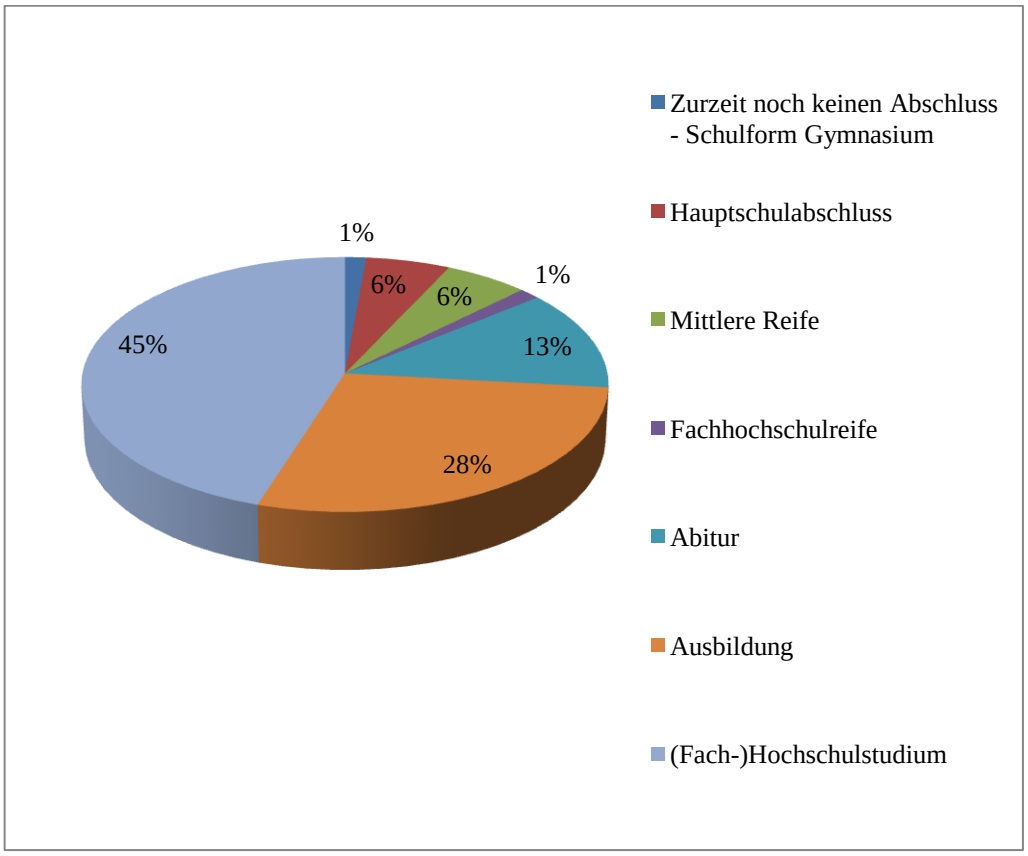

Abb. 8: Erworbener Bildungsabschluss innerhalb der Probandengruppe

Die meisten Studienteilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Datenerhebung ein (Fach-) Hochschulstudium abgeschlossen (45%), was gleichzeitig auch den höchsten erworbenen Abschluss innerhalb der Gruppe darstellte. Circa ein Drittel der Probanden (28%) hatte eine Ausbildung abgeschlossen, während 26% nur einen Schulabschluss vorweisen konnten.

1% der Teilnehmer besuchte zum Zeitpunkt der Datenerhebung das Gymnasium, während niemand einen Abschluss an der Haupt-, Real- oder Gesamtschule anstrebte. Beim Vergleich der Verteilung hinsichtlich des erworbenen Bildungsabschlusses mit der Altersverteilung (vgl. 3.2, Abb. 2) fiel auf, dass die Verteilung der Bildungsabschlüsse dem Alter der Probanden entsprach und somit keine Auffälligkeiten auftraten.

Es konnten jedoch keine Zusammenhänge zwischen dem Bildungsabschluss und der Lebensqualität hergestellt werden (vgl. 7.2).

4.2.6 Berufstätigkeit

Zudem war die Verteilung bezüglich einer vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Berufstätigkeit sehr divers.

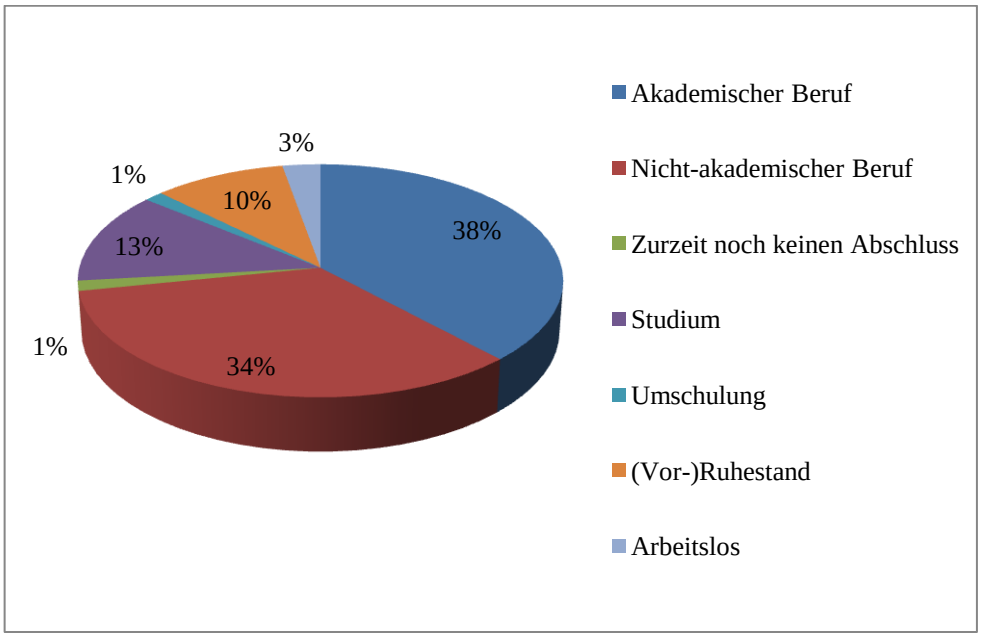

Abb. 9: Berufsstätigkeit innerhalb der Probandengruppe

72% der Studienteilnehmer waren berufsstätig, wohingegen die restlichen 28% zum Zeitpunkt der Datenerhebung keinen Beruf ausübten. Von den 28% waren lediglich 3% arbeitslos, die das eigene Stottern als Grund für die Arbeitslosigkeit angaben. Der größte Anteil der berufstätigen Studienteilnehmer übte einen akademischen Beruf aus (38%), wobei sich der Großteil der nicht berufstätigen Studienteilnehmer im Studium (13%) bzw. im (Vor-)Ruhestand (10%) befand (Abb. 9). Grundsätzlich ergab ein T-Test keinen signifikanten Unterschied zwischen berufstätigen und nicht-berufstätigen Probanden bezüglich der Lebensqualität (p= .146, α= .05).

Bezogen auf die unterschiedlichen Abstufungen konnten jedoch Zusammenhänge zwischen der Berufstätigkeit und der Lebensqualität gefunden werden.

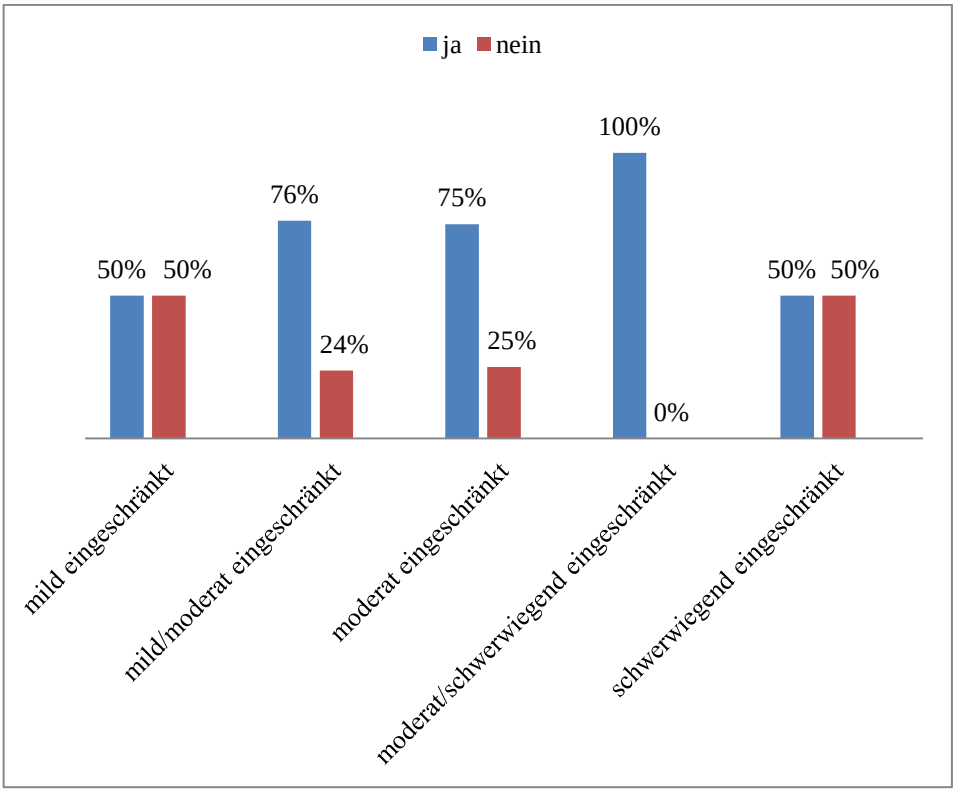

Abb. 10: Verteilung der Probanden bezüglich einer vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Berufstätigkeit pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Bei einer milden bzw. schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität ist die Verteilung hinsichtlich einer vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Berufsstätigkeit ausgeglichen. Jedoch überwiegt der Anteil von Berufstätigen bei einer mild/moderaten bis moderat/schwerwiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität, wobei niemand der nicht Berufstätigen eine moderat/schwerwiegende Lebensqualität empfand. Insgesamt gilt jedoch zu beachten, dass zu den nicht Berufstätigen auch die Probanden gehören, die sich in einer Ausbildung bzw. einem Studium oder im (Vor-)Ruhestand befanden (Abb. 10). Die Probanden, die sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Arbeitslosigkeit befanden, wiesen ausschließlich eine moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität auf.

4.3 Zusammenhänge zwischen stottertherapiebezogenen Faktoren und Lebensqualität

Innerhalb der Probandengruppe zeigten sich ebenfalls bezüglich der stottertherapiebezogenen Lebenssituation deutliche Unterschiede. Die Aspekte, die die stottertherapiebezogene Lebenssituation der Probanden ausmachten, werden im Folgenden mit dem Aspekt Lebensqualität in Zusammenhang gebracht und dargestellt.

4.3.1 Absolvierung einer Stottertherapie

Fast alle Studienteilnehmer (97%) haben im Verlauf ihres Lebens eine Therapie bezüglich ihres Stotterns absolviert. Die restlichen 3% der Studienteilnehmer erhielten noch nie eine Stottertherapie.

Zudem ließen sich bezüglich der Angabe, ob jemals eine Stottertherapie erhalten wurde, und der Lebensqualität Zusammenhänge feststellen (Abb. 11).

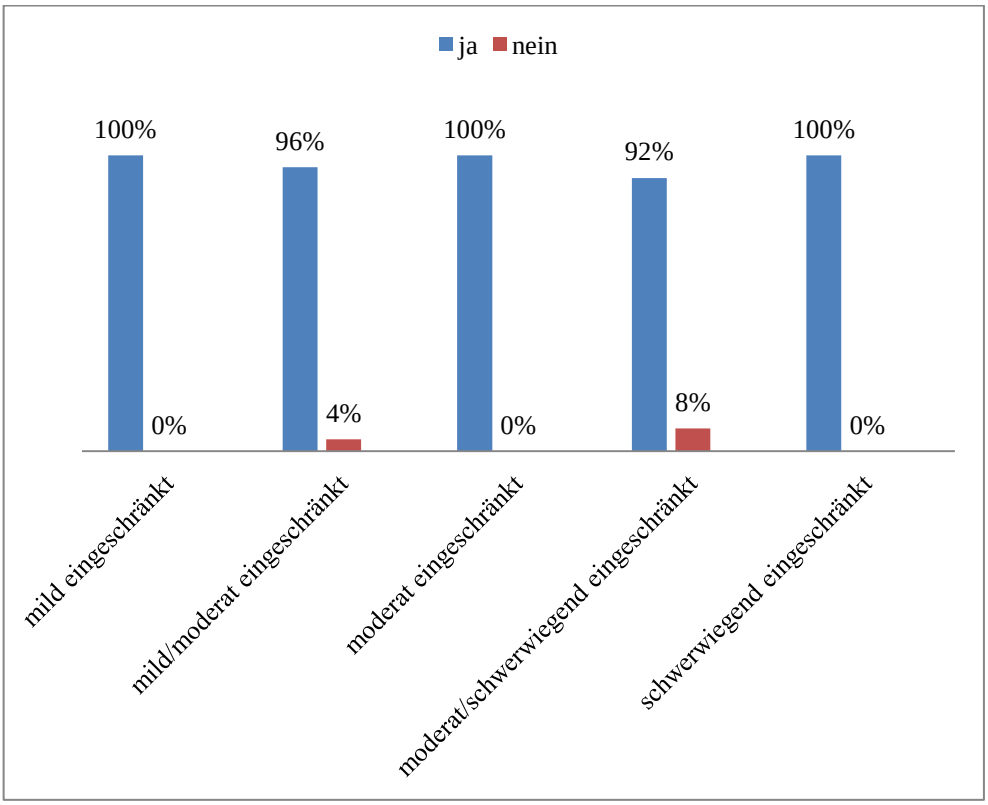

Abb. 11: Verteilung der Probanden bezüglich der Absolvierung einer Stottertherapie pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Die Anzahl der Probanden, die jemals eine Stottertherapie erhielten, verteilte sich relativ gleichmäßig über alle fünf Beeinträchtigungsgrade der Lebensqualität. Dies zeigt, dass auch bei absolvierter Stottertherapie die Lebensqualität kaum bis sehr schwerwiegend beeinträchtigt sein kann.

4.3.2 Anzahl an abgeschlossenen Therapien und Therapiestunden

Obwohl fast alle Probanden jemals eine Therapie erhalten hatten, variierte die Anzahl an abgeschlossenen Therapien und Therapiestunden innerhalb der Probandengruppe stark.

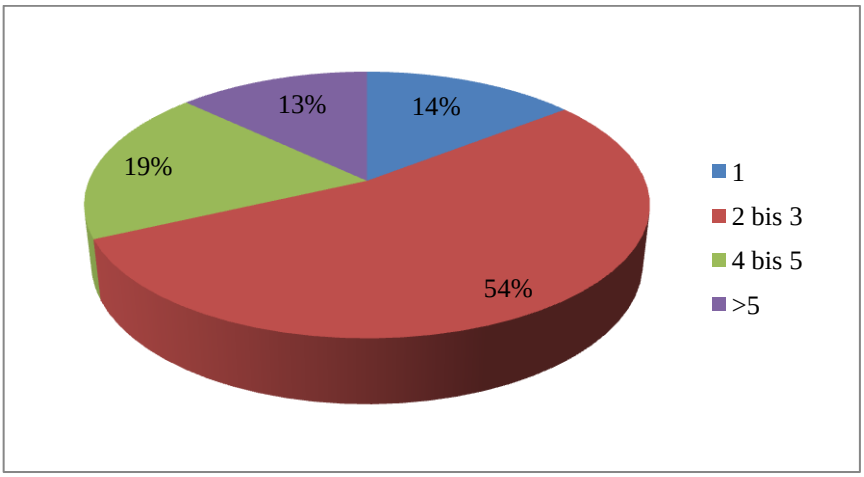

Abb. 12: Anzahl an abgeschlossenen Therapien innerhalb der Probandengruppe

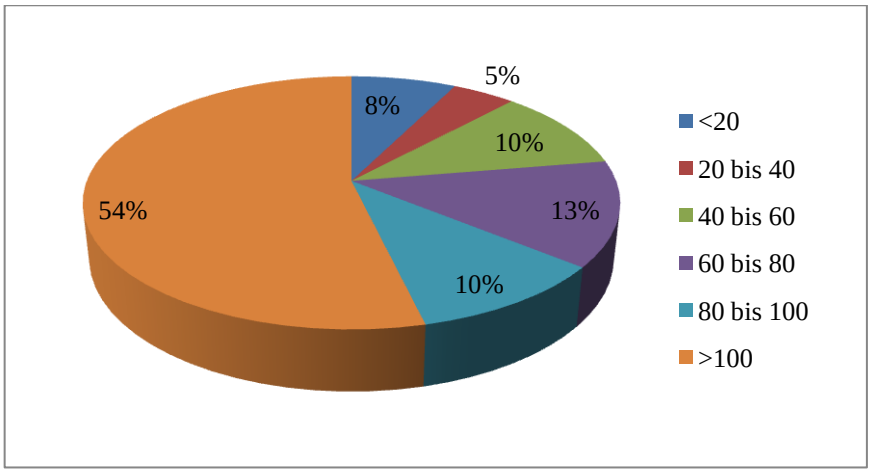

Abb. 13: Anzahl an erhaltenen Therapiestunden innerhalb der Probandengruppe

Mit mehr als der Hälfte (54%) erhielten die meisten Studienteilnehmer zwei bis drei Stottertherapien und mehr als 100 Therapiestunden (Abb. 12, Abb. 13). Weitere 32% der

Probanden absolvierten vier und mehr Therapien, während lediglich 14% bislang nur eine Stottertherapie in Anspruch genommen haben.

Insgesamt betrachtet waren die Stottertherapien innerhalb der Probandengruppe relativ gleichmäßig auf die verschiedenen Altersstufen verteilt. So erhielten 27% der Probanden Therapien im Kindesalter, 30% Stottertherapien im Jugendalter und 43% im Erwachsenenalter. In allen Altersstufen wurde durchschnittlich eine Therapie absolviert. Im Kindes- und Jugendalter erhielten die Probanden maximal vier und im Erwachsenenalter maximal fünf Stottertherapien.

Es konnten jedoch keine Zusammenhänge zwischen der Anzahl an abgeschlossenen Therapien und Therapiestunden sowie dem Alter bei Erhalt der Therapie(n) und der Lebensqualität hergestellt werden (vgl. 7.2).

4.3.3 Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie

Innerhalb der Probandengruppe zeigte sich eine hohe Vielfalt bezüglich des Abstandes zur zuletzt erhaltenen Therapie (Abb. 14).

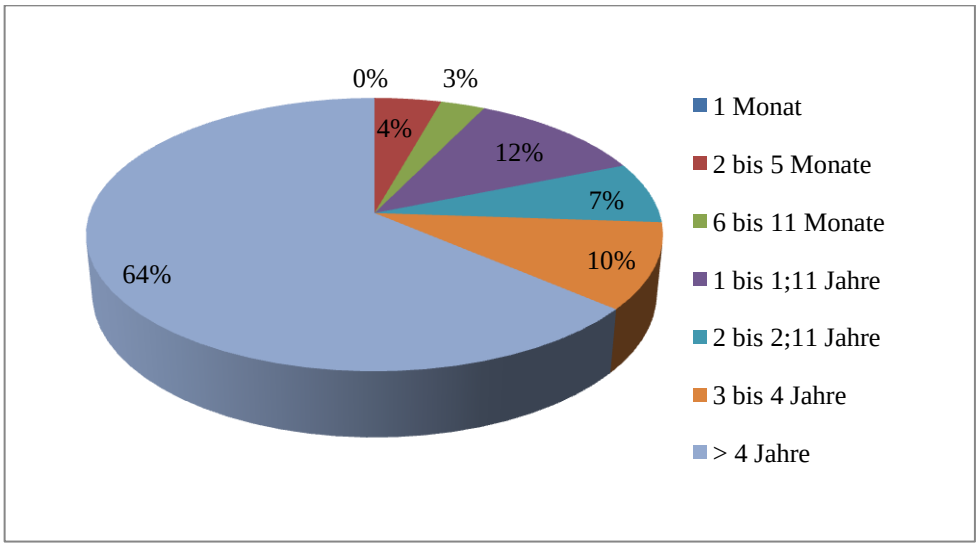

Abb. 14: Verteilung der Probandengruppe hinsichtlich des Abstandes zur zuletzt erhaltenen Therapie

Der Großteil der Probanden (64%) gab einen Abstand von mehr als vier Jahren zur zuletzt erhaltenen Therapie an, wohingegen die restlichen 36% von einem Abstand von unter vier Jahren berichteten. Zudem konnte eine signifikant negative Korrelation zwischen dem zeitlichen Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie und der Lebensqualität festgestellt werden

(*r*= -.245, *p*= .046). Das bedeutet, dass ein großer zeitlicher Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie mit einer milder eingeschränkten Lebensqualität bzw. ein geringer zeitlicher Abstand mit einer schwerwiegender eingeschränkten Lebensqualität korrelierte. Bezog man zusätzlich den Faktor Geschlecht in die statistische Analyse mit ein, ergab sich lediglich beim weiblichen Geschlecht eine signifikant negative Korrelation von *r*= -.742 (*p*= .002). In der vorhandenen Stichprobe korrelierte somit beim weiblichen Geschlecht ein großer zeitlicher Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie mit einer geringeren Lebensqualität und andersherum. Im Gegensatz dazu konnte für das männliche Geschlecht diesbezüglich keine Korrelation nachgewiesen werden (*r*= -.047, *p*= .740).

4.3.4 Insgesamt erhaltene Therapiemethoden

Nicht nur die Anzahl an erhaltenen Therapien, sondern auch die Therapiemethoden, die die Probanden im Laufe ihres Lebens absolvierten, unterschieden sich innerhalb der Probandengruppe deutlich (Abb. 15).

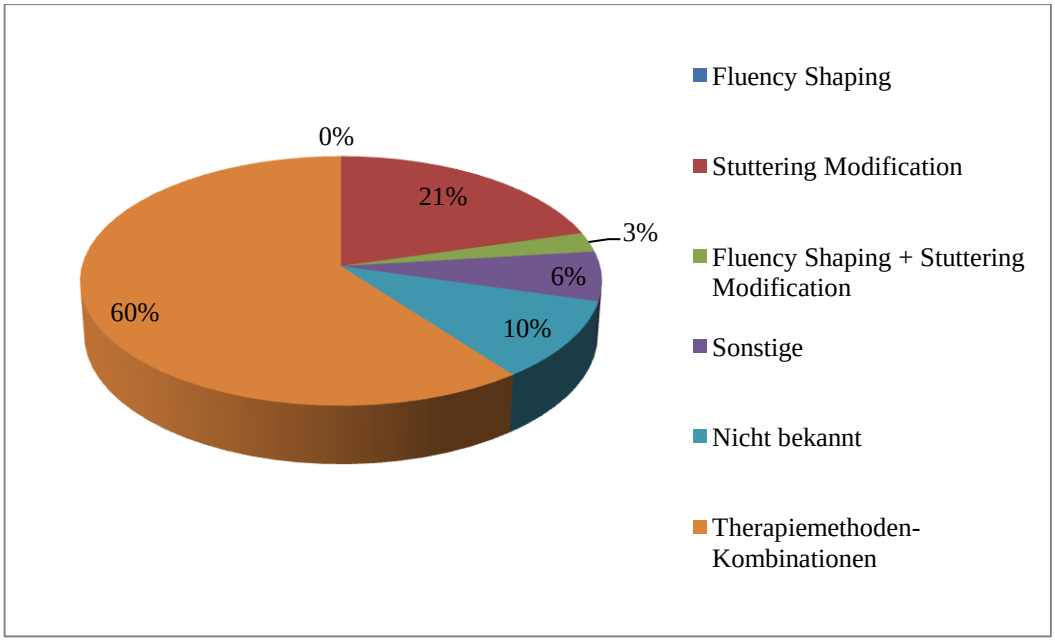

Abb. 15: Erhaltene Therapiemethoden bei bereits absolvierten Stottertherapien innerhalb der Probandengruppe

21% der Studienteilnehmer erhielten innerhalb ihres gesamten Lebens ausschließlich eine *Stuttering Modification*-Therapie, wohingegen keiner der Probanden ausschließlich eine *Fluency Shaping*-Therapie absolvierte. Des Weiteren berichteten 3%, ausschließlich

Kombinationstherapien dieser beiden Hauptrichtungen erhalten zu haben. Ausschließlich eine sonstige Therapiemethode erhielten lediglich 6% der Probanden. Dies sind Therapiemethoden, die von dem Probanden den vorgegebenen Therapiemethoden nicht zuzuordnen, jedoch näher zu bestimmen waren. Sie beinhalteten größtenteils Psychotherapie, Hypnose, Individualpsychologie, die Hausdörfer-Methode und verschiedene Atemtechniken. Lediglich 10% gaben an, ausschließlich eine ihnen nicht bekannte Therapiemethode erhalten zu haben. Hierbei handelt es sich um Therapiemethoden, die von dem Probanden den vorgegebenen Therapiemethoden nicht zuzuordnen und nicht näher zu benennen waren. Fast zwei Drittel der Probanden (60%) hatten im Laufe ihres Lebens unterschiedliche Therapiemethoden erhalten. Diese werden unter dem Begriff *Therapiemethoden-Kombinationen* zusammengefasst und setzen sich aus den Komponenten *Fluency Shaping*, *Stuttering Modification*, *Fluency Shaping kombiniert mit Stuttering Modification*, *Sonstige* und *Nicht bekannt* zusammen.

4.3.5 Zuletzt erhaltene Therapiemethode

Hinsichtlich der zuletzt erhaltenen Therapiemethode spaltete sich die Probandengruppe in zwei Gruppen. Die eine Gruppe empfand die zuletzt erhaltene Therapiemethode als hilfreich (83%), wohingegen die andere Gruppe diese als nicht hilfreich empfand (17%).

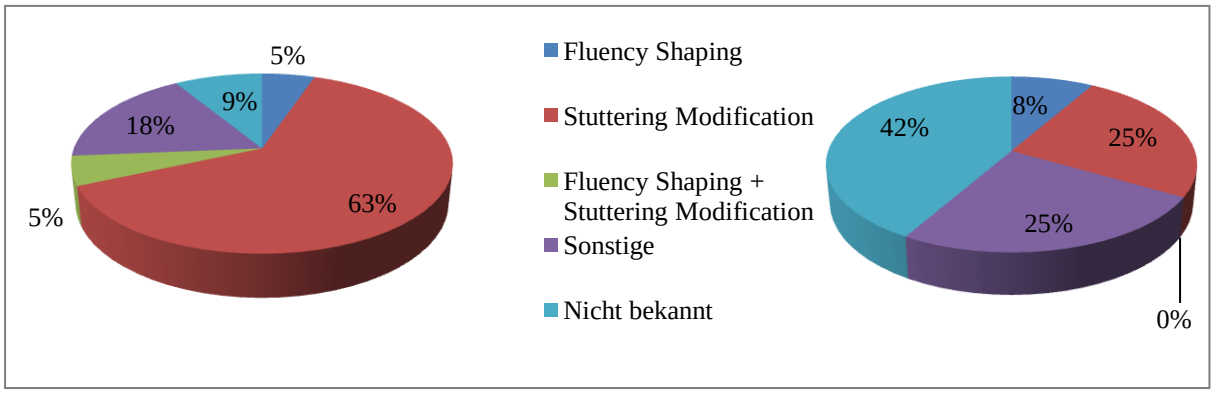

Abb. 16: Verteilung der Probandengruppe hinsichtlich der zuletzt erhaltenen Therapiemethode, die als hilfreich (links) bzw. als nicht hilfreich (rechts) empfunden wurde

Deutlich mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer (63%), die die zuletzt erhaltene Therapiemethode als hilfreich empfanden, erhielten *Stuttering Modification*. Im Gegensatz hierzu gaben lediglich 25% an, diese als nicht hilfreich empfunden zu haben.

Fluency Shaping wurde ähnlich häufig als hilfreich (5%) bzw. nicht hilfreich (8%) angesehen. Kombinationstherapien dieser beiden Hauptrichtungen wurden ausschließlich als hilfreich empfunden, machten jedoch nur einen kleinen Teil aus (5%). Sonstige Therapiemethoden wurden ähnlich häufig als hilfreich (18%) bzw. nicht hilfreich (25%) erfahren, wobei Verhaltenstherapie, Individualpsychologie, verschiedene Atemtechniken und Entspannungsübungen am häufigsten genannt wurden. Als Bereiche, hinsichtlich derer sich die zuletzt erhaltene Therapie als hilfreich erwies, gaben die meisten Probanden Selbstbewusstsein, verminderten Kontrollverlust, verminderte Angst, verbesserte Kommunikation und Sprecherfolge an. Die Mehrzahl der Probanden (42%) nannte eine ihnen nicht bekannte Therapiemethode, als zuletzt erhaltene nicht hilfreich empfundene Therapiemethode. Lediglich 9% der Probanden empfanden diese Therapiemethode als hilfreich (Abb. 16).
Zudem ließen sich bezüglich der zuletzt erhaltenen Therapiemethode und der Lebensqualität Zusammenhänge feststellen (Abb. 17).

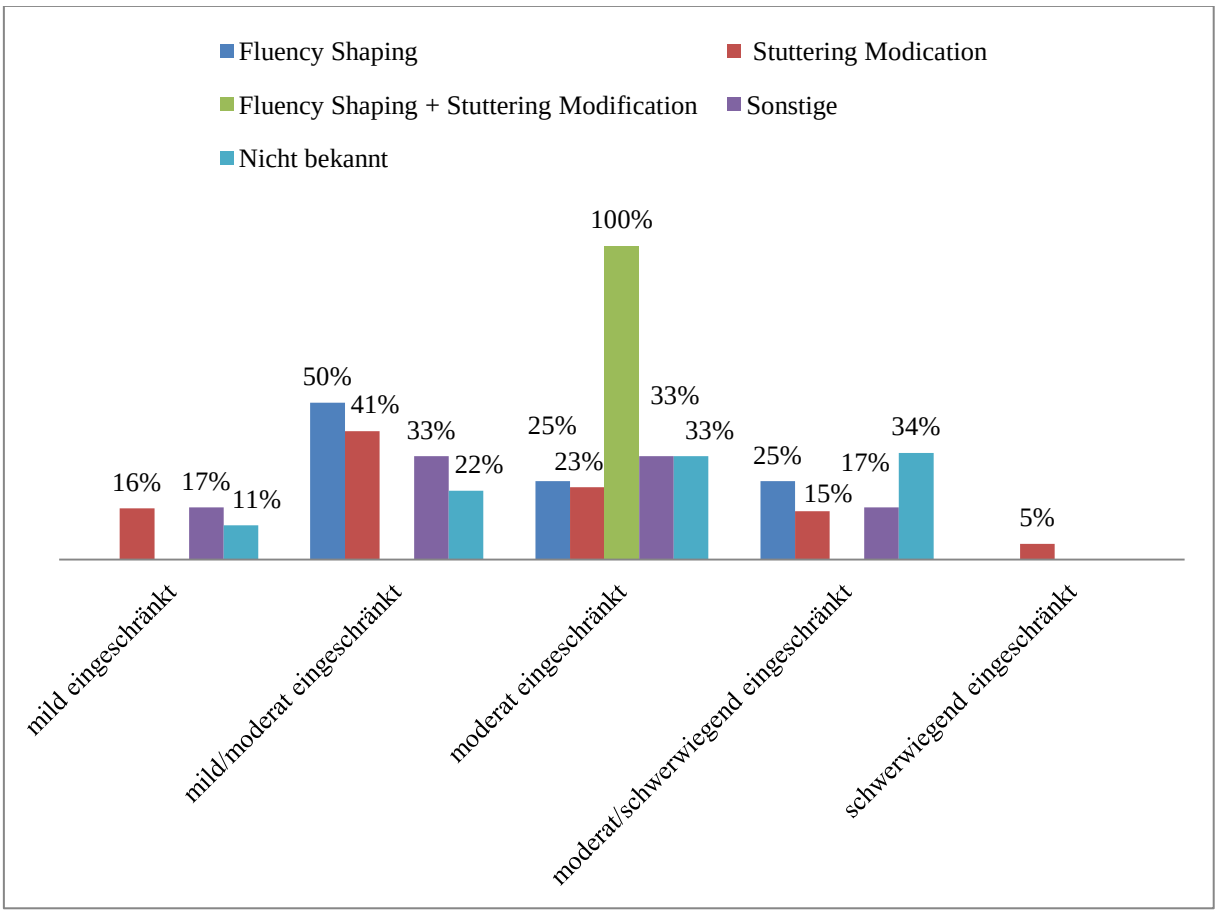

Abb. 17: Verteilung der Probanden bezüglich der zuletzt erhaltenen Therapiemethode pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

So ist eine Verbindung zwischen *Stuttering Modification* und dem Beeinträchtigungsgrad der Lebensqualität erkennbar. Mit 57% gaben mehr als die Hälfte der Probanden an, eine milde (16%) bzw. mild/moderate (41%) und somit eine geringe Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erleiden, wohingegen die wenigsten Probanden von einer moderat/schwerwiegenden (15%) bzw. schwerwiegenden Beeinträchtigung (5%) und somit von einer starken Beeinträchtigung berichteten. Diese eher geringe Einschränkung der Lebensqualität nach einer *Stuttering Modification*-Therapie kommt mit den zuvor beschriebenen Ergebnissen, wie hilfreich diese als zuletzt erhaltene Therapiemethode empfunden wurde, überein. Der Anteil der Probanden, der *Stuttering Modification* als hilfreich empfand, wiesen eine geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität auf, wohingegen der Anteil der Probanden, der diese Therapiemethode als nicht hilfreich empfanden, eine größere Beeinträchtigung erfuhr.
Bei der Therapiemethode *Fluency Shaping* verteilte sich die Hälfte der Probanden auf eine mild/moderate und jeweils ein Viertel auf eine moderate bzw. moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität. Zudem bestand eine Verbindung zwischen der Therapiemethode *Fluency Shaping kombiniert mit Stuttering Modification* und der Lebensqualität. Alle Probanden, die eine Kombination aus *Fluency Shaping* und *Stuttering Modification* erhielten, gaben ausschließlich eine moderate Beeinträchtigung der Lebensqualität an. Was die sonstigen Therapiemethoden betrifft, wiesen mit der Hälfte die meisten Probanden eine milde (17%) bzw. mild/moderate (33%) Beeinträchtigung der Lebensqualität auf, wohingegen lediglich 17% eine moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung erfuhren. Zwischen den nicht bekannten Therapiemethoden und dem Beeinträchtigungsgrad der Lebensqualität ist ebenfalls eine Verbindung erkennbar, da die Anzahl der Probanden stetig mit zunehmendem Impact-Score anstieg. Tendenziell empfanden die Probanden häufiger eine moderat/schwerwiegende (34%), als eine milde (11%) Beeinträchtigung der Lebensqualität, wenn sie eine ihnen nicht bekannte Therapie absolviert hatten.

4.3.6 Zuvor erhaltene(n) Therapiemethode(n)

Auch hinsichtlich der zuvor erhaltenen Therapiemethode(n) spaltete sich die Probandengruppe in zwei Gruppen. Die eine Gruppe empfand die zuvor erhaltene(n) Therapiemethode(n) als hilfreich (64%), wohingegen die andere Gruppe diese als nicht hilfreich empfand (36%).

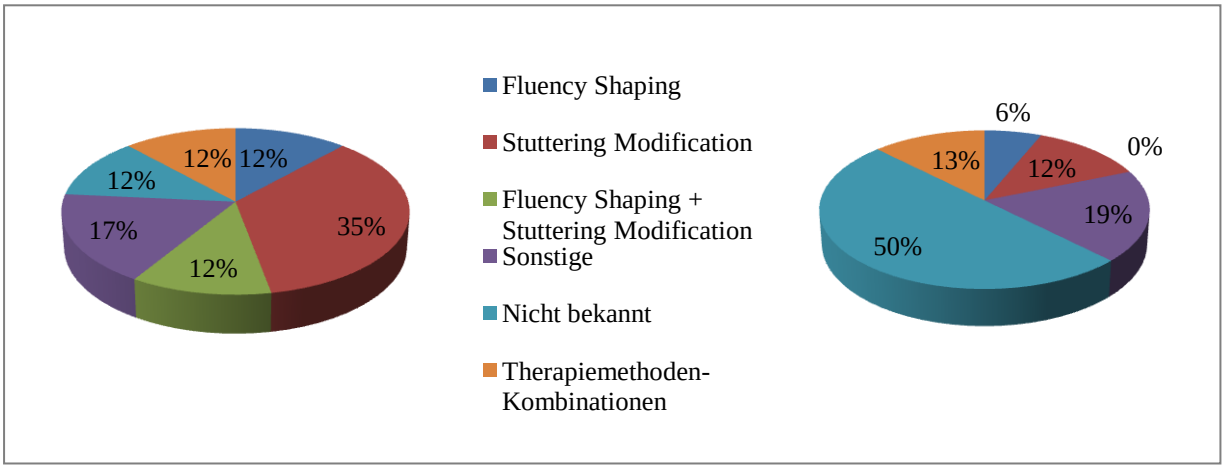

Abb. 18: Verteilung der Probandengruppe hinsichtlich der/den zuvor erhaltenen Therapie-methode(n), die als hilfreich (links) bzw. als nicht hilfreich (rechts) empfunden wurde(n)

Wie bereits bei der zuletzt erhaltenen Therapiemethode, gab der größte Anteil der Probanden (35%) an, *Stuttering Modification* als hilfreich empfunden zu haben, wohingegen ein relativ kleiner Anteil der Probanden (12%) diese Therapiemethode als nicht hilfreich empfand. Im Gegensatz zur zuletzt erhaltenen Therapie wurden frühere *Fluency Shaping*-Therapien häufiger als hilfreich (12%), als als nicht hilfreich (6%) empfunden. Erhaltene Kombinationen dieser beiden Hauptrichtungen wurden erneut ausschließlich als hilfreich angegeben (12%). Zudem wurden sonstige Therapiemethoden wiederholt ähnlich häufig als hilfreich (17%) bzw. nicht hilfreich (19%) empfunden. Die Probanden, die eine sonstige Therapie als hilfreich empfanden, nannten am häufigsten Individualpsychologie und Mentaltraining, wobei die Bereiche, hinsichtlich derer sich die Therapie als hilfreich erwies, mit denen der zuletzt erhaltenen Therapie übereinstimmen. Wie bereits bei der zuletzt erhaltenen Therapiemethode, gab mit der Hälfte der größte Anteil der Probanden eine ihnen nicht bekannte Therapiemethode als nicht hilfreich an, während ein geringer Anteil (12%) diese als hilfreich empfand. Des Weiteren nannten die Probanden die Therapiemethoden-Kombinationen ähnlich häufig als hilfreich (12%) bzw. nicht hilfreich (13%) (Abb. 18).
Zudem ließen sich bezüglich der/den zuvor erhaltenen Therapiemethode(n) und der Lebens-qualität Zusammenhänge feststellen (Abb. 19).

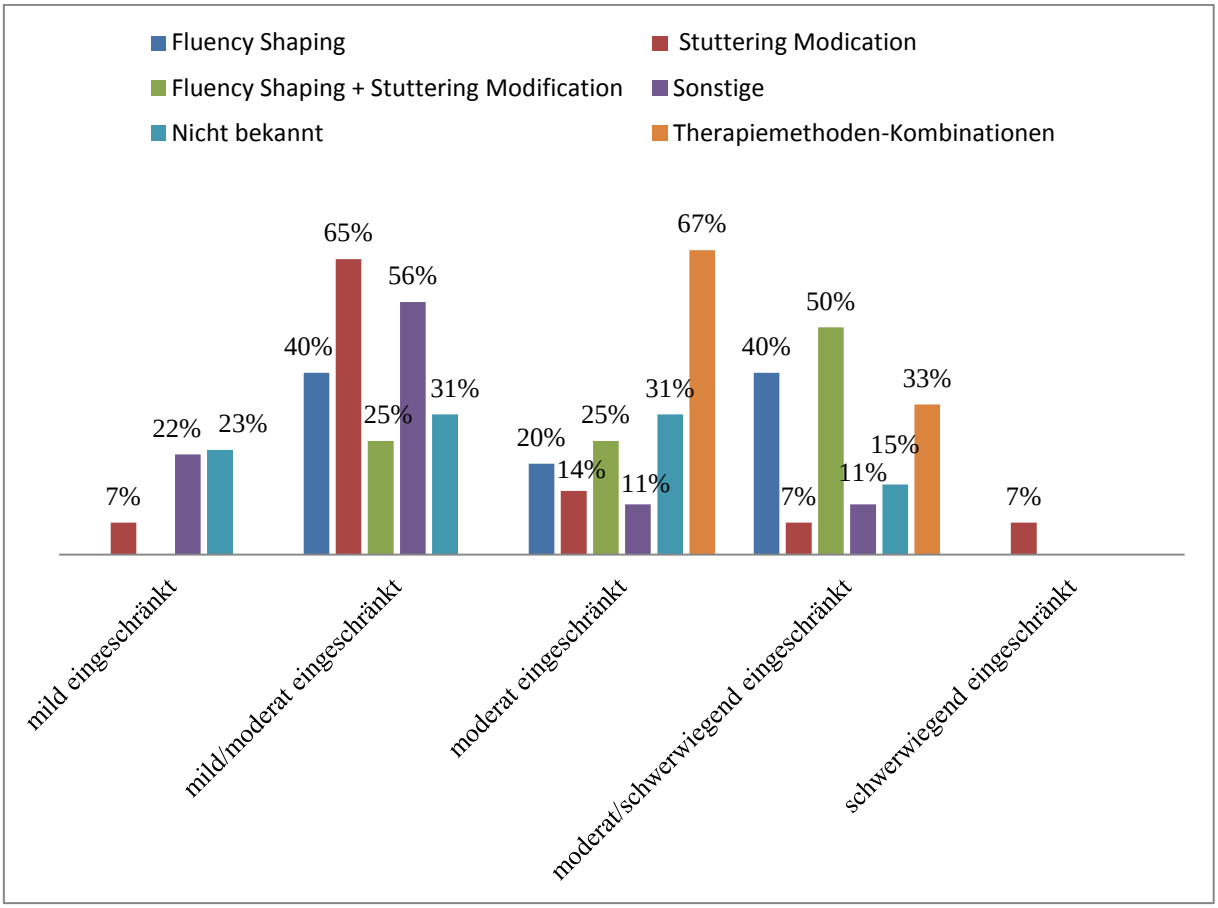

Abb. 19: Verteilung der Probanden bezüglich der/den zuvor erhaltenen Therapiemethode(n) pro unterschiedlich eingeschränkter Lebensqualität, gemessen anhand des Impact-Scores des *EESE*

Wie bereits bei der zuletzt erhaltenen Therapiemethode, wiesen die meisten Probanden (72%), die *Stuttering Modification* erhielten, eine geringe Beeinträchtigung der Lebensqualität auf. Dies kommt erneut mit den zuvor beschriebenen Ergebnissen bezüglich des Aspektes, inwieweit diese als zuvor erhaltene(n) Therapiemethode(n) als hilfreich empfunden wurde(n), überein. Im Gegensatz zur zuletzt erhaltenen Therapie verteilte sich der Großteil der Probanden bei *Fluency Shaping* mit jeweils 40% gleichmäßig auf eine mild/moderate bzw. moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität. Bei einer Kombination der beiden Hauptrichtungen verteilten sich im Gegensatz zur zuletzt erhaltenen Therapie mit der Hälfte die meisten Probanden auf eine moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität. Mit 78% wies der Großteil der Probanden, der eine sonstige Therapiemethode erhielt, erneut eine geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität auf. Gegensätzlich zur zuletzt erhaltenen Therapiemethode berichteten die meisten Probanden (54%), die eine ihnen nicht bekannte Therapiemethode erhielten, von einer geringen Beeinträchtigung der

Lebensqualität. Die restlichen Therapiemethoden-Kombinationen verteilten sich auf eine moderate (67%) und moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität (33%).

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Studie war es, den Einfluss demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren auf die Lebensqualität deutscher stotternder Erwachsener zu ermitteln. Im Folgenden wird zunächst auf den Zusammenhang zwischen den demographischen Faktoren und der Lebensqualität und anschließend auf den Zusammenhang zwischen den stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität eingegangen. Da nicht alle Zusammenhänge eindeutig zu interpretieren waren, werden im Folgenden lediglich die deutlichsten bzw. statistisch signifikanten Ergebnisse herausgegriffen. Generell gilt hinsichtlich der gefundenen Ergebnisse zu berücksichtigen, dass alle untersuchten Faktoren miteinander in wechselseitigem Bezug standen und sich somit nicht isoliert auf die Lebensqualität auswirkten. Bei den aus den gefundenen Ergebnissen gefolgerten Schlussfolgerungen handelt es sich um Hypothesen.

Als ein wesentliches Ergebnis stellte sich heraus, dass die Lebensqualität sowohl bei stotternden Männern als auch bei Frauen von mild bis schwerwiegend beeinträchtigt war. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität scheint somit nicht geschlechterspezifisch zu sein. Für die logopädische Stottertherapie bedeutet dies, dass die Lebensqualität in der Diagnostik, in der Therapie in Form eines Therapieziels sowie in der Therapieevaluation unabhängig vom Geschlecht der Stotternden berücksichtigt werden sollte.

Zudem konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und der Lebensqualität beim weiblichen Geschlecht nachgewiesen werden. Weibliche Stotternde mit höherem Alter scheinen tendenziell eine milder eingeschränkte Lebensqualität bzw. weibliche Stotternde in einem jungen Alter tendenziell eine schwerwiegender eingeschränkte Lebensqualität aufzuweisen. Dies könnte dadurch begründet sein, dass Stotternde mit zunehmendem Alter lernen, besser mit dem eigenen Stottern umzugehen, was sich in einer milder eingeschränkten Lebensqualität niederschlägt. Deshalb ist es vor allem bei jüngeren Stotternden von großer Relevanz, den Faktor Lebensqualität in die Diagnostik sowie in die Therapie und -evaluation zu integrieren.

Bezüglich des Familienstandes zeigte sich, dass auffallend mehr ledige Stotternde eine moderate bis moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität angaben, wohingegen verheiratete Stotternde eher eine milde Beeinträchtigung aufwiesen. Emotionaler

Rückhalt innerhalb der Familie sowie das Leben in einer familiären Struktur könnten somit einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität Stotternder ausüben. Geschiedene Probanden wiesen unerwarteterweise ausschließlich eine mild bis mild/moderate Beeinträchtigung der Lebensqualität auf. Die Erwartung lag nahe, dass der Familienstand *geschieden* mit einer schwerwiegender eingeschränkten Lebensqualität einhergeht. Dass sich diese Erwartung nicht bestätigte, könnte an der geringen Anzahl an geschiedenen Stotternden innerhalb der Probandengruppe (n= 2) liegen. Insgesamt lässt sich aus den genannten Ergebnissen schlussfolgern, dass ledige Stotternde eine schwerwiegender eingeschränkte Lebensqualität als verheiratete und geschiedene Stotternde aufzuweisen scheinen. Die Lebensqualität sollte deshalb vor allem bei ledigen Stotternden in der Diagnostik sowie in der Therapie und -evaluation integriert werden. Die Allgemeingültigkeit dieser Schlussfolgerung muss jedoch nochmals überprüft werden, da nach Kunkel (2009) 22% der Stotternden ledig, 14% geschieden und 64% verheiratet sind, was nicht mit der in dieser Studie vorliegenden Verteilung von ledigen (56%), geschiedenen (3%) und verheirateten (41%) Stotternden übereinkommt.

Ebenfalls deuteten die gefundenen Ergebnisse darauf hin, dass Probanden mit Kindern eine signifikant geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität aufzuweisen scheinen als Probanden ohne Kinder. Die Begründung hierfür könnte erneut der positive Einfluss einer familiären Struktur auf die Lebensqualität Stotternder sein. Aus diesem Grund sollte die Lebensqualität vor allem bei Stotternden ohne Kinder in der Diagnostik, Therapie bzw. -evaluation berücksichtigt werden.

Die Ausübung einer Berufstätigkeit scheint sich nicht eindeutig auf die Lebensqualität auszuwirken. Interessanterweise wiesen jedoch von den nicht Berufstätigen die Arbeitslosen ausschließlich eine moderat/schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität auf. Arbeitslosigkeit scheint sich somit negativ auf die Lebensqualität Stotternder auszuwirken. Deshalb sollte die Lebensqualität besonders bei arbeitslosen Stotternden in der Diagnostik, Therapie und -evaluation integriert werden. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass lediglich zwei Probanden innerhalb der Studiengruppe angaben, arbeitslos zu sein. Die Arbeitslosigkeit könnte darin begründet sein, dass Stotternde die Chance auf eine Anstellung aufgrund des Stotterns geringer einschätzen bzw. der Meinung sind, dass eine berufliche Anstellung aufgrund des Stotterns abgelehnt wird (Klein et al., 2004).

Bezüglich des Bildungsabschlusses konnte kein Zusammenhang zur Lebensqualität gefunden werden, was darauf schließen lässt, dass der Bildungsabschluss keinen Einfluss auf die empfundene Lebensqualität stotternder Erwachsener zu haben scheint.

Bezogen auf die stottertherapiebezogenen Faktoren ergab sich, dass auch nach Absolvierung einer Stottertherapie die Lebensqualität sehr unterschiedlich eingeschränkt zu sein scheint. Dies könnte daran liegen, dass zum jetzigen Zeitpunkt innerhalb der Stottertherapie eine Verbesserung der Lebensqualität nicht zentral steht bzw. hieran noch nicht effektiv genug gearbeitet wird. Es ist jedoch nicht außer Acht zu lassen, dass bei den Probanden eine eingeschränkte Lebensqualität vorliegen könnte, weil unter anderem der Abschluss einer erfolgreichen Stottertherapie schon eine längere Zeit zurücklag.

Des Weiteren ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem zeitlichen Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie und der Lebensqualität. Ein großer zeitlicher Abstand zur zuletzt erhaltenen Therapie scheint zumindest bei Frauen mit einer milder eingeschränkten Lebensqualität bzw. ein geringer zeitlicher Abstand mit einer schwerwiegender eingeschränkten Lebensqualität einherzugehen. Eine mögliche Erklärung für diesen unerwarteten Zusammenhang könnte sein, dass diese Probanden bereits eine so gute Lebensqualität besaßen, dass eine weitere Therapie zumindest für die Lebensqualität unnötig war.

Außerdem scheinen sich *Stuttering Modification* und eine der sonstigen Therapiemethoden (Verhaltenstherapie, Individualpsychologie, Mentaltraining und Entspannungsübungen) positiv auf die Lebensqualität auszuwirken, da der Großteil der Probanden, der diese Therapiemethoden erhielt, eine geringere Beeinträchtigung der Lebensqualität aufwies. Die Ergebnisse könnten dadurch begründet sein, dass bei diesen Therapiemethoden das Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt steht. Da die Angaben hinsichtlich der Therapiemethode *Fluency Shaping*, der Kombination aus *Fluency Shaping* und *Stuttering Modification*, den nicht bekannten Therapiemethoden und den Therapiemethoden-Kombinationen widersprüchlich bzw. nicht eindeutig waren, ließen sich hierzu im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung der Lebensqualität keine Schlussfolgerungen ziehen. In Bezug auf die logopädische Arbeit sind die gefundenen Ergebnisse insofern relevant, als dass sie als Orientierungshilfe zur Auswahl der richtigen Therapiemethode zur Verbesserung der Lebensqualität dienen könnten.

Die Anzahl an abgeschlossenen Therapien und Therapiestunden bzw. das Alter bei Erhalt dieser scheinen keinen Einfluss auf die Lebensqualität zu haben. Es wäre zu erwarten

gewesen, dass eine hohe Anzahl an abgeschlossenen Therapien und Therapiestunden mit einer positiven Lebensqualität einhergeht. Dass sich diese Erwartung nicht bestätigte, könnte darin begründet sein, dass Probanden mit einem höheren Stotterschweregrad bzw. einer schwerwiegender eingeschränkten Lebensqualität tendenziell mehr abgeschlossene Therapien bzw. Therapiestunden benötigen, um eine positive Lebensqualität zu erlangen.

5.2 Repräsentativität der Ergebnisse

Die vorliegende Studie kann durch die große Stichprobengröße von 71 Probanden als repräsentativ angesehen werden. Zudem wurde die Repräsentativität der Studie durch die breite örtliche Verteilung der Probanden im bundesdeutschen Raum zusätzlich gesteigert. Die Verteilung von Männern und Frauen innerhalb der Probandengruppe kam ebenfalls mit dem stotterspezifischen Geschlechterverhältnis von 5:1 überein (Wendlandt, 2009). Auch durch die weite Altersspanne von 18 bis 68 Jahren wurde eine hohe Repräsentativität der Studiengruppe gewährleistet, da sowohl junge Erwachsene als auch Erwachsene im Rentenalter an der Studie teilgenommen haben. Zudem war eine hohe Diversität bezüglich des erworbenen Bildungsabschlusses innerhalb der Probandengruppe vorhanden. Aufgrund der Tatsache, dass keiner der Probanden zum Zeitpunkt der Studie eine Therapie absolvierte, konnte ausgeschlossen werden, dass Einflüsse aus einer laufenden Therapie die Lebensqualität der Probanden beeinflussten und damit die Ergebnisse hinsichtlich der Zusammenhänge der demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität beeinträchtigten.

5.3 Kritische Betrachtung der Methode

Rückblickend betrachtet besteht kein Anlass, den Fragenbogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren zu verändern, da sich sowohl die Anzahl als auch die Auswahl an Fragen und Antwortmöglichkeiten als gut ausgewählt erwiesen. Bezüglich der Abnahme des *EESE* wäre es jedoch lediglich notwendig gewesen, den vierten Abschnitt des *EESE* ausfüllen zu lassen, da die restlichen Abschnitte innerhalb der Datenanalyse nicht berücksichtigt wurden. Die Tatsache, dass wenig Rückfragen von Seiten der Probanden hinsichtlich der beiden auszufüllenden Fragebögen gestellt wurden, deutet

darauf hin, dass sowohl die Fragebögen an sich als auch die dazugehörigen schriftlichen Anweisungen deutlich genug formuliert waren. Es ist somit eher unwahrscheinlich, dass Missverständnisse hinsichtlich der Fragestellungen und Anweisungen systematisch zu verfälschten Ergebnissen führten. Eine Verfälschung konnte auch dadurch minimiert werden, dass eine Kontrolle der Antworten durchgeführt wurde und bei Bedarf Rückfragen an die Probanden gestellt wurden. Da die mit den Fragebögen erhobenen Daten per Hand in Exel-Tabellen übertragen wurden, lässt sich das Auftreten von Fehlern bei der Übertragung nicht ausschließen. Bei mehr als 2000 Daten wirken sich einzelne Fehler jedoch nur geringfügig aus.

5.4 Ausblick

In einer Folgestudie sollten alle Zusammenhänge zwischen den dargestellten demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren und der Lebensqualität noch einmal anhand einer größeren Stichprobe bei gleichbleibender Methodik untersucht werden, um die Allgemeingültigkeit der angestellten Hypothesen zu überprüfen. Für die logopädische Arbeit ist besonders eine Überprüfung der Therapiemethoden interessant, die sich positiv auf die Lebensqualität auswirken. Es könnte in einer weiteren Studie durch Vor- und Nachmessungen der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich die Lebensqualität durch die angewandten Therapiemethoden verbessert hat. Zusätzlich könnte innerhalb dieser Studie durch Vor- und Nachmessung überprüft werden, welche Therapiemethode sich neben der Lebensqualität auch positiv auf die eigentliche Stottersymptomatik auswirkt. Hierdurch könnte eine wissenschaftlich fundierte Orientierungshilfe für Stottertherapeuten hinsichtlich der Auswahl einer ganzheitlichen Therapiemethode geschaffen werden, die die Lebensqualität und die Stottersymptomatik verbessern könnte.

Darüber hinaus wäre es interssant, durch eine Folgestudie herauszufinden, wie sich die Lebensqualität der deutschen stotternden Erwachsenen in Anlehnung an die physische, psychische und soziale Dimension der Lebensqualität nach Möller et al. (2007) verteilt und wie diese mit den demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren zusammenhängen.

5.5 Fazit

Im deutschsprachigen Raum lag bisher keine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen demographischen und stottertherapiebezogenen Faktoren und der empfundenen Lebensqualität Stotternder vor. Mithilfe der vorliegenden Studie wurde dieser Zusammenhang erstmalig systematisch bei deutschen stotternden Erwachsenen untersucht. Insgesamt waren die gefundenen Zusammenhänge sehr komplexer Natur, da alle untersuchten Faktoren miteinander in wechselseitigem Bezug standen und sich somit nicht isoliert auf die Lebensqualität auswirkten.

Aufgrund der gefundenen Ergebnisse ist es vor allem bei jüngeren Stotternden von großer logopädischer Relevanz, den Faktor Lebensqualität in die Diagnostik, in die Therapie in Form eines Therapieziels sowie in die Therapieevaluation zu integrieren. Dies gilt ebenfalls vor allem für die ledigen Stotternden sowie für die, die keine Kinder haben oder arbeitslos sind. Zudem können sowohl *Stuttering Modification* als auch eine der sonstigen Therapiemethoden als Orientierungshilfe zur Auswahl der richtigen Therapiemethode zur Verbesserung der Lebensqualität dienen.

Die in der vorliegenden Studie herausgestellten Ergebnisse, die in der unter 5.4 genannten Folgestudie nochmals überprüft werden sollten, leisten einen wichtigen Beitrag hinsichtlich der optimalen Berücksichtigung der Lebensqualität in der Stotterdiagnostik, -therapie und -evaluation, als auch bei der (Weiter-)Entwicklung neuer Therapiemethoden. Zum jetzigen Zeitpunkt steht innerhalb der Stottertherapie eine Verbesserung der Lebensqualität nicht zentral bzw. es wird hieran noch nicht effektiv genug gearbeitet. Die unter 5.4 genannte Folgestudie hinsichtlich der Überprüfung der Effektivität einer ganzheitlichen Therapiemethode, die sowohl die Stottersymptomatik, als auch die Lebensqualität verbessert, ist von großer Relevanz, um langfristig das Ziel zu erreichen, den Aspekt der Lebensqualität in die Therapie als Therapiestandard mit einzubeziehen. Dies würde auf lange Sicht zu einer Qualitätsverbesserung der logopädischen Arbeit beitragen.

6 Literaturverzeichnis

Alm, P. (2004). Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: A critical review. *Journal of Fluency Disorders, 29*, 123-133

American Speech-Language-Hearing Association (2001). *Scope of practice for speech-language pathology*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association

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

Andrews, G. & Cutler, J. (1974). Stuttering therapy: The relation between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 39*, 312-319

Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-Bref - Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität.* Göttingen: Hogrefe Verlag

Bergner, M. B. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care, 27*, 145-156

Bischoff, C., Schulte-Mattler, W. J. & Conrad B. (1998). *EMG und periphere Neurologie in Frage und Antwort*. Stuttgart: Thieme

Bleek, B., Montag, C., Faber, J. & Reuter, M. (2011). The Five Factor Model of Personality applied to persons who stutter and a matched control group. *The Journal of Communication Disorders,* 44, 218-222

Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering.* Delmar: Thomson

Blumgart, E., Tran, Y. & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Despress Anxiety, 27*, 687-92

Brinkmann B. & Madea B. (2004). *Handbuch gerichtliche Medizin*. Berlin: Springer

Brutten, G. J. & Vanryckeghem, M. (2003). *BAB: Behavior Assessment Battery.* Stichting Integratie Gehandicapten, Belgium & Acco Publishers, the Netherlands

Chytilova, H., Pesak, J. & Steidl, L. (1991). Tetanic syndrome questionnaire in stutterers. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultatis Medicae, 130*, 265-271

Craig, A. (2010). The association between quality of life and stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 35*, 159-160

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

Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M. & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan. *Journal of Speech Language and Hearing Research, 46*, 1197-1206

Craig, A. & Peters, K. (2003). Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *Journal of Speech, Language and Hearing research, 46*, 1179-1206

Cummins, R. A. (2010). Fluency disorders and life quality: Subjective wellbeing vs. health related quality of life. *Journal of Fluency Disorders, 34*, 161–172

Daig, I. & Lehmann, A. (2007). Verfahren zur Messung der Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 16*, 5-23

Ezrati-Vinacour, R. & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders, 29*, 135-148

Franic, 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

Gülseren, Ü. & De Boer, J. (2001). A psychometric comparison of health-related quality of life measures in chronic liver disease. *Journal of Clinical Epidemiology, 54*, 587-596

Güthlin, C. (2006). *Die Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität: psychometrische Analysen und Anwendungsprobleme*. Dissertation an der Universität Freiburg, Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftliche Fakultät. Institut für Psychologie

Hennessey, R. & Mangold, R. (2008). Die Boombranche Lebensqualitat. *Wirtschaftspoltische Blätter, 3*, 17-22

Hoffmann, A. & Schenke, K. (2010). Psychometrische Eigenschaften der deutschen Übersetzung des OASES (EESE). *Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Hogeschool Zuyd*

International Business Machines Corporation (2011). *IBM SPSS Statistics 20*

Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M. & Harrison, E. et al. (2010). Mood and substance use disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. *Journal of Speech Language and Hearing Research, 53*, 1178-1190

Iverach, L. & O'Brian, S. (2009). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 34,* 29-43

Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E. et al. (2010). The five factor model of personality applied to adults who stutter. *Journal of Communication Disorders, 43,* 120-132

Johnson, W., Darley, F. & Spriestersbach, D. (1952). Stutterer's Self Ratings of Reactions to Speech Situations (SSR). In *Diagnostic manual in speech correction.* New York: Harper & Row

Klein, J. F. & Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of Fluency Disorders, 29,* 255-273

Klompas, M. & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders, 29,* 275-305

Kostka, C. (2004). *Lebensqualität-Bausteine und Methoden.* München: Hanser

Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M. & Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders, 27,* 319-330

Kunkel, M. (2009). Stottern bei älteren Erwachsenen. *Forum Logopädie, 2,* 30-33

Langevin, M., Packman, A. & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders, 43,* 407-23

MacKinnon, S. P., Hall, S. & MacIntyre, P. D. (2007). Origins of the stuttering stereotype: Stereotype formation through anchoring–adjustment. *Journal of Fluency Disorders, 32,* 297-309

Möller, H. J., Laux, G, Kapfhammer, H. P. (2007). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer

Morfeld, M., Kirchberger, I. & Bullinger, M. (2011). *SF-36 - Fragebogen zum Gesundheiszustand*. Göttingen: Hogrefe Verlag

Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J. & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders, 33,* 306-319

Natke, U. (2005). *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber

Natke, U. & Alpermann, A. (2010). *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. Bern: Huber

O'Keefe, B. M. (2006). Communication disorders. In Renwick R., Brown I., Nagler M. (eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation* (219-36). London: Sage Publications

Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße - Entwicklung und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 43 (3)*, 165-189

Rapp, M. (2007). Stottern im Spiegel der ICF: Ein neuer Rahmen für Diagnostik, Therapie und Evaluation. *Forum Logopädie, 2 (21)*, 14-19

Renneberg, B. & Lippke, S. (2006). Lebensqualität. In Renneberg & Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Seite 29-34). Heidelberg: Springer

Renner, J. A. (1995). *Erfolg in der Stottertherapie*. Berlin: Marhold

Riley, J., Riley, G. & Maguire, G. (2004). Subjective Screening of Stuttering severity, locus of control and avoidance: research edition. *Journal of Fluency Disorders, 29*, 51-62

Sandrieser, P. & Schneider, P. (2008). *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme

Schipper, H., Clinch, J. & Powell, V. (1990). Definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments in clinical trials* (pp.11-24). New York: Raven Press

Schipper, H., Clinch, J. J. & Olweny, C. H. L. M. (1996). Quality of life studies: Definition and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 11-24). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers

Schöffski, O. (2007). *Gesundheitsokonomische Evaluation*. Berlin: Springer

Schumaker, S. A., Anderson, R. T. & Czajkowski, S. M. (1990). Psychological tests and scales. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessments inclinical trials* (pp. 95–111). NY: Raven Press

Schwambach K. & Taraschweski E. (2009). Untersuchung der Verständlichkeit der deutschen Übersetzung des Fragebogens OASES (The Overall Assessment of the Speakers`s Experience of Stuttering). *Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Hogeschool Zuyd*

Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine, 334* (13), 835-840

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine, 4* (10), 1403–1409

The WHOQOL Group (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine, 46*, 1569–1585

The WHOQOL Group (1998b). *WHOQOL User Manual*. Geneva: World Health Organization

Thiel, M. M. & Ewerbeck, C. (2010). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer

Tran, Y., Blumgart, E. & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 36*, 17-26

Van Riper, Ch. (1982). *The Nature of Stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall

Wendlandt, W. (2009). *Stottern im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Thieme

Wingate, M. E. (1964). A standard definition of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 29*, 484-489

Woolf, G. (1967). Perception of Stuttering Inventory. *The British Journal of Disorders of Communication, 2*, 158-177

Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders, 35*, 190-202

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. & 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. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*. Sydney: Pearson

7 Anhang

7.1 Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren

Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren

Wichtig: Bitte beschränken Sie sich bei allen Fragen, bei denen nicht ausdrücklich vermerkt ist, dass Mehrfachantworten möglich sind, auf **eine** Antwort.

Allgemeine Angaben

1. Name: _____

2. Vorname: _____

3. Alter : _____

4. Geschlecht: ☐ m ☐ w

5. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden

6. Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele und wie alt? _____

7. Welchen Abschluss haben Sie? (Mehrfachantworten sind möglich)

☐ Zurzeit noch keinen, da ich mich noch in der Schulausbildung befinde

Schulform: ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gesamtschule ☐ Gymnasium

☐ Hauptschulabschluss ☐ mittlere Reife
☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur
☐ Ausbildung als _____
☐ (Fach-) Hochschulstudium zum/zur _____
☐ Sonstiges: _____

8. Sind Sie zurzeit berufstätig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus? _____

Wenn nein, aus welchem Grund sind sie zurzeit nicht berufstätig?

_____

Stottertherapiebezogene Angaben

9. Befinden Sie sich zurzeit in Therapie? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein,

10. Haben Sie jemals eine Therapie bezüglich Ihres Stotterns erhalten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja,

Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren
Bachelorarbeit zur Lebensqualität stotternder Erwachsener ▪ Joana Poselt & Anne Schovenberg

11. Wie viele abgeschlossene Therapien haben Sie absolviert?

☐ 1 ☐ 2-3 ☐ 4-5 ☐ >5

12. Wie viele Therapiestunden (1 Therapiestunde entspricht ca. 45-60 Minuten) haben Sie insgesamt erhalten?

☐ < 20 ☐ 20-40 ☐ 40-60 ☐ 60-80 ☐ 80-100 ☐ >100

13. In welchem Alter haben Sie eine oder mehrere Therapien erhalten? (Mehrfachantworten sind möglich)

☐ Kindesalter (2-13 J) Anzahl: _____ ☐ Jugendalter (14-18 J) Anzahl: _____ ☐ Erwachsenenalter (ab 18 J) Anzahl: _____

14. Wie lange ist Ihre zuletzt erhaltene Therapie her?

☐ 1 Monat ☐ 2-5 Monate ☐ 6-11 Monate ☐ 1-1;11 Jahre ☐ 2-2;11 Jahre

☐ 3-4 Jahre ☐ > 4 Jahre

15. Welche Therapiemethoden wurden in Ihrer/Ihren Therapie(n) angewandt? (Mehrfachantworten sind möglich)

☐ Fluency Shaping ☐ Stuttering Modification ☐ Kombination aus beidem

☐ Sonstige _____ ☐ nicht bekannt

16. Können Sie die letzte bei Ihnen angewandte Therapiemethode in eigenen Worten beschreiben?

_____

_____

_____

_____

_____

17. Haben Sie die letzte Therapie für sich als hilfreich empfunden? ☐ ja ☐ nein

Welche Therapiemethode war diese letzte Therapie?

☐ Fluency Shaping ☐ Stuttering Modification ☐ Kombination aus beidem

☐ Sonstige _____ ☐ nicht bekannt

Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren
Bachelorarbeit zur Lebensqualität stotternder Erwachsener ▪ Joana Poselt & Anne Schovenberg

Wenn ja, bezüglich welcher Bereiche hat die Therapie sich als hilfreich erwiesen?

_____

_____

_____

18. Haben Sie eine der vorherigen erhaltenen Therapien für sich als hilfreich empfunden?

☐ ja ☐ nein

Welche Therapiemethode(n) war(en) dies?
(Mehrfachantworten sind möglich)

☐ Fluency Shaping ☐ Stuttering Modification ☐ Kombination aus beidem

☐ Sonstige _____ ☐ nicht bekannt

Wenn ja, bezüglich welcher Bereiche hat/haben die Therapie(n) sich als hilfreich erwiesen?

_____

_____

_____

19. Hat sich eine erhaltene Therapie positiv auf Ihre Lebensqualität ausgewirkt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Therapiemethode(n) war(en) dies?
(Mehrfachantworten sind möglich)

☐ Fluency Shaping ☐ Stuttering Modification ☐ Kombination aus beidem

☐ Sonstige _____ ☐ nicht bekannt

Wenn ja, können Sie beschreiben, inwiefern sich Ihre Lebensqualität positiv verändert hat?

_____

_____

_____

_____

Sollten beim Auswerten der Daten von unserer Seite aus Nachfragen bestehen, können wir Sie unter folgenden Angaben erreichen:

Tel.: _____
Email: _____

Fragebogen zur Erfassung demographischer und stottertherapiebezogener Faktoren
Bachelorarbeit zur Lebensqualität stotternder Erwachsener ▪ Joana Poselt & Anne Schovenberg

7.2 Nicht signifikante Korrelationsdaten

Korrelationen zwischen der Lebensqualität und folgenden demographischen bzw. stottertherapiebezogenen Faktoren	r	p
Anzahl an Kindern	.132	.520
Bildungsabschluss	-.147	.229
Anzahl an abgeschlossenen Therapien	.200	.104
Anzahl an erhaltenen Therapiestunden	-.079	.530
Erhaltene Therapie im Kindesalter	.094	.472
Erhaltene Therapie im Jugendalter	.250	.056
Erhaltene Therapie im Erwachsenenalter	.088	.512

8 Eidesstattliche Erklärung

Wir erklären an Eides statt, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht haben.

Heerlen, 05.06.2012

_____ _____

Joana Poselt Anne Schovenberg