

**Die Veränderung der subjektiven Lebensqualität von  
stotternden Kindern und Jugendlichen während einer  
zehnwöchigen Intensivtherapie  
in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik EUBIOS**

Bachelorarbeit  
zur Erlangung des Bachelorabschlusses (B.Sc.) Rehabilitationspsychologie  
an der Fachhochschule Magdeburg/ Stendal

Vorgelegt bei  
Prof. Dr. Wolf Kühn  
Prof. Dr. Salewski

Eingereicht von  
Katharina Herr  
Matrikel Nr. 20072129  
Tel.:017663178516  
E-Mail: katharina-herr@gmx.de

Stendal im September 2010

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die mir in der Zeit dieser Arbeitserstellung hilfreich zur Seite standen, bedanken.

Vorweg und vor allem danke ich meiner Familie, die meinen Weg der Ausbildung vorbehaltlos und ermutigend unterstützt. Danke!

Ein besonderes Dankeschön an jene, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen und mir damit ein Stück ihres Lebens anvertrauten. Ich danke jeder und jedem Einzelnen noch einmal dafür.

Danke an Frau Prof. Dr. Wolk-Kühn und Frau Prof. Salewski für die wissenschaftliche Betreuung und Ermutigung zu diesem Thema sowie für die tatkräftige wissenschaftliche Begleitung, die immer wieder Klarheit und Perspektiven herstellen konnte.

Ich bedanke mich auch bei dem gesamten EUBIOS Team der Psychosomatischen Reha-Fachklinik, durch deren Flexibilität ich den Freiraum bekam, mich intensiv und in wissenschaftlicher Form meinem Fachthema „Stottern“ und „Lebensqualität“ zu widmen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG – AKTUALITÄT DES THEMAS .....</b>	<b>4</b>
1.1	AUFBAU DER ARBEIT UND METHODISCHES VORGEHEN .....	5
1.2	AUSGANGSFRAGEN UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT .....	6
<b>2</b>	<b>DER PRAXISPARTNER PSYCHOSOMATISCHE REHA-FACHKLINIK EUBIOS .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>STOTTERN .....</b>	<b>10</b>
3.1	DEFINITION.....	10
3.2	PHÄNOMENOLOGIE.....	12
3.2.1	<i>Äußere Symptome (overt features)</i> .....	12
3.2.2	<i>Innere Symptome (covert reactions)</i> .....	14
3.3	EPIDEMIOLOGISCHE DATEN.....	15
3.4	ENTWICKLUNGSVERLÄUFE .....	18
3.5	ÄTIOLOGIE.....	19
3.6	THERAPIE- EIN ÜBERBLICK.....	22
<b>4</b>	<b>LEBENSQUALITÄT .....</b>	<b>27</b>
4.1	KONZEPT DER GESUNDHEITSBEZOGENEN LEBENSQUALITÄT .....	27
4.2	INVENTAR ZUR ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN ..	30
4.2.1	<i>Die Entwicklung des ILK</i> .....	30
4.2.2	<i>Konzept der Lebensqualität in Anlehnung an das ILK</i> .....	31
4.2.3	<i>Bestandteile des ILK</i> .....	33
<b>5</b>	<b>DATENERHEBUNG .....</b>	<b>35</b>
5.1	METHODEN.....	36
5.1.1	<i>Design</i> .....	36
5.1.2	<i>Messinstrument</i> .....	37
5.1.3	<i>Durchführung</i> .....	37
5.1.4	<i>Auswertung</i> .....	38
5.2	ERGEBNISSE .....	38
<b>6</b>	<b>DISKUSSION UND PERSPEKTIVEN .....</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>METHODENKRITIK .....</b>	<b>45</b>

# 1 Einleitung – Aktualität des Themas

Während diverser Praktika in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik EUBIOS war die Verfasserin dieser Bachelorarbeit von der bisherigen Lebensgeschichte eines 17jährigen Jugendlichen gleichermaßen betroffen wie beeindruckt. Nach einem ausführlichen Gespräch mit dem Jungen sowie seinen Eltern gestattete M. seine Geschichte (in Kurzform) als einleitende Worte für die vorliegende Arbeit zu verwenden:

„Einfach ist es nicht, sich mit seinen sprachlichen Defiziten in der Öffentlichkeit zu bewegen. Man versucht Situationen in denen jemand das Sprechen von mir fordern könnte, zu vermeiden. Das größte Problem stellt dabei die Schule dar. Klar haben sich die meisten daran gewöhnt, dass es sinnlos wäre mich zum Sprechen aufzufordern, da es einfach zu lange dauern würde, ehe ich eine einigermaßen verständliche Antwort heraus bekomme. Trotzdem plagt mich jedes Mal das gleiche unangenehme Gefühl, dass ich alle Blicke auf mich ziehe, sobald ich versuche etwas zu sagen. Besonders schlimm ist es wenn Veränderungen bevorstehen, wie zum Beispiel der Wechsel in die Berufsschule. Klar das da alle lachen, wenn ich stottere. Meist kann ich Nächte vorher schon nicht schlafen, weil ich mir so blöd vorkomme wenn ich wieder da sitze und keinen zusammenhängenden Satz heraus bekomme. Meine Familie nimmt es so hin. Sie kennen mich nicht anders. Wenn ich mich an meine Kindheit zurück erinnere, habe ich immer mal Phasen gehabt, wo das Stottern fast gar nicht aufgetreten ist. Da schöpft man natürlich immer wieder neue Hoffnung, dass jetzt alles besser wird. Aber dann...dann fängt alles wieder von vorn an meist noch schlimmer und die Hoffnung verwandelt sich langsam in Wut, Wut auf sich selbst, dass man es einfach nicht schafft, nicht mehr zu stottern. Stottern prägt meine gesamte Lebensqualität.“

Um Klarheit über die verwendeten Begriffe zu schaffen, setzt dies verschiedene Definitionen voraus, um im Weiteren eine einheitliche und deutliche Sprache zu sprechen. Stottern schafft Verwirrung. Es ist in seinem Auftreten unberechenbar. Mal ist es sichtbar, mal ist es hörbar und dann wieder unauffindbar oder versteckt. Das Einsetzen von „normalen“ Verhaltensregeln wird nutzlos, da es für den Stotterer einen Verlust von Kontrolle darstellt und für den Zuhörer einen Verlust an Berechenbarkeit der Situation. Stottern nimmt Einfluss auf das Leben und gegebenenfalls auch auf die Lebensqualität.

## 1.1 Aufbau der Arbeit und methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit möchte ich Stottern und Lebensqualität zusammenhängend darstellen. Jedes soll im Einzelnen Betrachtung finden und eventuelle Zusammenhänge sollen verdeutlicht werden.

Eine umfangreiche Literaturrecherche und die folgende Literaturanalyse bildeten die wesentliche Grundlage für den rezeptiven Teil der Arbeit. Die Bibliothek der Hochschule Magdeburg/ Stendal, die Bibliothek der Universität Chemnitz sowie Magdeburg müssen als „Quelle“ genannt werden. Auch die zahlreiche Literatursammlung der Klinik erwies sich als hilfreich. Viele Gespräche mit Fachleuten während meiner Recherchen ermöglichten das Entstehen eines umfangreichen Werkes an Informationen. Hinzu kamen zahlreiche Erwerbungen in verschiedenen Datenbanken, welche die Quellen für die vorliegende Arbeit komplettierten. Besonders lohnenswert war die Nutzung von SpringerLink.

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich im Wesentlichen in einen theoretischen Teil, der die Abhandlung der beiden Hauptthemen „Stottern“ und „Lebensqualität“ umfasst, den Teil der Beschreibung der methodischen Herangehensweise an das Thema im Rahmen dieser quantitativen Forschungsarbeit und den Teil der Ergebnisdarstellung und der Interpretation der Ergebnisse. Die daraus abgeleiteten Thesen dieser Untersuchung werden dargestellt und diskutiert. Zunächst stelle ich kurz den Praxispartner dar. Im Gliederungspunkt 3 widme ich mich dem Stottern theoretisch. Es werden Einblicke in die Symptomatologie und Epidemiologie ermöglicht. Weiterhin werden typische Entwicklungsverläufe beleuchtet sowie Theorien zur Ätiologie unter Berücksichtigung aktueller Forschungsansätze angerissen. Den Abschluss des Kapitels bildet ein kurzer Überblick der Therapie des Stotterns. Im vierten Gliederungspunkt wird versucht, Lebensqualität, vor allem die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern, näher darzustellen. Anschließend stelle ich einen Bezug zum genutzten Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen her und erläutere den Aufbau dessen. Im 5. Gliederungspunkt widme ich mich dem praktischen Teil dieser Arbeit. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit sollten auch Hinweise für die praktische Relevanz dieser Intensivtherapie bringen und annähernde Aussagen über die Veränderung der gesundheitsbezogene Lebensqualität während dieser Therapie ermöglichen. Die weiteren Punkte beschreiben die herangezogene Methode und begründen die gewählte Vorgehensweise. Der Verlauf der Untersuchung wird dargestellt. Im Folgenden werden aus den Ergebnissen drei wesentliche Thesen abgeleitet und deren Zusammenhänge von Stottern und Lebensqualität beschrieben. Danach folgt der Punkt „Diskussion und

Perspektiven“, welcher den Inhalt der vorliegenden Untersuchung in seiner praktischen Relevanz für den stotternden Menschen selbst, beziehungsweise für die Therapie des Stotternden darstellt. Aus der praktischen Bedeutung des Themas ergaben sich auch zahlreiche neue Fragestellungen, die aus meiner Sicht in nachfolgenden Untersuchungen bearbeitet werden sollten und die hier abschließend ebenfalls kurz dargestellt werden. Den Abschluss bildet meine Methodenkritik, um Störfaktoren meiner Untersuchung herauszustellen.

## **1.2 Ausgangsfragen und Zielsetzung der Arbeit**

Das Interesse an der Veränderung von „Lebensqualität“ für die Therapie der Sprechstörung „Stottern“ kam aus meinen praktischen Erfahrungen in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik EUBIOS. Während meiner Praktika, der Literaturrecherche und der näheren Betrachtung des Inventars zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, wurden hinsichtlich der Bachelorarbeit Fragen aufgestellt, die in der vorliegenden Arbeit als Ausgangsfragen gelten und erörtert werden sollen:

1. Finden sich Alters- und Geschlechtsunterschiede in den Einschätzungen zur Lebensqualität sowie weitere soziodemographische Differenzen?
2. Wie verändert sich die subjektive Lebensqualität im Verlaufe der Therapie in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik EUBIOS?
3. Welche Schlussfolgerungen ergeben sich hieraus für die Indikationsstellung und die Therapiebewertung in der Praxis?

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit im theoretischen Teil ist es, Stottern und Lebensqualität näher zu beleuchten und eventuelle Zusammenhänge darzustellen. Im Praktischen Teil möchte ich meine Ausgangsfragen überprüfen und einen Ausblick für weitere Interventionen geben.

## 2 Der Praxispartner Psychosomatische Reha-Fachklinik EUBIOS

„Die Sprache ist die Kleidung der Gedanken“

Dieses Zitat von Samuel Johnson (1709-1784), einem englischen Schriftsteller, zeigt auf, wie wichtig die Sprache ist, um Gedanken zu verbalisieren. Sprache ist stets aktuell, aber nicht immer fällt sie uns leicht. Die eigene Sprache muss man schätzen, um in der Gesellschaft ernst genommen zu werden. In der psychosomatischen Rehabilitations-Fachklinik EUBIOS trägt dieser Gedanke eine große Bedeutung. Sprach- und Sprechstörungen werden in dieser Klinik therapiert und behandelt. In einem Zeitraum von jeweils zehn Wochen verbessern Kinder und Jugendliche mittels verschiedenster Therapien ihr Sprach- und Sprechverhalten. Die Psychosomatische Reha-Fachklinik EUBIOS mit dem Schwerpunkt der Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen befindet sich in der Umgebung des mittleren Westerzgebirges in der Kleinstadt Thalheim. Vorschulkinder mit elterlicher Begleitung und Schulkinder werden dort therapiert. „Die Jugendstilvilla, in der sich die Klinik befindet, steht in einem parkähnlichen Grundstück. Bis 1989 gehörte das Objekt der Sozialversicherung der DDR und ging ab 1990 in das Eigentum des Freistaates Sachsen über. 1996 übernahm ein freier Träger die Einrichtung, bis die Klinik 2001 in private Trägerschaft wechselte und nach grundhafter Sanierung im Herbst des gleichen Jahres wiedereröffnet wurde.“ (EUBIOS, 2009, S. 2).

Die Villa und die Turnhalle, welche sich auf dem Grundstück befinden, schaffen viel Raum für die Therapien. Auch ein Reitstall wurde erbaut, welcher den Therapiepferden ein Zuhause bietet. Im Außenbereich befinden sich ein sanierter Gartenpavillon mit Grillplatz, Sportspielfeld für Ballspiele, Tischtennis, Sandspielkasten, Schaukeln, Feuerstelle für Lagerfeuer, Bewegungsrondell und ein Gehege für Kleintiere (Streichel-Zoo). Neu geschaffen wurden auch ein Schulgarten, ein Kräuterbeet zur Wahrnehmungsschulung und eine Taststrecke für erlebnispädagogische Angebote. Die Parkanlage wird zur Unterstützung einer heilpädagogischen Arbeit ständig profiliert. „Aktuell wurde nach 2005 im Anbau an die Turnhalle ein separates Therapiezentrum für den Vorschulbereich geschaffen. Mit der Übernahme der Einrichtung durch Frau Prof. Hauschild im Jahr 2001 wurden 36 Therapieplätze für Schulkinder beantragt und genehmigt.“(EUBIOS, 2008, S. 7).

Verschiedenste Therapien bieten die Möglichkeit, psychosomatische und Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern und Jugendlichen zu behandeln und deren Besserung zu fördern. Die pädagogisch-therapeutischen Bereiche, wie Logopädie, Motopädie und

Psychomotorik, Musiktherapie, Ergotherapie, Heilpädagogisches Reiten, Waterbalancing sowie Kneipptherapie zählen zu den wichtigsten Fachgebieten, welche die Reha-Fachklinik aufweist. „Ebenso spielt auch der Erzieherdienst eine große Rolle. Besonderheit dessen ist unter anderem, dass der Erzieher in seiner Ausbildung eine heilpädagogische Befähigung nachweisen muss, sich zusätzlich in einem weiteren begleittherapeutischen Bereich ausweist und dass er sich korrekt in den Sprechleistungsstufen bewegen kann und auch hier Vorbild ist.“(EUBIOS, 2008, S. 7). Diese Sprechleistungsstufen mit sprachlich steigenden Anforderungen trainieren somit immer mehr das Sprach- und Sprechverhalten der Kinder. Stets befinden sich unter den zu therapierenden Kindern und Jugendlichen auch solche, die Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Klare Regeln und Strukturen sollen dazu beitragen, dass diese Auffälligkeiten beseitigt und verbessert werden. Die psychosomatische Reha-Fachklinik mit dem Schwerpunkt Sprach- und Sprechstörungen bietet vielseitige Angebote, um spracherkranken Kindern und Jugendlichen in ihrer weiteren (Sprach- und Sprech-) Entwicklung verschiedenste Möglichkeiten zur Bewältigung der Erkrankung zu schaffen. Der zehnwöchige stationäre Therapieverlauf in der Reha-Fachklinik EUBIOS ist von einzelnen Phasen geprägt. Die erste Woche wird als Eingewöhnungs- und Motivationsphase genutzt. Das Kennenlernen der Abläufe, der Regeln und Strukturen steht hier neben Motivationsgesprächen mit den Kindern und Jugendlichen im Vordergrund. Weiterhin finden eine vertiefende Diagnostik sowie die Eingangsbefundung statt. Am „Runden Tisch“ werden daraufhin die Zielstellungen für die einzelnen Kinder und Jugendlichen vom Kollegium erarbeitet und die Therapie kann beginnen. Die Hauptinhalte dieser Phase zielen somit auf die Stärkung der Eigenmotivation und Anstrengungsbereitschaft, den Abbau von Unsicherheiten, das Herstellen von Vertrauen zu Kontaktpersonen, die Vermittlung von Gruppenzusammengehörigkeiten sowie die Heranführung an Therapieschwerpunkte ab. Die zweite Phase nennt sich die „Sprachaufbauphase“. Das Sprach- und Sprechverhalten kann innerhalb von acht Wochen mittels verschiedenster Therapien verbessert und trainiert werden. Die beiden Hauptsäulen der Therapie beziehen sich auf die Abschwächung bzw. Löschung unerwünschter, fehlerhafter Sprachmuster und den Aufbau einer neuen fehlerfreien Sprache. Die sprachtherapeutische Arbeit mittels verschiedener Techniken, wie die Übungssprache, die acht Sprechleistungsstufen sowie die Sprechregeln bestimmen den Tagesablauf und den Therapiealltag. Die Adaptationsphase, welche die letzten zwei Wochen bildet, dient der Anwendung des Gelernten.

Der Sprech- und Therapiebaum beinhaltet mit seinen Wurzeln die acht

Sprechregeln der Therapie. Die Rechte Säule des Baumes stellt die semantischen Felder dar, in denen die Kinder und Jugendlichen arbeiten, die linke Seite verdeutlicht die acht Sprechleistungsstufen der Sprachtherapie (siehe Abbildung 1).

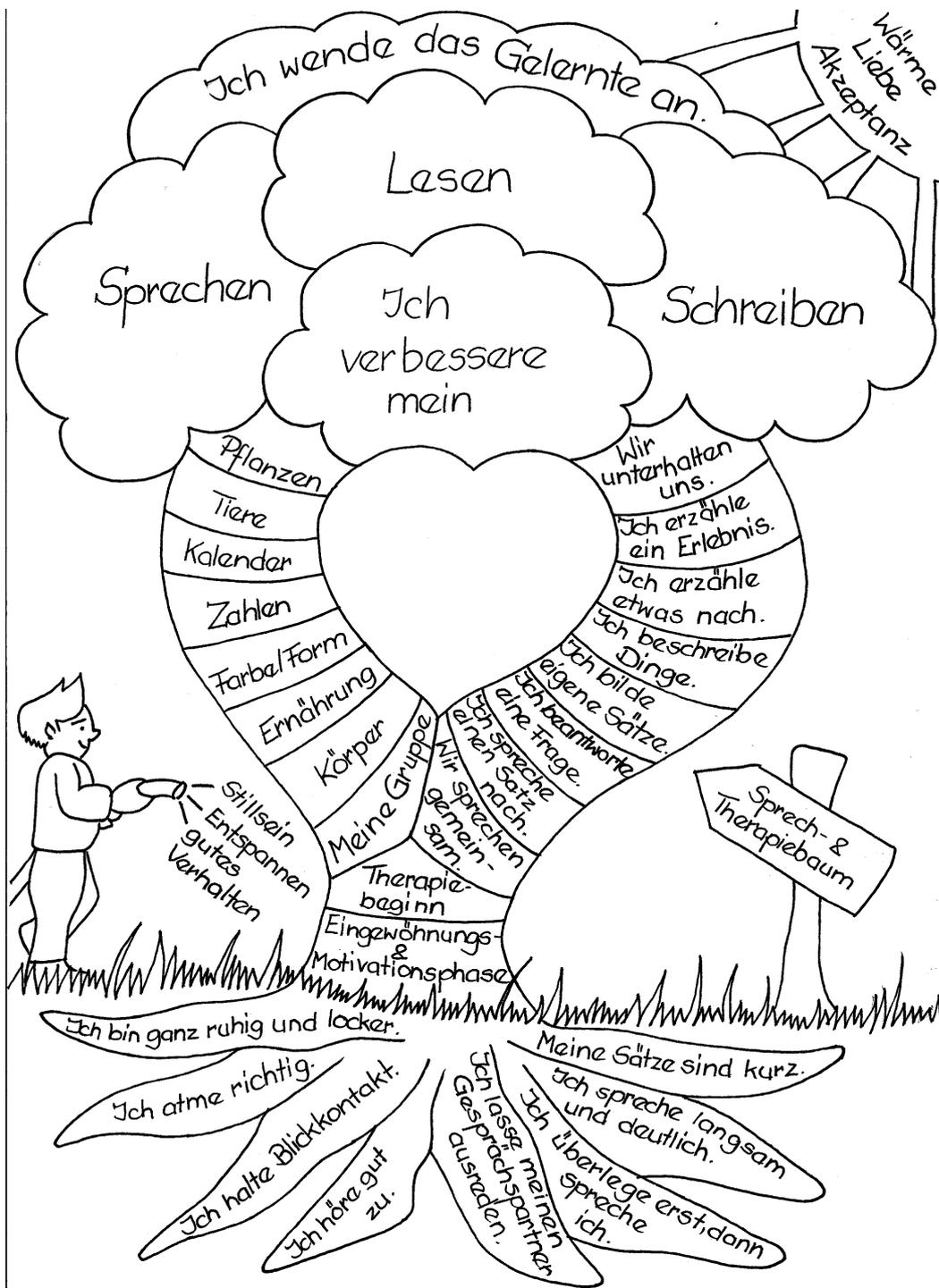


Abbildung 1: Sprech- und Therapiebaum der Schulkinder der Psychosomatischen Reha-Fachklinik EUBIOS (EUBIOS, 2005).

### 3 Stottern

Die Sprache stellt eine komplexe, strukturierte und stabile Tätigkeit dar, welche von einzelnen psychischen Faktoren bedingt werde. Sprache sei nach Lindner (1977) ein System, welches auf unterschiedliche psychische Leistungen und Beziehungen beruht.

Reden ist Silber, Schweigen ist Gold? Sprache und Sprechen gehören zu unserer Kultur. Dem stotternden Menschen steht das gesprochene Wort nur eingeschränkt zur Verfügung. Wer die Normen des Sprechens nicht erfüllt, schafft Unsicherheiten, Unverständnis und Verwirrungen bei Anderen, wodurch eine Einordnung in Schemata erfolgt. Der Stotternde wird etikettiert. Diejenigen, welche aus der Norm fallen haben es schwer.

#### 3.1 Definition

Stottern stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar. Vielmehr ist es ein Syndrom, welches sich aus sprachlichen, motorischen und psychosozialen Symptomen zusammensetzt. Die Redewendung „Wenn zwei das Gleiche tun, ist es noch lange nicht dasselbe“ ist auch für die Definition des Stotterns von großer Bedeutung. Die Ausformung der Symptomatik wird von unterschiedlichen Lern- und Entwicklungsgeschichten beeinflusst. Stottern stellt in der Regel kein konstantes Phänomen dar, betrifft jedoch immer die gesamte Kommunikation (vgl. Ochsenkühn & Thiel, 2005).

Das idiopathische Stottern ist eine häufige und bekannte Sprechstörung, welche sich ohne erkennbaren Anlass in der Kindheit entwickelt. Die Stotterforschung stellt einen vielfältigen Bereich dar, welcher von der jeweiligen historischen Strömung geprägt war. So stammt die erste wissenschaftliche Definition zum Stottern von Kussmaul (1877; zitiert nach Natke, 2000), welche die Begriffe „spastische Koordinationsneurose“ beinhaltete. Eine allgemeingültige Definition zum Phänomen Stottern konnte trotz aller Bemühungen, aufgrund der Komplexität und ihrer zahlreichen Ursachenkonstellation nicht gefunden werden. Oft entfachen verschiedene Definitionen Diskussionen, vor allem wenn die Definition Spekulationen zu den Ursachen beinhaltet. So beschreibt Coriat (1933; zitiert nach Natke, 2000, S.7) Stottern als „*a psychoneurosis caused by the persistence into later life of early pregenital oral nursing, oral sadistic, and anal sadistic components*“ und Johnson (1958; zitiert nach Natke, 2000, S.7) beschreibt es wie folgt: „*anticipatory, apprehensive, hypertonic avoidance reaction*“. Aus diesem Grund wird heute häufig die

Definition von Wingate (1964) gewählt, da diese Begriffsklärung das Stottern nicht auf psychologische oder physiologische Störungen reduziert. Sie gilt als klassische Bezeichnung und kann als deskriptive Beschreibung gesehen werden:

„The term `stuttering` means:

1. (a) *Disruption in the fluency of verbal expression, which is (b) characterized by involuntary, audible or silent, repetition or prolongations in the utterance of short speech elements, namely: sounds, syllables, and words of one syllable. These disruptions (c) usually occur frequently or are marked in character and (d) are not readily controllable.*
2. *Sometimes the disruptions are (e) accompanied by accessory activities involving the speech apparatus, related or unrelated body structures, or stereotyped speech utterances. These activities give the appearance of being speech-related struggle.*
3. *Also, there are not infrequently (f) indications or report of the presence of an emotional state, ranging from a general condition of `excitement` or `tension` to more specific emotions of a negative nature such as fear, embarrassment, irritation, or the like. (g) The immediate source of stuttering is some incoordination expressed in the peripheral speech mechanism; the ultimate cause is presently unknown and may be complex or compound.“ (Wingate, 1964, S. 74)*

Neben verschiedenen Definitionen existieren auch unterschiedliche Synonyme für den Begriff Stottern (vgl. Wieser, 2002):

- idiopathisches Stottern: von sich aus, ohne äußeren Anlass entstandenes Stottern,
- Balbuties (aus dem lateinischen *balbutire*: stammeln, stottern, lallen),
- Redeflussstörungen: umfasst auch das vom Stottern abzugrenzende „Poltern“,
- Sprechablaufstörung, Sprechunflüssigkeit: in der Praxis häufig gebrauchte Synonyme für Stottern,
- „Stuttering“: im Amerikanischen verwendet,
- „Stammering“: im Englischen verwendet.

Wie oben schon genannt findet der Begriff „Stottern“ nicht nur im Fachterminus Verwendung, sondern stellt auch einen Begriff innerhalb der Alltagssprache dar. Dies hat zur Folge, dass der Begriff „Stottern“ verschiedenen Klischees, Zerrbildern, Witzen und Abwehrhaltungen ausgesetzt ist (vgl. Wieser, 2002). Die daraus resultierten Assoziationen mit Schwäche und Vorurteilen stellen einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die

Betroffenen dar. Eine Möglichkeit dem entgegen zu wirken, könne die Etablierung des Begriffes „ein Stotternder“ sein. Die Streichung stigmatisierender Begriffe „Stottern“ bzw. „ein Stotterer“ hingegen, würde nur bedingt hilfreich sein. Vielmehr ist es wichtig, wie auch bei anderen charakterisierenden Begriffen, wie z.B. Psychotherapie sich von vorgefertigten Meinungen zu befreien.

## **3.2 Phänomenologie**

Was versteht man unter Stottern und wie lässt sich dieses Phänomen beschreiben?

Eine Klassifikation der auftretenden Symptome des Stotterns ist für die Diagnostik, Therapieplanung und Prognose unabdingbar. Van Riper (1982) unterscheidet die Stottersymptomatik in äußere oder körperliche und innere oder psychische Symptome.

### **3.2.1 Äußere Symptome (*overt features*)**

Äußere Symptome erscheinen in ihrem Auftreten in einer großen Variabilitätsbreite. Einige Personen stottern leicht, die anderen stottern schwer. Jedoch gibt es auch Sonderfälle, in denen ein ungeschulter Beobachter das Stottern nicht erkennt und das Beobachtete Verhalten sich in Charakterbeschreibungen äußert. Dies wird als „inneres“ oder „kaschierendes“ Stottern benannt. Oft haben die Betroffenen Strategien, so genannte Copingstrategien entwickelt, um äußere Symptome z.B. in Form von steifer Körperhaltung oder Aufblähen der Nasenflügel zu verstecken. Äußere Symptome lassen sich in Kernverhalten und Begleitsymptomatiken unterscheiden (Wieser, 2002, S. 19f):

#### a) Kernverhalten

Das Kernverhalten des Stotterns, welches nur im Redefluss auftritt, zeigen die stotternden Personen in unterschiedlichem Ausmaß. Dieses Kernverhalten beinhaltet Repetitionen, Prolongationen und Blocks.

#### - *Repetitionen (Wiederholungen):*

- von Wörtern (z.B. kann-kann kann),
- Silben (z.B. ka-ka-ka-kann),
- Lauten (z.B. k-k-k-kann),

Diese Repetitionen können zu Blocks werden.

#### - *Prolongationen (Dehnungen):*

sind hörbare Unterbrechungen des Redeflusses. Jedoch wird die Lautproduktion

beziehungsweise die Atmung fortgesetzt (z.B. aaaaaber, ffffffffast, ...). Häufig sind Vokale, Frikative und Nasale betroffen, seltener können auch Explosivlaute betroffen sein, welche dann zu Kontinuanten werden.

- *Blocks (Blockierungen):*

Hierbei wird die Bewegung der Artikulatoren gestoppt sowie der Atemfluss und die Lautproduktion unterbrochen (z.B. -----kann). Auch der Luftstrom im Kehlkopfbereich kann unterbrochen (laryngealer Block) sein. Dies führt zu einer Verengung bzw. einem Verschluss im Ansatzrohr oder der Artikulationsorgane (artikulatorischer Block). Diese Unterbrechungen zeigen sich auch in den Gesten, der Mimik oder auch der Grobmotorik (Gehen). Eingefrorene Blocks können sich mit Repetitionen lösen (z.B. --p---p----Pause).

b) Begleit- oder Sekundärsymptomatik

Begleit- oder Sekundärsymptome können als erlernte Reaktionen auf Kernsymptome angesehen werden. Die Sekundärsymptome machen den größeren Teil an Abnormität des Stotterns, z.B. in Form von plötzlichem Zucken mit dem Körper oder Kieferzucken aus. Begleit- und Sekundärsymptome können gleichzeitig oder abwechselnd auftreten und bedingen einander. Man unterscheidet hierbei Muskelanspannungen, Fluchtverhalten und Vermeidungsverhalten. Jeder Stotterer besitzt ein Repertoire davon, jedoch sind diese in der Praxis nicht leicht zu trennen.

- *Muskelanspannungen:*

haben die funktionelle Aufgabe, Repetitionen oder Prolongationen zu beenden. Aufgrund einer Automatisierung können sie nur schwer unterdrückt, unterlassen oder verändert werden. Stark ausgeprägte Symptomatiken zeigen eine ganze Abfolge von Muskelanspannungen um das Kernverhalten zu verstecken. Diese Muskelanspannungen reichen von kaum wahrnehmbar bis hin stark auffälligen und völlig dysfunktionalen Körpermustern. Dieses Verhalten dient zur Beendigung des Stotterns.

- *Fluchtverhalten:*

kann als Reaktion auf Kernsymptomatik verstanden werden und damit als Flucht aus dem Stotterverhalten. Dabei kann es zu Laut- und Wortabbrüchen, zu Satzabbrüchen mit Neubeginn, zum Aufschub eines Vokals kommen.

- *Vermeidungsverhalten:*

ist eine Reaktion auf die Antizipation des Kernverhaltens. Es kommt zu Umschreibungen, Satzumstellungen Vermeidung von Wörtern oder Lauten auf der verbalen Ebene. Auch die Sprechgeschwindigkeit oder das stimmliche Verhalten, z.B. in Form von Flüstern wird verändert. Embolophonien (Flicklaute wie „äh“, „mmh“) und Embolophasien (Flickwörter

oder Satzteile) werden benutzt und häufig kommt zu Veränderungen der Prosodie (d.i. Dynamik, monotone Sprechmelodie, arrhythmisches Sprechen, reduzierte Sprechpausen, überhasteter Sprechensatz). Auf nonverbaler Ebene zeigt sich Vermeidungsverhalten zum Beispiel in Form von fehlendem Blickkontakt. Das Vermeidungsverhalten kann sich auf die weitere Lebensgestaltung, z.B. Vermeiden von Telefonaten auswirken.

### **3.2.2 Innere Symptome (covert reactions)**

Unter den inneren Symptomen werden Reaktionen, Affekte und Einstellungen einer Person auf ihr Stottern verstanden. Häufig sind diese von anderen Personen unerkennbar und nur über die Introspektionsfähigkeit und –bereitschaft des Stotternden selbst zu erschließen. Affekte, welche im Zusammenhang des Stotterns stehen, werden meist den negativen Gefühlen zugeordnet. Darunter zählen Gefühle wie Angst, Scham, Aggression, u.a. Häufig handeln die betroffenen Stotterer und auch die Umgebung des Stotternden nach dem Motto, „ich unterdrücke die Gefühle, die mein Stottern auslösen“. Man geht davon aus, dass „das Auftauchen von Emotionen in Zusammenhang mit dem Stottern [...] nicht alleine auf den Stottermoment in der Gesprächssituation beschränkt [ist], sondern [...] als ein zum Stotterbewusstsein gehörendes Hintergrundbild zu verstehen [ist].“ (Wieser, 2002, S. 23). Der Affektausdruck kann damit als emotionaler Ausdruck einer Stottergeschichte gesehen werden. Natke (2000) beschreibt die Gefühle von Scham, Verlegenheit und Schuld als nach dem Stottereignis auftretend. Die aus der vegetativen Symptomatik resultierenden Zeichen, wie Erröten, Schwitzen oder Herzrasen werden zusätzlich zum Stottern als körperlicher Kontrollverlust erlebt. Natke (2000) zählt weiterhin zu den inneren Symptomen ein negatives Selbstbild sowie stottertypische Eigenschaften. Stottertypische Gedanken, wie beispielsweise „Das geht sicher wieder schief“, oder „Wenn ich stottere, denkt er sicher, dass ich dumm bin“, können bereits sehr früh in Erscheinung treten. In besonders schweren Fällen kann Stottern depressive Verstimmungen und Suizidgedanken auslösen. Wieser (2003) weist darauf hin, dass auch über den eventuellen „Krankheitsgewinn“ von Stottern nachzudenken sei. Beispielsweise könnte so das Stottern als Auslöser für einen Aufmerksamkeitsgewinn gesehen werden, wobei jedoch zu bedenken sei, dass Stottern dabei nicht als bewusste Strategie eingesetzt werde.

### 3.3 Epidemiologische Daten

#### Auftreten von Stottern, Inzidenz- und Prävalenzrate

Stottern im Kindesalter stellt in unserem Kulturkreis ein weit verbreitetes und bekanntes Phänomen dar. Mit zunehmendem Alter verringert sich hingegen die Akzeptanz. Stottern stellt ein universelles Phänomen dar. Das heißt, „es tritt in jedem Kulturkreis auf und ist unabhängig vom sozialen Status.“ (Wieser, 2002, S. 28). Die Häufigkeit des Auftretens innerhalb einer Population einer Krankheit bzw. einer Störung, wird durch die Inzidenz- und Prävalenzrate angegeben. Der Anteil der Gesamtbevölkerung, welcher auf die Lebensspanne bezogen irgendwann das untersuchte Phänomen zeigt, also die Inzidenzrate, beträgt „fünf Prozent“. Länger als sechs Monate andauerndes Stottern von Kindern sei hier schon mit einbezogen. Der Anteil an der Gesamtbevölkerung, welcher zu einem bestimmten Zeitpunkt das untersuchte Phänomen Stottern belegt, also die Prävalenzrate, beträgt „einen Prozent“. Trotz dessen keine genauen Studien vorliegen, wird auch der Anteil an Stotternden in der erwachsenen Bevölkerung mit „einem Prozent“ angenommen (vgl. Natke, 2000). Bei Epilepsie, Zerebralparese und anderen neurologischen Syndromen ist Stottern häufiger verbreitet. So geht beispielsweise Conture (2000; zitiert nach Natke, 2000) davon aus, dass etwa 10- 20 Prozent aller stotternden Kinder an einem Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS) leiden.

#### Familiäre Häufungen

Nekahm & Zorowka (2000, zitiert nach E. Wieser, 2002) gehen von einer 30- 40 prozentigen familiär gehäuften Auftretswahrscheinlichkeit von Stottern aus. 51 Prozent der stotternden Personen gaben in einer Untersuchung von West, Nelson und Berry (1939; zitiert nach Natke, 2000) an, stotternde Verwandte zu haben. Der Anteil bei den nicht stotternden Personen hingegen belief sich auf 18 Prozent. Ergebnisse aus Zwillingsstudien belegen den Einfluss von genetischen Faktoren bei der Entstehung von Stottern. Man geht davon aus, dass Stottern nicht vererbt wird, sondern, dass eine Prädisposition im Sinne einer Vulnerabilität besteht. Da es beispielsweise keine Unterschiede zwischen stotternden und nicht stotternden Personen in EEG Befunden gibt, müssen Umweltfaktoren und andere Einflüsse mit bedacht werden. Es sei nicht möglich, eine genetische Disposition als Voraussetzung welche direkt zum Stottern führt, zu sehen (vgl. Wieser, 2002). Andrews et al. (1991; zitiert nach Natke, 2000) erwägen in Bezug auf eine Studie mit 3810 zufällig gewählten Zwillingspaaren, dass die Wahrscheinlichkeit für

das Stottern zu 71 Prozent den genetischen Faktoren und zu 29 Prozent den Umgebungsfaktoren zuzuschreiben seien. Demnach spielen offenbar genetische- sowie Umweltfaktoren bei der Entstehung des Stottern eine bedeutende Rolle.

### Geschlechterverteilung

Anhand verschiedener Untersuchungen geht man davon aus, dass etwa gleich viele Jungen wie Mädchen mit stottern beginnen. Häufig verlieren Mädchen durch eine voranschreitende Sprachentwicklung das Stottern wieder. Mit zunehmendem Alter und bei Erwachsenen liegt die Verteilung dann bei 4:1 bis 5:1 (Männer : Frauen) (vgl. Bloodstein, 1995). Die Ursachen für diese Unterschiede sind weitestgehend unbekannt und nicht belegt. Eine Annahme beruht auf Untersuchungen zum geschlechtsspezifischen Spracherwerb, „dass weibliche Kinder dispositionell und konstitutionell ein stabileres neuromuskuläres Sprechkontrollsystem haben,“ als Jungen die zum Beispiel „häufiger Störungen der Sprachentwicklung und der Artikulation“ aufweisen.“ (Wieser, 2002, S. 28). Untersuchungen zu Auswirkungen von geschlechtsunabhängiger Erziehung gelten als sehr umstritten. So beschreibt Goldmann (1965, 1967) eine Annäherung der Geschlechterverteilung in „matriarchalischen Familien“ (vorwiegende und beständige Anwesenheit der Mutter) als in „patriarchalischen Familien“ (vorwiegende und beständige Anwesenheit des Vaters) (zitiert nach Wieser, 2002). „Ein Zusammenhang zu Erwartungen, Erziehungsstilen und Verhaltenssanktionen“ konnte hergestellt jedoch nicht vollständig belegt werden (Wieser, 2002, S. 29).

### Entstehungszeitpunkt, Remission und Differentialdiagnose

In der frühen Kindheit kann im Rahmen der Sprachentwicklung das idiopathische Stottern auftreten. Eine Phase der Entwicklungsunflüssigkeit durchlaufen etwa 80 Prozent aller Kinder. Bei etwa fünf Prozent dieser Kinder zeigen sich Symptome für einen chronischen Stotterverlauf. Von diesen Kindern können etwa vier Prozent bis zur Pubertät flüssig sprechen (Johannsen, 2001; zitiert nach Wieser, 2002). Die allgemeine Remissionsrate beläuft sich auf 70- 80 Prozent. Natke (2000) weist darauf hin, dass es sich nur bei etwa 40- 50 Prozent um eine spontane Remission handelt, da der vermutete Therapiebedarf dem Kind nicht vorenthalten werden darf. Als verlässliche Prädiktoren für eine spontane Remission zählen bessere phonologische Fähigkeiten sowie geringes Auftreten des Stotterns innerhalb der Familie. Starkweather (1997b; zitiert nach Natke, 2000) geht davon

aus, dass die Hälfte aller stotternden Kinder das Stottern auch ohne Therapie verlieren. Nach Andrews (1985; zitiert nach Natke, 2000) entstehen 50% der Unflüssigkeiten aller stotternden Kinder vor dem vierten Lebensjahr, 75% bis zum fünften Lebensjahr, 91% bis zum sechsten Lebensjahr. Etwa nach dem 12. Lebensjahr ist fast kein Stotterbeginn mehr zu erwarten. Vom idiopathischen Stottern sind andere Redeflussstörungen wie Poltern, neurologisch bedingte Sprach- und Sprechstörungen, psychogenes Stottern oder Stottern in Zusammenhang mit Hirnschäden oder geistiger Behinderung abzugrenzen.

### Unterschiede zwischen stotternden und nichtstotternden Personen

Laut Natke (2000) rückten in der Phase der monokausalen Theoriebildungen Untersuchungen zur Persönlichkeit von Stotterern in den Fokus der Aufmerksamkeit. Sheehan (1970; zitiert nach Natke, 2000) kommt zu dem Schluss, dass stotternde Personen kein gemeinsames Persönlichkeitsprofil aufzeigen und sich nicht von normal sprechenden Personen unterscheiden. Bloodstein (1995) geht davon aus, dass Stotterer nicht sozial fehlangepasst seien als Normalsprecher. Hiervon abzugrenzen seien jedoch Bereiche, die einen direkten Zusammenhang zum Stottern besitzen. Persönlichkeitseigenschaften wie Nervosität, Misstrauen, Ängstlichkeit und leichte Reizbarkeit, welche lange Zeit den Stotterern zugeschrieben wurden, können demzufolge nicht verallgemeinert werden. Schulze (1989, 1992) kam bei seinen eigenen Untersuchungen und einer gründlichen Zusammenfassung von vorliegenden Daten zu dem Schluss, dass Eltern von stotternden Kindern keine typischen Persönlichkeitsmerkmale aufweisen. Andere Studien mit Eltern deren Kinder schon über einen längeren Zeitraum stotterten, zeigten jedoch, dass diese Eltern einen höheren Wert hinsichtlich Perfektionismus und Dominanz sowie höhere Anforderungen und Erwartungen an die Sprache besitzen. Aufgrund der widersprüchlichen Daten, kann keine definitive Aussage getroffen werden. Verschiedene Studien zur Intelligenz zeigten auf, dass stotternde Schulkinder durchaus Werte im Normbereich oder geringfügig niedrigere Werte erreichen. Schindler (1955; zitiert nach Natke, 2000) zeigte durch seine Untersuchungen mit Kontrollgruppen, dass der IQ bei stotternden Gruppen etwa um die 95 lag, der IQ der nicht stotternden Gruppe hingegen wies einen durchschnittlichen IQ von 100 auf. Da bei der Untersuchung auch auf verbale Tests zurückgegriffen wurde, kann davon ausgegangen werden, dass das Stottern die Testergebnisse beeinflusst haben könnte. Häufig weisen stotternde Kinder eine Sprachentwicklungsverzögerung sowie Artikulationsstörungen auf (Berry, 1938; Andrews & Harris, 1964; zitiert nach Natke, 2000).

Schätzungen zu Folge liegen stotternde Kinder im Durchschnitt etwa 6 Monate in ihrer sprachlichen Entwicklung zurück. Accordi et al. (1983; zitiert nach Natke, 2000) fanden in ihren Untersuchungen von 2802 stotternden Personen zu 27,8% zusätzlich zum Stottern eine Sprechstörung. Bei 1602 nicht stotternden Personen lag der Prozentsatz bei 6,5%. Jedoch ist hier bei dieser Untersuchung zu berücksichtigen, dass weniger als die Hälfte der Probanden eine zusätzliche Sprechstörung aufweisen. In Tests zur zentralen auditiven Verarbeitung weisen Stotternde geringe Punktwerte sowie langsame Reaktionen für den Stimmeinsatz auf. Gehäuft, so scheint es, treten Lateralisierungsanomalien (gehäufte rechthemisphärische Aktivierung) auf. Auch die Behauptung, eine Umerziehung der Linkshändigkeit habe das Stottern zur Folge, konnte nicht abgesichert werden. Oft sind diese Befunde sehr widersprüchlich und im Interpretationsrahmen unklar. Natke (2000) gibt in seinen Veröffentlichungen zu bedenken, dass die Stotterforschung meist erwachsene Stotterer einbezieht, woraus sich ein Ursachen-Folgeproblem ergebe. Welche Faktoren können der Entstehung und Verursachung, welche der Aufrechterhaltung oder der Folge zugeschrieben werden?

### **3.4 Entwicklungsverläufe**

#### Kindliche Sprechunflüssigkeiten

Stottern beginnt, wie bereits schon erwähnt, im Kleinkindalter im Rahmen der Sprachentwicklung. Frühestens zeigen sich Anzeichen für manifestes Stottern im Alter von zwei Jahren. Die Auffassungen zur Stotterentwicklung sind sehr unterschiedlich, ein prototypischer Verlauf kann demnach nicht verzeichnet werden. Bei einigen Kindern ist eine langsame Zunahme an Stottersymptomen zu erkennen, bei anderen Kindern zeigen sich innerhalb von kurzer Zeit starke Kern- und Begleitsymptome. Zum Spracherwerbsprozess gehören altersgemäße Unflüssigkeiten dazu. Man geht davon aus, dass Entwicklungsunflüssigkeiten, wie z.B. Sprechpausen oder Ganzwortwiederholungen den Erwerb einer komplexen Sprachstruktur unterstützen. Vermutet werden hierbei zwei Erklärungsebenen: die organisch-konstitutionellen Faktoren sowie psycholinguistische Einflüsse (vgl. Hansen & Iven, 2002). Daraus ergibt sich die Frage nach der Unterscheidung zwischen normalen Sprechunflüssigkeiten und stottertypischen Sprechunflüssigkeiten. Yairi (1997b) unterscheidet hierbei verschiedene Dimensionen bezüglich des frühen Stotterns:

- Quantität (größere Auftretenshäufigkeit, größere Anzahl von Wiederholungen,

längere Dauer)

- Qualität (häufigeres Auftreten von Sprechunflüssigkeits-Clustern, Verhältnis von verschiedenen Sprechunflüssigkeitstypen und Anzahl von Wiederholungseinheiten)
- physikalische Dimensionen (akustische Eigenschaften)
- physiologische Dimensionen (spannungsreiche Mitbewegung)

Diese Unterschiede finden sich bereits kurz nach Erstauftreten des Stotterns und können somit von normalen Sprechunflüssigkeiten unterschieden werden. Bleibt das Stottern bestehen, handelt es sich um einen progressiven Krankheitsverlauf, wobei die Symptome des Stotterns bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben. Daraus ergibt sich, dass sich die Symptome zu Beginn des Stotterns stark von den Symptomen im Jugendalter oder Erwachsenenalter unterscheiden. Dieser Verlauf ist nicht kontinuierlich sondern ist geprägt von Phasen. Es ist durchaus möglich, dass der Betroffene Episoden mit starker Symptomatik bis hin zu stotterfreien Zeiträumen aufweist.

### 3.5 Ätiologie

Die Ansichten zu den Ursachen des Stotterns sind unterschiedlich. Man kann jedoch davon ausgehen, „daß es nicht die Ursache für das Stottern gibt- sondern daß es vielmehr aus einem Bedingungsgefüge entsteht.“ (Mileke, 1993, S. 33). Das nachfolgende Beispiel aus der Praxis soll dies bekräftigen:

*„Ein 18jähriger Jugendlicher erschien mit hohem Leidensdruck in der Sprechstunde. Er gab an, daß ihm bewußt geworden sei, daß er trotz voraussichtlich sehr gutem Abitur Probleme in seiner weiteren beruflichen und privaten Lebensgestaltung haben werde. Auf Befragen gab er an, daß sein Vater und ein Cousin des Vaters geringgradig stottern. Er selbst habe sich sprachlich normal entwickelt, habe zeitig gut gesprochen. Kleine Unflüssigkeiten des Sprechens im 3. Lebensjahr hätten sich zur Freude der Eltern gegeben. Mit etwa viereinhalb Jahren sei er mit einer Verbrennung einige Wochen stationär behandelt worden. Er habe unter der Trennung sehr gelitten, habe im Krankenhaus kaum gesprochen, und nach der Entlassung habe er gestottert. Er sei schon vorher ein ängstliches Kind gewesen; danach sei er nicht allein geblieben, habe große Furcht vor Dunkelheit und vor Fremden gehabt. Die Mutter sei sehr liebevoll gewesen, während der Vater, der häufig abwesend war, einen „richtigen Jungen“ aus ihm machen wollte und recht streng zu ihm gewesen sei. In der Schule habe er einen Freund gefunden, mit dem er noch heute guten Kontakt habe. Das Lernen sei ihm leicht gefallen; er habe nach anfänglichen*

*Hemmungen auch mündlich mitgearbeitet. Lediglich im Sport habe er meist schlechte Noten gehabt. Er sei nicht sehr geschickt. Auch Zeichnen sei nicht gerade sein Lieblingsfach gewesen. Er habe insgesamt in der Schulzeit, besonders in höheren Klassen, eine recht anerkannte Position gehabt. Das Stottern habe ihn weniger gestört, über längere Zeiten sei es kaum aufgefallen. Mit etwa 14 Jahren habe sich das Sprechen allmählich verschlechtert. In dieser Zeit gab es mehrere Ereignisse, die damit im Zusammenhang stehen könnten. Zum einen habe er Probleme mit sich gehabt; Er habe viel über den Sinn des Lebens gegrübelt, oft stundenlang wach gelegen, habe sich in der Schule schlecht konzentrieren können und sei auch leistungsmäßig abgefallen. In dieser Zeit habe er sich sehr heftig in ein Mädchen verliebt, das seine Werbungen aber nicht ernst nahm, ihn sogar einmal nachhäffte. Das habe ihn schwer getroffen. Seitdem werde er das Gefühl nicht mehr los, weniger wert zu sein als Nichtstotternde. Er habe seitdem auch Probleme, Mädchen „anzumachen“. Er spreche dann viel schlechter als sonst, werde sogar rot. Leider sei es auch zu Hause weniger harmonisch als früher. Der Vater sei oft sehr gereizt, ungerecht zur Mutter, die seit einigen Jahren wieder berufstätig ist und im Haushalt seitdem auch mal etwas liegen läßt. Er glaube, sein Vater, der beruflich seine ehrgeizigen Wünsche nicht ganz erfüllt sieht, sei neidisch auf die ausgeglichene, zufriedene berufstätige Mutter. Statt ihr zu helfen kritisiert er ständig an ihr herum. Der junge Mann äußerte, daß er nach dem Abitur möglichst in einer anderen Stadt studieren wolle. Er beabsichtigte, später mal auf dem Gebiet der Wirtschaft tätig zu werden. Aber das gehe j alles nur, wenn er wieder besser spreche und sein Selbstbewusstsein wiederfinde.“(Mielke, 1993, S. 33 f.).*

Betrachtet man die oben aufgeführte Lebensgeschichte näher, erkennt man, dass mehrere Bedingungen für eine Redeflussstörung enthalten sind. Welcher Faktor ist nun der wesentliche?

Um den Leidensdruck des Stotternden zu lindern und ihm eine erfolgreiche Behandlung anbieten zu können, ist es unabdingbar, die Faktoren heraus zu filtern, die den Stotternden noch beeinflussen (vgl. Mielke, 1993).

Die meisten Studien hinsichtlich der **Ätiologie** beziehen sich auf Untersuchungen mit erwachsenen Stotterern. Inwieweit man diese Ergebnisse auf Kinder und Jugendliche übertragen kann, bleibt noch ungeklärt. Conture (1991, S. 46) erläutert:

*„Kinder, die stottern sind keine kleinen Erwachsenen, die stottern. (...) Als Ergebnis lässt sich feststellen, dass Studien über stotternde Erwachsene für Kinder nicht zutreffen.“*

Allgemein kann gesagt werden, dass bei den Theoriebildungen zu Entstehung,

Aufrechterhaltung und Verlauf des Stotterns zwischen disponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen unterschieden werden muss (siehe Abbildung 3).

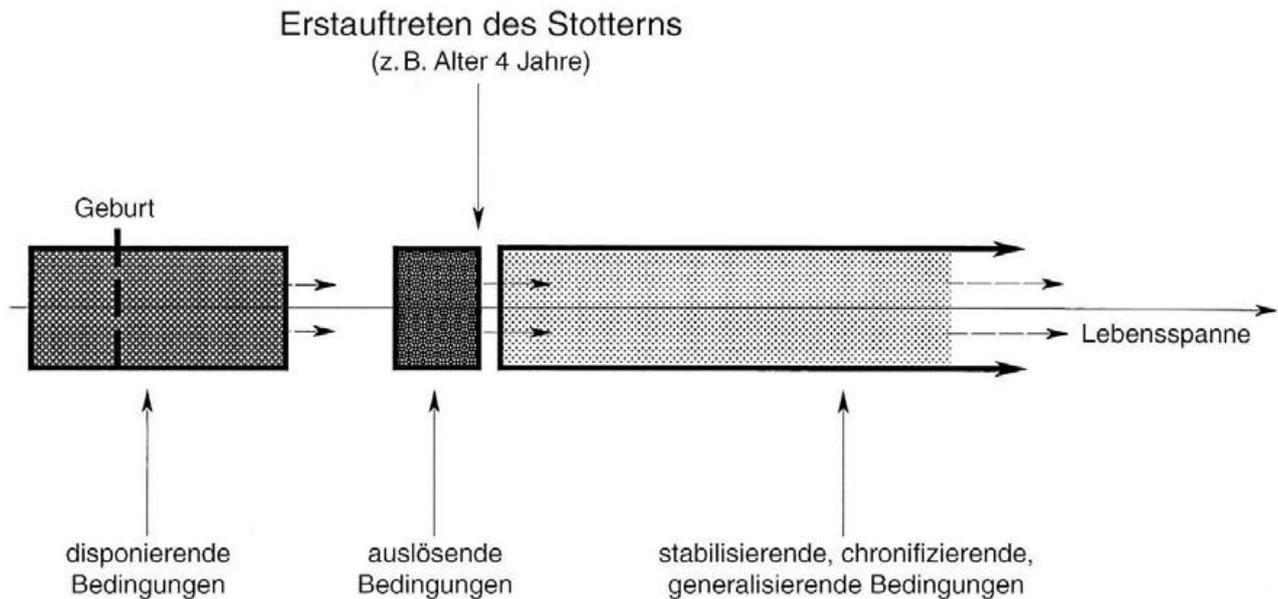


Abbildung 3: Ätiologische Bedingungskonstellationen des kindlichen Stotterns (Schulze et al., 1991)

Wissenschaftliche Hypothesen unterliegen gesellschaftlichen Strömungen, auch Theorien über die Entstehung des Stotterns unterliegen einem gesellschaftlichen Wandel. Bis Anfang der 70er Jahre, welche von sozialpsychologischer und systemischer Krankheitsauffassung geprägt waren, ging man davon aus, dass die Ursache von Redeflussstörungen im Elternverhalten und in sozialen Faktoren zu finden sei. Die daraus resultierende Therapie richtete sich auf die Beeinflussung der Umweltvariablen. Einstellungen und Verhaltensmuster der Eltern gegenüber ihrem stotternden Kind sollten einer Veränderung unterliegen. Teilweise wurden Kinder komplett aus der Therapie ausgeschlossen. Untersuchungen von z.B. Cooper, 1979 ergaben, dass sich Eltern von stotternden Kindern im Elternverhalten nicht von anderen Eltern unterschieden (vgl. Ochsenkühn & Thiel, 2005). Daraufhin verlagerte sich das Interesse der Forschung auf Zusammenhänge von Stottern und linguistischen Fähigkeiten sowie auf neuromotorische Abläufe. Neue Erklärungsansätze gehen davon aus, dass „Stottern als Störung der Sprechmotorikkontrolle bzw. als Timingproblem im Zusammenhang mit der Sprechplanung und -ausführung“ verstanden werden kann (Ochsenkühn & Thiel, 2005, S. 26).

### 3.6 Therapie- ein Überblick

Die zahlreichen Behandlungsmethoden um stotternden Menschen zu helfen, reichen von rein symptomatischen bis hin zu psychoanalytischen Interventionen. Hierunter werden auch Verfahren gezählt, welche eine einfache Veränderung des Sprechmusters beinhalten, wie z.B. das rhythmische Sprechen. Sprechtechniken können systematisch, spielerisch oder indirekt vermittelt werden und haben das Ziel einer spontanen Übernahme einer als hilfreich erlebten Sprechweise. Diese Sprechhilfen (siehe Tabelle 1), ermöglichen meist eine sehr schnelle Reduktion des Stotterns, jedoch ist der Transfer in den Alltag des Stotterers schwierig. Dennoch geben diese Sprechhilfen dem Betroffenen das Gefühl der Kontrolle über sein Sprechen zurück und können vor allem zu Beginn einer Therapie hilfreich sein.

*Tabelle 1: Sprechtechniken und ihre Wirkungsweise (Aus Ochsenkühn & Thiel, 2005 S. 103)*

<b>Sprechtechnik</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Wirkungsweise</b>
1. Langsames Sprechen	Deutliche Reduzierung des Sprechtempos.	Längere Planungsphase und bessere motorische Kontrolle durch Verlangsamung des Sprechprozesses.
2. Spürendes Sprechen	Schulung der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung während des Sprechvorgangs; genaue taktil-kinästhetische Wahrnehmung des Sprechablaufs.	Ausschaltung der auditiven Eigenkontrolle, Schulung der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung, indirekte Reduktion des Sprechtempos.
3. Prolongiertes Sprechen	Einzelne Wörter werden nicht getrennt voneinander gesprochen, sondern durch die Stimme miteinander verbunden (z. B. meine_Eltern).	Weitgehende Reduzierung neuerlicher Stimmeinsätze; damit sinkt die Wahrscheinlichkeit zu stottern erheblich.
4. Betontes Sprechen	Akzentuiertes Sprechen.	Beim Stottern gehen Rhythmus und Melodie des Wortes verloren. Anwendung einer mit dem Stottern nicht vereinbaren Sprechweise.
5. Anblasetechnik	Vor Beginn des Wortes kontrollierte Ausatmung durch leicht geschlossene Lippen; Beginn der Artikulation des Wortes während der Ausatmung. z. B. <i>phhhoma.</i>	Ermöglicht weiche Stimmeinsätze; zeitliche Entzerrung der Koartikulation*; gut mit spürendem Sprechen (2) kombinierbar.
6. Weiche Stimmeinsätze	Nur bei Vokalen möglich, die Stimmlippen schließen locker und	Kontrollierte Annäherung der beiden

	kontrolliert.	Stimm lippen; dadurch Reduzierung der überhöhten Spannung auf Glottisebene.
7. Langsam, Laut und Deutlich (LLD**) )	Kombination aus 1, 3, 4.	Durch Kombination mehrerer Techniken werden viele mit dem Stottern inkompatible Sprechweisen angenommen; die Wahrscheinlichkeit zu stottern sinkt.
8. Weich, Langsam und Leicht (WLL***) )	Kombination aus 1, 2, 6.	

„Da die Verursachungsmechanismen des Stotterns unbekannt sind und keine Stottertherapie existiert, mit der bei allen stotternden Personen dauerhaft wesentliche Verbesserungen erreicht werden können, scheint eine Kausaltherapie des Stotterns bislang nicht gefunden zu sein.“ (Natke, 2000, S. 78). Da ich mich bei meinen Recherchen primär auf Kinder und Jugendliche beziehe, möchte ich mich im Nachfolgenden auf die Therapie der kindlichen Sprechunflüssigkeiten konzentrieren. Tatsächlich wird im deutschsprachigen Raum der Therapie kleiner, unflüssig sprechender Kinder ein hoher Stellenwert eingeräumt. Diese Kinder werden ab einem Alter von ca. 2 Jahren an LogopädInnen, klinische Stellen mit dem Augenmerk auf Sprach- und Sprechstörungen sowie in seltenen Fällen an PsychologInnen und PsychotherapeutInnen überwiesen. Dabei gilt die Behandlung des Stotterns als Herausforderung, da es beim Fachpersonal die eigenen Kompetenzen in Frage stellen kann. Zunächst erfolgt eine differenzialdiagnostische Abklärung, um das Stottern von normalen Sprechunflüssigkeiten abzugrenzen. „Eine frühe Behandlung wird heute nicht als nachteilig angesehen. Vielmehr geht es den Befürwortern einer später einsetzenden Therapie darum, die begrenzten therapeutischen Ressourcen denjenigen Kindern zukommen zu lassen, die wirklich einer Therapie bedürfen.“ (Natke, 2000, S. 93). Gründe für diese Therapieentscheidungen sind vor allem die hohen Raten an Spontanremissionen, die fehlenden Prädiktoren einer Chronifizierung des Stotterns sowie die unzureichenden Daten in Bezug auf die Effektivität der Therapie. Die Diagnostik, welche einen gemeinsamen Prozess darstellt, schließt eine altersentsprechende Untersuchung des Kindes und der Bezugspersonen mit ein. „Sie setzt sich aus einer spezifischen, auf die Sprechunflüssigkeiten bezogenen *Untersuchung* des Kindes und einer *Anamnese* mit den Bezugspersonen, die sich auf spezifische und allgemeine Entwicklungsverläufe und Besonderheiten in der Entwicklung bezieht, zusammen. Es werden die Kern- und Begleitsymptome eruiert. *Qualität und Quantität der verbalen Symptomatik* wird bestimmt, beim kleinen Kind zumeist über Spielsituationen, bei älteren Kindern werden auch andere Sprechleistungen (zum Beispiel Lesen) überprüft.

Weitere Fragestellungen und Beobachtungen umfassen die Bereiche Kommunikationsanalyse, psychische Reaktionen, wie zum Beispiel emotionale Belastung durch das Stottern, weiter die Einschätzung der Risikofaktoren sowie Einschätzung, Sichtweise und Umgang der Eltern mit dem unflüssig sprechenden Kind.“ (Wieser, 2002, S.52). Ein therapeutischer (Nicht-)Ansatz zielt allein durch eine Veränderung des Elternverhaltens darauf ab, das Stottern durch Nichtbeachtung aufzulösen. Ein weiterer Ansatz beruht darauf, nur das stotternde Kind in den Mittelpunkt zu stellen. Diese einseitigen Beratungs- und Therapiekonzepte werden heute verworfen. Gegenwärtig unterscheidet man eine indirekte und direkte Therapie. Die indirekte Therapie beinhaltet die Arbeit mit den Eltern und/ oder die Arbeit mit dem Kind. Dabei liegt die Konzentration nicht auf dem Sprechen (zum Beispiel Spieltherapie). Der direkte Ansatz kann differenziert werden in die Therapie des Sprechverhaltens (Fluence Shaping Ansatz, Ausbau der Sprechflüssigkeit) und die Therapie des Stotterverhaltens (stuttering management, Stottermodifikation, Stotterkontrolle). Meist werden in der Praxis beide Richtungen kombiniert und individuell auf den Stotterer ausgelegt. Alle Therapiebausteine (siehe Abbildung 3) unterliegen einem ständigen Austausch mit dem Kind und deren Bezugsperson. Begleitende Elterngespräche sind dabei unabdingbar.

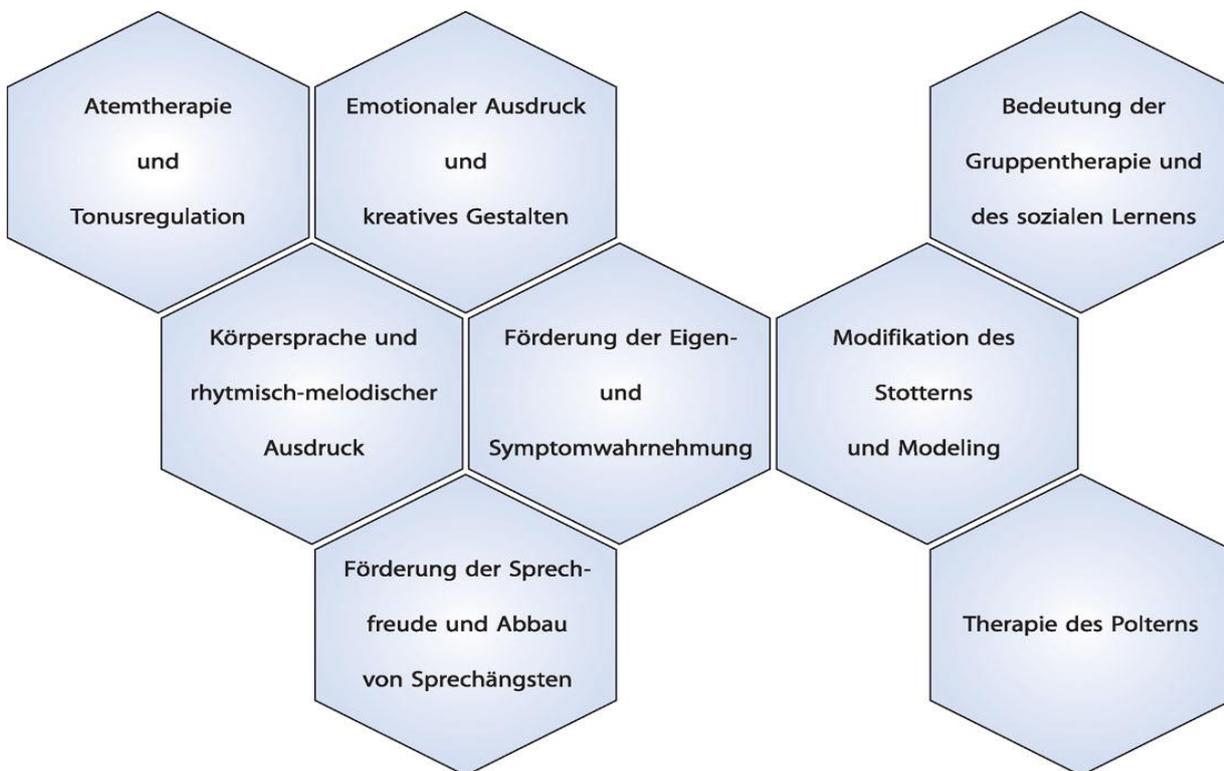


Abbildung 3: Bausteine der Therapie mit dem stotternden Kind (aus Ochsenkühn & Thiel, 2005, S. 123)

Katz-Bernstein (1995) sagt, die Therapie stellt einen Übergangsraum dar, indem das stotternde Kind lernt, seine Balance zwischen Individualität und Sozialisation zu

finden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Alltagsrealität ein Stück weit in die Therapie zu integrieren (zum Beispiel Kontaktaufnahme mit weiteren Bezugspersonen). Die Therapie kann in Form von Einzeltherapien, Gruppentherapien oder aber auch als Intensivtherapie erfolgen. Die Therapie stotternder Erwachsener stellt ein weites Feld verschiedenster Methoden dar. Ein historischer Rückblick zeigt auf, dass die jeweiligen Therapiemethoden von den gerade aktuellen Stottertheorien abhängig sind. So beinhaltete die „Medizinisch-organische „Therapie“ Ansätze, wie zum Beispiel die Resektion von Teilen der Zungenwurzel, [welche] noch 1841 von einem Chirurgen Dieffenbach durchgeführt [wurden].“ (Wieser, 2002, S. 54). Heute werden immer wieder medikamentöse Behandlungen oder apparative Sprechhilfen diskutiert. Ein methodenkombiniertes, mehrdimensionales und individuumorientiertes Vorgehen ist jedoch die häufigste Vorgehensweise. Als psychosoziale Unterstützung gelten Methoden und Therapieansätze, welche Fluence Shaping Methoden und Stottermodifikationen auf Symptomebene beinhalten. Jedoch dürfen die Therapieansätze nicht etwa wahllos miteinander kombiniert werden, wie Iven (1993) verdeutlicht, wäre dies eine Kapitulation gegenüber einem unüberschaubaren Dschungel der Stottertheorien und -therapien. Eine längerfristige Symptombeseitigung gilt bei erwachsenen Stotterern als unwahrscheinlich und damit als unheilbar. Jedoch ist es wichtig zu betonen, dass dies kein Grund der Resignation bietet, weil Stottern veränderbar und kompensierbar bleibt. Ein wichtiger Punkt der Therapie ist die Verbesserung des Selbstwertgefühles und die Veränderung des Selbstkonzeptes im Sinne einer Stotteridentität. Daraus ergibt sich auch die Notwendigkeit der Interdisziplinarität zum Nutzen des Betroffenen. Wieser (2002, S. 55) beschreibt mögliche Ziele aus der Arbeit mit stotternden Menschen wie folgt:

- adäquate kommunikative Sicherheit und Aktivität,
- weiches und fließendes Sprechen und / oder Stottern erreichen,
- nonverbaler Kommunikationsausdruck und Affekte zulassen und in die Persönlichkeit integrieren,
- Wahlmöglichkeiten des Sprechens zur Verfügung haben, Sprechen auch als leicht und spielerisch „(er-)leben“,
- Arbeit am Selbstbild und Selbstkonzept:
  - von einer defizitorientierten zu einer stärkenorientierten Haltung (Kompetenzorientierung),
  - Akzeptanz von Diversität und Individualität,
  - „Sich-ausgrenzen“ und „Ausgrenzen-lassen“ beenden (Resozialisierung, Integration),

- (Sprech-) Freude und Humor als Alltagshilfe entdecken,
- Selbsthilfekompetenzen stärken:
  - Realistischer Umgang mit weiterhin bestehenden (Sprech-) Schwierigkeiten, Krisen und Belastungen.

Selbsthilfegruppen für stotternde Menschen und auch deren Angehörigen bringen einen nicht zu unterschätzenden Therapieeffekt mit sich. Im Vordergrund steht zunächst eine soziale Unterstützung. Die Mitglieder machen in Selbsthilfegruppen erstmal die Erfahrung ohne Angst und Scham zu stottern und profitieren vom starken Gruppengefühl und Erfahrungsaustausch.

## **4 Lebensqualität**

Gesundheit wird nicht nur als Fehlen von Krankheit oder Behinderung gesehen, sondern als „die Fähigkeit zu aktiver Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen und der sozialen und natürlichen Umwelt“ (Stähli, 2004, S. 6). Die WHO (Weltgesundheitsorganisation, „world health organization“) erläutert den Begriff in Anlehnung an die Definition von Gesundheit und versteht Lebensqualität als multimodales nicht direkt beobachtbares Konstrukt, welches physische, psychische, soziale und funktionelle Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit umfasst (vgl. Felder-Puig et al, 2008).

### **4.1 Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität**

Zur Differenzierung des allgemeinen Verständnisses der Lebensqualität etablierte man den Begriff „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (g-LQ), welcher Bereiche, die durch medizinische und psychosoziale Interventionen beeinflusst werden können, beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität unterliegt der Unterscheidung in subjektive und objektive Faktoren, die sich durch Erleben und Bewerten herausbilden. „Das Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ hat sich als wichtiger Zielparameter in der Medizin etabliert. Während es bei erwachsenen Patienten für die Bewertung von Therapien, die Qualitätssicherung von Behandlungsprogrammen und gesundheitsökonomische Berechnungen Berücksichtigung findet, dient es in der Pädiatrie noch fast ausschließlich der Qualitätsüberprüfung bei der Behandlung von schweren oder chronischen Erkrankungen.“ (Felder-Puig et al, 2008, S. 675).

Die Auseinandersetzung mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität blieb lange Zeit auf die Untersuchung mit Erwachsenen beschränkt. Nur 13% der seit 1964 erschienen Publikationen zum Thema Lebensqualität beziehen sich auf die Lebensqualität von Kindern. Die Erforschung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern rückt jedoch immer mehr in den Fokus der Wissenschaft, da die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen trotz steigender Fortschritte in der Medizin zunimmt. Zu bedenken gibt Ravens-Sieberer (2000), dass das Konstrukt Gesundheit aus Sicht von Erwachsenen nicht mit der Sicht von Kindern gleichzusetzen sei. Natur und Verlauf von Erkrankungen sowie emotionale und kognitive Reaktionen seien nicht mit denen der Erwachsenen identisch. Die Erfassung der gesundheitsbezogenen

Lebensqualität von Erwachsenen erfolgt durch das eigene Beurteilen von Erleben und Verhalten. Dies stößt in neueren Forschungen die Frage nach der Zuverlässigkeit der kindlichen Urteilsfähigkeit auf. Trotz der geforderten Einschätzung der Lebensqualität durch die Kinder, sind Fremdbeurteilungsverfahren bei jüngeren Kindern häufig noch die Regel und sehr umstritten. Eltern seien dabei sehr gut in der Lage verhaltensbezogene Probleme, wie z.B. das nächtliche Aufwachen zu beurteilen. Emotionale Probleme, wie z.B. Traurigkeit stellen jedoch bei der Einschätzung eine größere Schwierigkeit dar. Informationsmängel führen zudem zu einer eingeschränkten Kompetenz, z.B. um Situationen in der Schule zu beurteilen. Ravens-Sieberer (2000) schließt daraus, dass Fremdbeurteilungsverfahren vielmehr als zusätzliche Informationsquelle gesehen werden sollten. Eine besondere Möglichkeit neben der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder durch die Eltern, ist die Erfassung der Lebensqualität der Eltern. „Hierbei beurteilen die Eltern nicht als Proxies die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Kinder, sondern machen Angaben darüber, wie sie sich selbst, als „caregiver“, also als Versorgende der chronisch kranken Kinder, im Zusammenhang mit der Erkrankungssituation ihres Kindes fühlen, z.B. in sozialen Aktivitäten, dadurch dass ihnen die Versorgung ihres Kindes keine Zeit mehr lässt, Kontakte mit Freunden aufrecht zu erhalten; oder in emotionaler Hinsicht dahingehend, dass sie vermehrt Ängste um die Gesundheit ihres kranken Kindes aufweisen.“ (Ravens-Sieberer (2000), S. 201f). Im Idealfall sollten Selbstbeurteilungen der Kinder sowie Fremdbeurteilungen durch die Eltern sowie Experten erfolgen, um ein möglichst großes Spektrum der Beurteilung von Lebensqualität zu ermöglichen (siehe Abbildung 4).

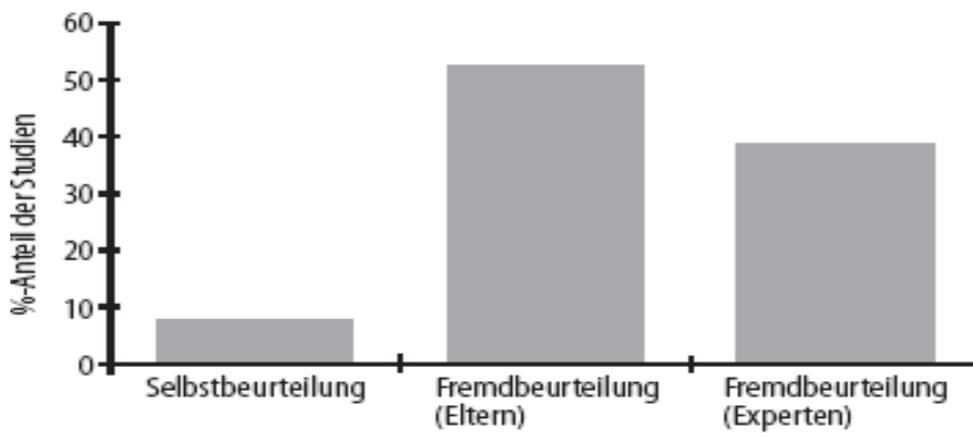


Abbildung 4: Verwendete Verfahren der Lebensqualitätsbeurteilung in Studien bei Kindern und Jugendlichen (Felder-Puig et al, 2008)

Den zentralen Bestandteil bei der Untersuchung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt die subjektive Wirklichkeit des Befragten dar. Zur Erfassung haben sich standardisierte Fragebögen durchgesetzt. Jedoch muss das Instrument verschiedenen Anforderungen gerecht werden, um für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen geeignet zu sein. Um den spezifischen Problemen der Befragten gerecht zu werden, darf die kindliche Entwicklung nicht in den Hintergrund rücken. Fragen sollten kurz, präzise und dem Alter entsprechend formuliert sein. Um das Instrument altersmäßig möglichst breit nutzen zu können, sollte es alle Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abfragen, die in den Entwicklungsphasen der ersten beiden Lebensdekaden wichtig erscheinen (vgl. Felder-Puig, 2008) (siehe Abbildung 5). Alter, Entwicklungsstand und Geschlecht sind zu berücksichtigende Variablen um gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in der gesamten Komplexität zu erfassen (vgl. Ravens-Sieberer, 2000).

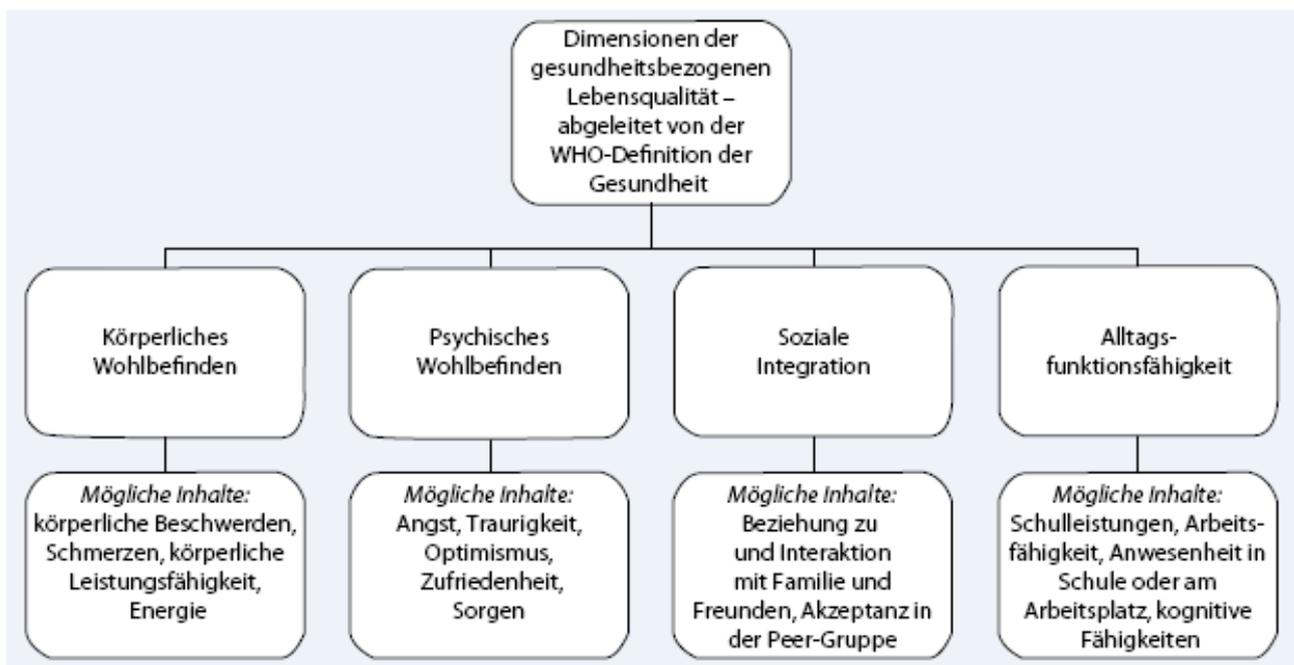


Abbildung 5: Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kinder und Jugendlichen (Felder-Puig et al, 2008)

## **4.2 Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen**

### **4.2.1 Die Entwicklung des ILK**

Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) stellt ein Screening Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei gesunden sowie psychisch kranken Kindern und Jugendlichen dar. Das ILK wurde im Auftrag der Autoren F. Mattejat und H. Remschmidt in enger Zusammenarbeit der Forschungskommission der Kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände entwickelt. Es fanden verschiedene Zielsetzungen bei der Entwicklung des Inventars Berücksichtigung, die in der Praxis des Instrumentes nur annähernd erreicht werden können. Die erfasste Lebensqualität soll möglichst nicht mit der psychischen Störung selbst vermischt werden. Die Berücksichtigung von objektiven und subjektiven Faktoren der Lebensqualität fand ebenfalls in der Entwicklung Einfluss. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass die Daten jeweils von der Informationsquelle erhoben werden, von der am ehesten valide Aussagen zu erwarten sind. Die Differenzierung der Lebensqualität nach unterschiedlichen Bereichen bzw. Dimensionen soll durch die Vergleichbarkeit der Angaben von Patienten, Ärzten und Eltern ermöglicht werden, wodurch die Überprüfung von objektiven und subjektiven Angaben aus verschiedenen Beurteilungsperspektiven möglich ist. Die Orientierung an vorhandene Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität erlaubt einen Vergleich der gewonnenen Informationen mit anderen bisher vorhandenen Untersuchungen zur Lebensqualität. Um Vergleiche mit der Normalbevölkerung herzustellen, ist das Instrument nicht ausschließlich krankheits- oder störungsbezogen konzipiert. Im klinischen Bereich soll das ILK einem möglichst breiten Bereich zu Verfügung stehen, um körperliche und psychische Krankheiten, unterschiedliche psychiatrische Diagnosen und verschiedene Altersgruppen miteinander vergleichen zu können. Mit Hilfe des Instrumentes sollen Bedeutungen und Einflüsse von psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung auf die Lebensqualität Berücksichtigung finden. Für die klinische Praxis relevante Informationen in Bezug auf die Indikationsstellung und Therapieplanung werden erhoben, wodurch das ILK auch zur Therapie- Evaluation und Qualitätssicherung geeignet ist. Durch einen kurzen und leicht verständlichen Aufbau, soll die Ökonomie sowie Praktikabilität gewährleistet werden.

#### 4.2.2 Konzept der Lebensqualität in Anlehnung an das ILK

Dem Konzept der Lebensqualität liegen unterschiedliche Definitionen zu Grunde. Da ich im Rahmen dieser Arbeit das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen näher betrachten möchte, lehnt sich die folgende Definition des Konzeptes der Lebensqualität an dieses Inventar an. Betrachtet man die Lebensqualität im weiteren Sinne, beinhaltet diese die Voraussetzungen und Bedingungen, wie z.B. körperliche Erkrankungen; psychosoziale Umfeldbedingungen) durch die Lebensqualität gemindert bzw. gesteigert werden kann sowie die Lebensqualität im engeren Sinne. Die Lebensqualität im engeren Sinne beinhaltet zwei wichtige Grundaspekte. Zum einen die objektive Handlungs- und Funktionsfähigkeit, wie z.B. die objektive Leistungsfähigkeit und zum anderen das subjektive Wohlbefinden, die subjektive Zufriedenheit mit der eigenen psychischen und körperlichen Verfassung, die Lebenssituation und die Lebensführung. Beide Grundaspekte können nicht aufeinander reduziert werden. Mattejat beschreibt dies wie folgt: „Das objektive Funktionsniveau kann am besten durch „externe“ Beobachter („Außenperspektive“) oder durch objektive Testverfahren bzw. andere objektive Indikatoren erfaßt werden, die sich primär auf das beobachtbare Verhalten (bzw. Verhaltensfolgen /-Dokumente) beziehen. Das subjektive Wohlbefinden bzw. die Zufriedenheit kann am besten durch Selbstbeurteilung der Patienten („Innenperspektive“) erfaßt werden, in denen primär Aussagen über das Erleben gewonnen werden.“ (F. Mattejat, 2008, S. 3f).

Diese Grundaspekte sollen mit Abbildung 6 veranschaulicht werden:

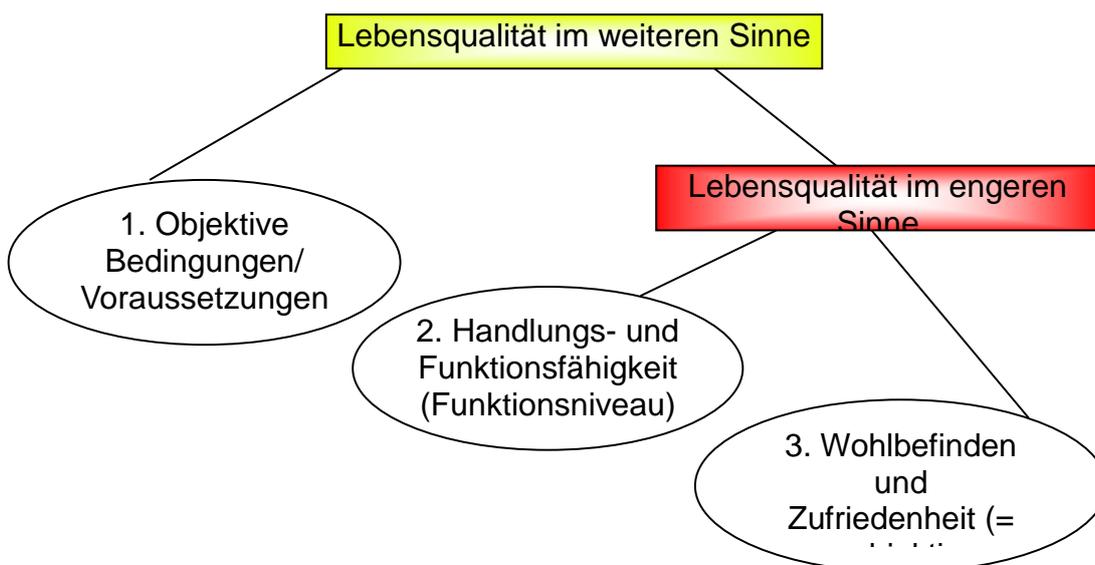


Abbildung 6: Grundaspekte der Lebensqualität (eigene Darstellung in Anlehnung an Mattejat, 2008)

Nun möchte ich mich ausschließlich der Lebensqualität im engeren Sinne widmen. Im ILK wird die Lebensqualität im engeren Sinne in verschiedene Bereiche aufgegliedert, welche getrennt von einander erfasst werden sollen. Unterschieden werden die Lebensbereiche (1) Schule, (2) Familie, (3) soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, (4) Interessen und Freizeitgestaltung, (5) körperliche Gesundheit und (6) psychische Gesundheit. Zu den aufgelisteten Einzelbereichen findet auch die (7) Gesamtbeurteilung der Lebensqualität Einfluss. Als zusätzliche Bereiche, die nur für kranke Personen relevant sind, zählen (8) Belastung durch die aktuelle Erkrankung und (9) Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die ersten sieben Bereiche dienen zur Erhebung von Daten bei Patienten sowie gesunden Kontrollpersonen, die beiden letzten Bereiche beziehen sich ausschließlich auf die Patienten. Tabelle 2 soll einen Überblick der einzelnen Bereiche des ILK und deren zugehörigen Items bieten.

*Tabelle 2: Bereiche und zugehörige Items des ILK*

<b>Erfasste Bereiche der Lebensqualität</b>	<b>Kindgemäße Benennung der entsprechenden Items im ILK</b>
(1) Schule	Schule
(2) Familie	Familie
(3) Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen	Freunde
(4) Interessen und Freizeitgestaltung	Alleine
(5) Körperliche Gesundheit	Gesundheit
(6) Psychische Gesundheit	Nerven/ Laune
(7) Gesamtbeurteilung der Lebensqualität	Alles zusammen
(8) Belastung durch die aktuelle Erkrankung	Probleme/ Krankheit
(9) Belastung durch die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen	Untersuchung/ Behandlung

### **4.2.3 Bestandteile des ILK**

Mit Hilfe des ILK können Informationen von den Patienten (Kinder oder Jugendliche), deren Eltern (Vater und/ oder Mutter) und Ärzten bzw. sonstigen Therapeuten erhoben werden. Das Untersuchungsmaterial umfasst eine allgemeine Instruktion mit der Erläuterung der Zielsetzung und Durchführung des ILK sowie eine Anleitung für die Durchführung des Kinder- Interviews. Die subjektive Lebensqualität wird von den Kindern, Jugendlichen und Eltern erfasst und die objektive Lebensqualität durch Fragen an die Therapeuten (Funktionsniveau). Kinder von 6 bis 11 Jahren erhalten den Kinderbogen (Interviewbogen), welcher gemeinsam vom Interviewer und dem Kind bearbeitet wird. Jugendliche und Eltern erhalten einen einfachen Fragebogen, welcher selbstständig bearbeitet werden sollte. Das ILK ist mit einem geringen Zeitaufwand von ca. 5-10 Minuten zu bearbeiten. Der Jugendlichenbogen ist analog zum Elternbogen aufgebaut und beinhaltet zusätzlich zu den in Abbildung 2 dargestellten Items Zeiteinschätzungen zu den einzelnen Lebensbereichen (z.B. im Jugendlichenbogen: Wie viele Stunden verbringst Du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stelle Dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen typischen Wochentag vor). Der Bogen für das Kinderinterview unterscheidet sich hinsichtlich der graphischen Gestaltung und der Fragen zur Zeitverteilung von den Eltern- bzw. Jugendlichenbogen. Inhaltlich sind sie jedoch identisch. Der Therapeutenbogen zielt nicht auf die subjektive Lebensqualität sondern auf das Funktionsniveau ab. Ergänzt werden die Angaben der Therapeuten durch die Diagnosen auf den sechs Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas. Um einen Überblick der wichtigsten Untersuchungsergebnisse zu gewährleisten, können die Angaben der Patienten und der Eltern auf einem Auswertungsblatt eingetragen werden. Zu Beachten gilt, wenn das ILK im Rahmen einer diagnostischen Untersuchung durchgeführt wird, ist es empfehlenswert, die Angaben des Therapeuten direkt nach dem Anamnesegespräch zu machen. Dabei sollten die Angaben der Eltern nicht bekannt sein. Das Kinderinterview sollte im Anschluss einer Exploration folgen, der Zeitpunkt von Eltern- sowie Kinderbogen ist jedoch nicht relevant. Zur übersichtlichen Darstellung der Komponenten des ILK dient Tabelle 3.

*Tabelle 3: Übersicht zu den Komponenten des ILK*

<b>Information von</b>	<b>Erfasste Bereiche</b>	<b>Untersuchungsinstrumente</b>
Kindern (6- 11 Jahre)	Selbsteinschätzung zur subjektiven Zufriedenheit und zum Wohlbefinden, aufgeschlüsselt nach einzelnen Bereichen	- Kinderbogen - Auswertungsblatt (wie bei Jugendlichen)
Jugendlichen (ab 12 Jahren)	Selbsteinschätzung zur subjektiven Zufriedenheit und zum Wohlbefinden, aufgeschlüsselt nach einzelnen Bereichen	- Jugendlichenbogen - Auswertungsblatt (wie bei Kindern)
Eltern (Vater und/ Mutter)	Einschätzung der Lebensqualität der Kinder/Jugendlichen durch die Eltern (Vater und/oder Mutter; getrennte Einschätzung)	- Elternbogen
Therapeuten	Diagnostische Klassifikation; Einschätzung der objektiven Funktionsfähigkeit aufgeschlüsselt nach verschiedenen Bereichen; Daten zur Belastung durch die Behandlung	- Therapeutenbogen Items zum Funktionsniveau Einschätzung zur Behandlungsnotwendigkeit Objektive Daten zur Untersuchung und Behandlung Ergänzt durch einen Diagnosenbogen (Achse I - VI des MAS)

## 5 Datenerhebung

Während meiner Praktika in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik und der dort gesammelten praktischen Erfahrungen mit stotternden Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern begegnete mir das Thema Lebensqualität in den unterschiedlichsten Formen.

Das Ziel eines Rehabilitationsverfahren ist neben der Symptomminimierung und der damit verbundenen körperlichen Leistungssteigerung eine langfristige Verbesserung der individuellen Lebensqualität, der sozialen Integration sowie einer späteren beruflichen Arbeitsfähigkeit (vgl. Leitlinien der Fachgesellschaft für Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin, 2002).

Das Interesse der Untersuchung liegt erstens auf der Veränderung der Lebensqualität stotternder Kinder und Jugendlichen vor Beginn der Rehabilitation, deren Beschreibung sowie das Herausfiltern von Wirkungsfaktoren. Zweitens liegt das Augenmerk darauf, welche Veränderungen während der Rehabilitation in Bezug auf die Lebensqualität feststellbar sind sowie welche Veränderungsabhängigkeiten erfasst werden konnten.

Bei einer quantitativen Forschung besteht das Ziel darin, Verhalten in Form von Zusammenhängen und zahlenmäßigen Ausprägungen genau und präzise zu beschreiben, um Vorhersagen machen zu können. Zu Beachten ist dabei, dass man auf eine möglichst große und repräsentative Zufallsstichprobe zurückgreift. Dies kann z.B. in Form einer schriftlichen Befragung erfolgen, in der die zahlenmäßige Ausprägung eines oder mehrerer bestimmter Merkmale gemessen wird. Die Messwerte werden miteinander oder auch mit anderen Variablen in Beziehung gesetzt und auf eine Grundgesamtheit generalisiert. Dadurch können vorher festgelegte Hypothesen anhand der Daten überprüft werden. Um gleiche Voraussetzungen für alle Stichprobenteilnehmer zu erreichen, sind quantitative Methoden meist voll standardisiert. Das heißt jeder Teilnehmer der Studie bekommt wenn möglich die gleichen Voraussetzungen bei der Teilnahme. Im Allgemeinen sind quantitative Verfahren gut geeignet bei Untersuchungen mit großen Stichproben, bei der Anwendung statistischer Prüfverfahren, zu objektiven Messung und Quantifizierung von Sachverhalten, zum Hypothesentesten sowie bei der Überprüfung statistischer Zusammenhänge. Ebenfalls gut geeignet für wiederkehrende Fragestellungen, bei denen Ergebnisse zu verschiedenen Messzeitpunkten verglichen werden sollen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt ein relevantes Kriterium zur Erfassung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit von stotternden Kindern dar. Ziel der vorliegenden Studie war es, die psychometrischen Eigenschaften des Inventars zur

Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK) zu testen sowie explorativ einen Verlauf der Lebensqualität innerhalb von drei Messzeitpunkten stotternder Kinder während der stationären Rehabilitation zu prüfen.

Kinder und Jugendliche ( $n = 32$ , 7 bis 17 Jahre) mit der Diagnose Stottern (F 98.5) wurden in die Studie einbezogen. Mit Hilfe des ILK wurden krankheitsspezifische Module sowie psychosoziale und klinische Charakteristika vor und nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt erfasst.

Neben guten psychometrischen Eigenschaften des ILK zeigten sich geschlechts- und altersspezifische Einschränkungen der Lebensqualität aus der Perspektive der Kinder. Im Zeitverlauf verbesserte sich die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen.

Die Studie zeigt, dass eine Lebensqualitätserfassung bei stotternden Kindern und Jugendlichen auch im stationären Setting möglich ist. Neben der psychometrischen Robustheit des ILK konnte demonstriert werden, dass Kinder vom Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik EUBIOS profitieren. Zukünftig sollten Lebensqualitätsveränderungen nach Rehabilitationsmaßnahmen zusätzlich in kontrollierten, randomisierten Studien geprüft werden.

## **5.1 Methoden**

### **5.1.1 Design**

In der vorliegenden Studie im Rahmen dieser Arbeit sollten Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren, die ab März 2010 an einer zehnwöchigen Intensivtherapie in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik teilnehmen, einbezogen werden. Als Einschlusskriterium galt das Vorliegen der Diagnose Stottern (F 98.5) sowie die Teilnahme an der zehnwöchigen Therapie in der oben genannten Reha-Fachklinik. Als Ausschlusskriterien galten andere Diagnosen, vorzeitiger Abbruch der Therapie sowie das fehlende Einverständnis an der Teilnahme der Studie. Die Untersuchung wurde in der Psychosomatischen Reha-Fachklinik durchgeführt, welche eine Belegung durch die Rentenversicherungsträger, Krankenkassen sowie Privatzahler gestattet. Das dortige Therapieangebot entsprach den Qualitätsrichtlinien. Die Datenerhebung beinhaltet 3 Messzeitpunkte: t0 zur Aufnahme, t1 unmittelbar vor Entlassung und t2 2 Wochen nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme. Zu allen Messzeitpunkten fand die Vorlage des ILK nur bei den Kindern und Jugendlichen statt.

### **5.1.2 Messinstrument**

Zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen wurde das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) genutzt. Der in der vorliegenden Studie zum Einsatz gebrachte Fragebogen wurde in mehreren Studien im Rahmen der Forschungskommission der Kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände an gesunden und chronisch kranken Kindern sowie deren Eltern eingesetzt und geprüft. Die psychometrischen Ergebnisse zeigen eine mittlere zeitliche Stabilität. Überwiegend liegt eine Retestreliabilität von  $r=0,6$  in den Skalen vor. Aufgrund des Vorhandenseins von nur einer Studie hierzu, sollte das Ergebnis zunächst als zufriedenstellend interpretiert werden. Hinsichtlich der Validität weist das Instrument gering bis mäßige (0,0 bis 0,45) Korrelationen der Angaben der Jugendlichen und Kindern und deren der Eltern auf. Zusätzlich besteht eine große Akzeptanz des Instruments bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998).

### **5.1.3 Durchführung**

Durch die teilnehmende Rehabilitationsklinik wurden der Indikation entsprechend Kinder und Jugendliche im Alter ab 6 Jahren einbezogen. Am Anreisetag erhielten die Eltern sowie Kinder und Jugendlichen Informationen bezüglich der Studie und eine Einverständniserklärung. Soziodemographische Daten wurden von mir aus den Patientenunterlagen entnommen und gegebenenfalls mit den Angaben der Kinder und Jugendlichen verglichen. Beteiligte, welche den Kinderfragebogen erhielten (<12 Jahre), füllten diesen gemeinsam mit einem Therapeuten der Klinik (meist Bezugserzieher) aus. Teilnehmer, welche den Jugendlichenbogen (>11 Jahre) bekamen, füllten diesen selbstständig aus und übergaben den Bogen an einen Therapeuten. Die erste Untersuchung fand innerhalb der ersten Woche des Klinikaufenthaltes statt. Gegen Ende des stationären Aufenthaltes wurde in der Klinik mit Hilfe speziell für die Studie involvierten Therapeuten die zweite Erhebung durchgeführt, wobei die Kinder etwa 3 Tage bis 7 Tage vor Ende der Rehabilitationsmaßnahme den Fragebogen zum wiederholten Male ausfüllten. Die Befragung zum dritten Messzeitpunkt erfolgte, wie auch andere ärztliche Dokumentationsbögen, postalisch. Hier bekamen alle teilnehmenden Kinder und Jugendlichen den Fragebogen zugesandt. Dieser enthielt einen frankierten Rückumschlag. Jedes Kind hatte seine persönliche ID-Nummer mit einem Comicaufkleber. Um die Motivation zur Teilnahme an der gesamten Untersuchung zu erhöhen, bekamen

die Kinder und Jugendlichen zum Abschluss der Studie ein kleines Geschenk. Dies diente zur Anerkennung für den Zeitaufwand bei der Ausfüllung der Fragebögen.

### 5.1.4 Auswertung

Die Fragebögen wurden von der Klinik eingesammelt und mir übergeben. Die Daten wurden dann in den Computer eingegeben, plausibilitätsgeprüft und einer deskriptiven Statistik unterzogen. Regressionsanalysen wurden eingesetzt, um im Zeitverlauf die Abhängigkeit des Zielkriteriums Lebensqualität von soziodemographischen, klinischen und psychosozialen Daten zu bestimmen. Zur Ermittlung und Darstellung der soziodemografischen Zusammenhänge dienten Kreuztabellen sowie der Korrelationskoeffizient nach Spearman. Mit Hilfe linearer univariater Regressionsanalysen mit Messwiederholung wurden die Zusammenhänge einzelnen Messzeitpunkte auf Signifikanz überprüft. Alle Auswertungen wurden mit dem statistischen Programm SPSS 15.0 durchgeführt.

## 5.2 Ergebnisse

Von März bis Juli nahmen 32 stotternde Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren an der Untersuchung teil. Zu allen drei Messzeitpunkten betrug die Rücklaufquote 100 Prozent. Tabelle 4 veranschaulicht die Mittelwerte von Geschlecht und Alter der Probanden. Das mittlere Alter der Teilnehmer lag bei 11 Jahren. Der Mittelwert des Geschlechts betrug  $M=1,34$ . Daraus wird ersichtlich, dass die Mehrzahl der Probanden männlich war.

*Tabelle 4:* Durchschnittsalter sowie Mittelwert der Geschlechtsverteilung aller Teilnehmer

		Geschlecht	Alter
N	Gültig	32	32
	Fehlend	0	0
Mittelwert		1,34	10,84
Standardabweichung		,483	2,864

Mit Hilfe von Tabelle 5 wird die prozentuale Geschlechterverteilung aufgelistet sowie deren kumulierten Häufigkeiten erfasst. Der Anteil an Jungen betrug in der Studie 65,6 Prozent, der der Mädchen hingegen 34,4 Prozent.

Tabelle 5: Prozentuale Auflistung der Geschlechterverteilung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	21	65,6	65,6	65,6
	weiblich	11	34,4	34,4	100,0
Gesamt		32	100,0	100,0	

In Tabelle 6 wird die Ausgabeanzahl an Kinder- Jugendlichenbögen aufgezeigt. 62,5 Prozent der Teilnehmer erhielten den Kinderbogen, 37,5 Prozent erhielten den Jugendlichenbogen des ILK.

Tabelle 6: Anzahl der Ausgabe an Kinderbogen und Jugendlichenbögen nach Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	7	4	12,5	12,5	12,5
	8	3	9,4	9,4	21,9
	9	5	15,6	15,6	37,5
	10	5	15,6	15,6	53,1
	11	3	9,4	9,4	62,5
	12	3	9,4	9,4	71,9
	13	3	9,4	9,4	81,3
	14	3	9,4	9,4	90,6
	16	1	3,1	3,1	93,8
	17	2	6,3	6,3	100,0
	Gesamt		32	100,0	100,0

Tabelle 7 stellt die durchschnittlichen Bewertungen der Kinder und Jugendlichen während den drei Messzeitpunkten sowie deren Veränderung dar. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt kommen die befragten Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt „teils teils“ mit ihren *schulischen Anforderungen* (M=2,94) zurecht. Ebenso verlief die Einschätzung der *psychischen Gesundheit* (M=2,78), der *gesamten Lebensqualität* (M=2,84), der *Belastung durch Probleme/ Krankheit* (M=3,06) und der *Belastung durch die Behandlung* (M=3,06) selbst. Die *Beziehung zu den Familienmitgliedern* wurde im Mittel mit „eher gut“ (M=2,38) beurteilt. Ebenso die *Beziehung zu Gleichaltrigen* (M=2,47), die *Freizeitgestaltung* (M=2,25) und die *körperliche Gesundheit* (M=2,41).

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt beurteilen die Teilnehmer im Mittel *Schule*

(M=2,47), *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* (M=1,91), *Freizeitgestaltung* (M=2), *körperliche Gesundheit* (M=1,69), *Psychische Gesundheit* (M=1,88), die *Lebensqualität* gesamt (M=2,09), die *Belastung durch Krankheit/ Probleme* (M=2,03) und die *Behandlungsbelastung* (M=2,31) mit „eher gut“. Die *Familie* (M=2,69) wird im Mittel mit „teils teils“ bewertet.

Zum dritten Messzeitpunkt bekommen *Schule* (M=2,38), *Familie* (M=2,22), *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* (M=2,09), *Freizeitgestaltung* (M=2,09), *Körperliche Gesundheit* (M=2,03), *Psychische Gesundheit* (M=2,03), *Lebensqualität* (M=2), *Belastung durch Probleme/ Krankheit* (M=1,97) sowie die *Belastung durch Behandlungen* (M=1,84) die Bewertung „eher gut“.

Von t0 nach t2 wurden alle Skalen des ILK über die Messzeitpunkte hinweg zum Einsatz gebracht. Es ergaben sich zu allen drei Erhebungszeitpunkten nach der Regressionsanalyse signifikante Veränderungen über die Zeit in allen ILK Subskalen. Die Veränderung der Skalen *Schule* ( $\alpha=0,001$ ), *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* ( $\alpha=0,016$ ), *Psychische Gesundheit* ( $\alpha=0,000$ ), *Lebensqualität* ( $\alpha=0,000$ ), *Krankheitsbelastung* ( $\alpha=0,000$ ) und *Behandlungsbelastung* ( $\alpha=0,000$ ) sind stark signifikant ausgeprägt. Die Signifikanz der einzelnen Messzeitpunkte für die Skalen *Familie* ( $\alpha=0,282$ ) und *Freizeitgestaltung* ( $\alpha=0,258$ ) sind schwach ausgeprägt. Die zeitliche Veränderung der Skala *körperliche Gesundheit* ( $\alpha=0,021$ ) ist mäßig signifikant.

Es wird ersichtlich, dass sich alle Angaben zum Messzeitpunkt t0 und t2 zur Lebensqualität im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme verbesserten. Ausschließlich zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 verschlechterte sich die Angabe zur *Beziehung zu Familienmitgliedern* (M=2,38-> M=2,69). Verschlechterungen von t1 zu t2 ergaben sich in den Angaben zum *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* (M=1,91-> M=2,09), in der *Freizeitgestaltung* (M=2->M=2,09), in den Angaben der *körperlichen* (M=1,69->M=2,03) sowie *psychischen Gesundheit* (M=1,88->M=2,03).

*Tabelle 7: Veränderungen der ILK Skalen während den drei Erhebungszeitpunkten*

	T0 (Mittelwert)	T1 (Mittelwert)	T2 (Mittelwert)
Schule	2,94	2,47	2,38
Familie	2,38	2,69	2,22
Sozialnetz.zu.Gleichaltrigen	2,47	1,91	2,09
Freizeitgestaltung	2,25	2	2,09
Körperliche Gesundheit	2,41	1,69	2,03
Psychische Gesundheit	2,78	1,88	2,03
Lebensqualität gesamt	2,84	2,09	2
Belastung durch Probleme/ Krankheit	3,06	2,03	1,97
Belastung durch Behandlung	3,06	2,31	1,84

### Einflussfaktoren auf die Skalenwerte

Geschlecht, Alter, Schultyp (G-Schule, Förderschule, Grundschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium, sonstige Schule), berufliche Situation der Eltern (arbeitslos, nicht erwerbstätig, Teilzeitbeschäftigung, Vollzeitbeschäftigung), familiäre Situation (Heim, Pflegeheim, Elternteil alleinerziehend, Patchworkfamilie, Stammfamilie) sowie Geschwisteranzahl dienten der soziodemographischen Datenerhebung.

Es ließen sich Unterschiede in den ILK Skalen bezüglich der Altersgruppen feststellen, wobei hier, Kinder (7-11) höhere Lebensqualitätsbewertungen in den Dimensionen *körperliche Gesundheit* zu Beginn der Therapie ( $M_{\text{kinder}}=2,25$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,67$ ) aufweisen, als Jugendliche (12-17). Gegen Ende des Aufenthaltes in der Reha-Fachklinik zeigten sich Altersgruppenunterschiede in den Skalen *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* ( $M_{\text{kinder}}=1,85$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,0$ ), *Lebensqualität gesamt* ( $M_{\text{kinder}}=2,05$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,17$ ), *Belastung durch Krankheit* ( $M_{\text{kinder}}=1,95$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,17$ ) und *Behandlungsbelastung* ( $M_{\text{kinder}}=2,3$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,33$ ). Zum dritten Erhebungszeitpunkt traten Unterschiede in den Dimensionen *Freizeitgestaltung* ( $M_{\text{kinder}}=2,0$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,25$ ) und *psychische Gesundheit* ( $M_{\text{kinder}}=1,95$ ;  $M_{\text{jugend}}=2,17$ ) auf.

Geschlechtsunterschiede zeigten sich dahingehend, dass Jungen eine höhere Belastung in den einzelnen Bereichen berichteten als Mädchen. Die Lebensqualität von Jungen ist geringer zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme in den Bereichen *Familie*

( $M_{\text{Mädchen}}=2,273$ ;  $M_{\text{Jungen}}=2,429$ ), *Psychische Gesundheit* ( $M_{\text{Mädchen}}=2,64$ ;  $M_{\text{Jungen}}=2,86$ ) und *Behandlungsbelastung* ( $M_{\text{Mädchen}}=3,0$ ;  $M_{\text{Jungen}}=3,1$ ). Zur Entlassung der Kinder und Jugendlichen wiesen die Mädchen eine höhere Lebensqualität in dem Bereich *psychische Gesundheit* ( $M_{\text{Mädchen}}=1,73$ ;  $M_{\text{Jungen}}=1,95$ ) auf. Zurück in ihrer alltäglichen Umgebung zeigten sich für die Mädchen anhaltende Verbesserungen in den Dimensionen *Familie* ( $M_{\text{Mädchen}}=2,18$ ;  $M_{\text{Jungen}}=2,24$ ) und *Behandlungsbelastung* ( $M_{\text{Mädchen}}=1,64$ ;  $M_{\text{Jungen}}=1,95$ ).

Hinsichtlich der weiteren oben aufgeführten soziodemographischen Faktoren wurden Abhängigkeitsanalysen durchgeführt. Daraus ergab sich, dass der Schultyp kaum Einfluss auf die Beantwortung der Skalen des ILK nimmt. Lediglich bei dem ersten Erhebungspunkt konnten zur *körperlichen Gesundheit* ( $\alpha=0,009$ ;  $\rho=0,305$ ), sowie zur *Behandlungsbelastung* ( $\alpha=0,102$ ;  $\rho=-0,227$ ) näherungsweise Abhängigkeiten festgestellt werden. Zum zweiten Messzeitpunkt konnten bei *psychischer Gesundheit* ( $\alpha=0,061$ ;  $\rho=-0,335$ ) sowie der *Krankheitsbelastung* ( $\alpha=0,102$ ;  $\rho=0,294$ ) signifikante Zusammenhänge verzeichnet werden. Die berufliche Situation der Eltern beeinflusst die Dimensionsausprägungen des ILK nur bedingt. Lediglich zum dritten Erhebungszeitpunkt zeigt sich eine mäßig ausgeprägte Signifikanz hinsichtlich der *Freizeitgestaltung* ( $\alpha=0,017$ ;  $\rho=0,419$ ). Dem Einfluss der familiären Situation wird größere Bedeutung entgegengebracht. Schwach signifikante Zusammenhänge lassen sich hinsichtlich der *Freizeit* zu t1 ( $\alpha=0,22$ ;  $\rho=-0,223$ ) und t2 ( $\alpha=0,18$ ;  $\rho=-0,307$ ) erkennen. Eine Signifikanz zu allen Messzeitpunkten der *körperlichen Gesundheit* kann vernommen werden (t0:  $\alpha=0,087$ ;  $\rho=-0,307$ / t1:  $\alpha=0,103$ ;  $\rho=-0,294$ / t2:  $\alpha=0,247$ ;  $\rho=0,211$ ). Auch bei der psychischen Gesundheit sind Abhängigkeiten von der familiären Situation der Probanden vernehmbar (t0:  $\alpha=0,19$ ;  $\rho=-0,237$  /t1:  $\alpha=0,088$ ;  $\rho=-0,306$ ). Die Geschwisteranzahl hat Einfluss auf die Skala *Sozialnetz* (t0:  $\alpha=0,053$ ;  $\rho=0,346$  /t1:  $\alpha=0,192$ ;  $\rho=0,191$ ) und die *Krankheitsbelastung* zum dritten Messzeitpunkt ( $\alpha=0,117$ ;  $\rho=0,282$ ).

## 6 Diskussion und Perspektiven

Die Betrachtung der Ergebnisse führt zu zahlreichen Hypothesen meinerseits, denen ich nun im Folgenden weitere Aufmerksamkeit schenken möchte. In den folgenden Beschreibungen gehe ich auf die meiner Meinung wichtigsten Bereiche ein und beschreibe mir wesentlich erscheinende Zusammenhänge.

65,5 Prozent der Probanden der Studie sind männlich. Wie im theoretischen Teil bereits angeführt, verläuft sich das Stottern bei Mädchen im Verlauf der weiteren Sprachentwicklung, wodurch eine männliche Dominanz zu erwarten ist. Wie aus den Ergebnissen zu entnehmen, verbessern sich alle Angaben zur Lebensqualität im Verlauf der Erhebung (t0 bis t2). Daraus schließe ich, dass die Therapie als wirksam angesehen werden kann. Als Einschränkung sollte jedoch die Tatsache Berücksichtigung finden, dass die Untersuchung nur bei stotternden Kindern und Jugendlichen, welche diese Rehabilitationsmaßnahme durchliefen, durchgeführt wurde. Der Vergleich zu stotternden Kindern ohne Intensivtherapie fehlt. Auffallend war, dass sich die Skala *Beziehung zu Familienmitgliedern* vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt verschlechterte. Jedoch sollte *Familie* aufgrund der fehlenden Beurteilbarkeit während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes nur unter Vorbehalt Betrachtung finden. Negative Entwicklungen waren vom zweiten Messzeitpunkt zum dritten Erhebungspunkt bei den Skalen *Freizeit, Sozialnetz zu Gleichaltrigen, körperlicher und psychischer Gesundheit* zu verzeichnen. Das weckt in mir die Annahme, dass zum einen den Kindern und Jugendlichen während der Rehabilitationsmaßnahme ein zahlreiches Freizeitangebot ermöglicht wurde. Die Verschlechterung der Beurteilung *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* ist meines Erachtens darauf zurückzuführen, dass während des Klinikaufenthaltes eine ständige Einbindung in das Sozialnetz zu Gleichaltrigen erfolgte. Wieder in der gewohnten Umgebung müssen soziale Kompetenzen und Fertigkeiten wieder selbstständig erarbeitet und gepflegt werden. Die Kinder und Jugendlichen beschreiben 14 Tage nach dem Klinikaufenthaltes die eigene Gesundheit als verschlechtert. Nach meiner Einschätzung kann dies mit der nun fehlenden intensiven therapeutischen und ärztlichen Betreuung erklärt werden.

Altersgruppenunterschiede in den Einschätzungen zur Lebensqualität konnten festgestellt werden, jedoch zeigten sich keine globalen Zusammenhänge sondern lediglich Unterschiede in einzelnen Skalen zu verschiedenen Messzeitpunkten. Die zugrunde liegenden Messergebnisse sowie meine bisherige klinische Erfahrung lassen mich vermuten, dass das Stottern für Jugendliche eine größere Belastung darstellt als für

Kinder. Die tendenziell schlechtere Beurteilung des Sozialnetzes zu Gleichaltrigen von Jugendlichen zum zweiten Erhebungszeitpunkt, weckt in mir die Annahme, dass Jugendliche häufiger ein stabiles Netzwerk zu Peergruppen im häuslichen Umfeld besitzen als Kinder und dieses nun vermissen.

Geschlechtsunterschiede lassen sich dahingegen verzeichnen, dass männliche Probanden die Lebensqualität tendenziell schlechter beurteilen als Mädchen. Während meiner praktischen Tätigkeit fiel mir auf, dass männliche Stotterer häufiger einen größeren Leidensdruck aufweisen als weibliche. Hier verweise ich auf Bloodstein (1995), welcher von einer Stottererverteilung mit zunehmendem Alter und bei Erwachsenen von 4:1 bis 5:1 (Männer : Frauen) ausgeht. Wie oben schon aufgeführt, stellt das Stottern für Jugendliche eine größere Herausforderung dar als für Kinder, wodurch die tendenziell schlechtere Beurteilung der einzelnen Dimensionen hinsichtlich der Lebensqualität erklärt werden könnte. Weitere Abhängigkeitsanalysen zeigten, für die von mir gewählte kleine Population, kaum wahrnehmbare Einflüsse durch den Schultyp der Probanden und die berufliche Situation der Eltern.

Größeren Einfluss zeigte die familiäre Situation der Kinder und Jugendlichen, vor allem in den Skalen *Freizeit*, *körperliche* und *psychische Gesundheit*. Ein negativer linearer Zusammenhang ist für die Skala *Freizeit* zum zweiten sowie zum dritten Erhebungszeitpunkt zu vermerken. Dies bedeutet, je besser die familiäre Situation des Probanden, desto schlechter die Beurteilung der Dimension *Freizeitgestaltung*. Ein negativer linearer Zusammenhang besteht zum ersten und zweiten Messzeitpunkt der Dimensionen *körperliche* sowie *psychische Gesundheit*. Ein positiver linearer Zusammenhang zum dritten Erhebungspunkt ist für die Skala *körperliche Gesundheit* gegeben. Die Beurteilung der Dimension *Sozialnetz zu Gleichaltrigen* wird durch die Geschwisteranzahl bedingt. Dabei hat eine große Geschwisteranzahl einen positiven Einfluss auf den Kontakt zu Gleichaltrigen.

Wie oben bereits aufgeführt, hat sich die subjektive Beurteilung der Lebensqualität in den einzelnen Dimensionen des ILK im Verlauf der Untersuchung verbessert. Aufgrund der Einschränkung des Kollektivs der Studie, können keine Schlussfolgerungen auf spezifische Therapieansätze gezogen werden. Weitere Untersuchungen hinsichtlich einer weiter gefassten Indikationsstellung müssen folgen.

## 7 Methodenkritik

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit durchgeführt. Der eingeschränkte zeitliche Rahmen, ermöglichte keine Hinzuziehung einer randomisierten Kontrollgruppe. Die kleine Probandenanzahl sowie der geringe Zeitraum müssen ebenfalls als Kritikpunkte aufgeführt werden, was eine kritische Betrachtungsweise und Interpretation der Ergebnisse unabdingbar macht. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität ist so konzipiert worden, um die Möglichkeit zu erhalten, von Kindern und Jugendlichen, unabhängig vom aktuellen Gesundheitsstand, einen Selbstbericht zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu erhalten. Sicher wäre es wünschenswert gewesen, einen Vergleich von Selbstbericht und Fremdbbericht, z.B. durch die Eltern sowie eine größere Anzahl von befragten Kindern, Jugendlichen und deren Eltern zur Verfügung zu haben. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu erreichen, schloss ich Kinder und Jugendliche die nicht die Diagnose F 98.5 aufwiesen, aus dem Kollektiv aus. Ebenfalls wäre es von Vorteil gewesen, alle Eltern, Kinder und Jugendlichen persönlich zu untersuchen und zusätzliche standardisierte Untersuchungen zu nutzen und zu beurteilen. Aufgrund der zeitlich beschränkten Kapazität musste hiervon Abstand gehalten werden. Auch seitens der Eltern konnte keine zu große Kooperationsbereitschaft erwartet werden. Daher entschied ich mich für eine Datenerhebung per Fragebogen, um einen Selbstbericht der Kinder und Jugendlichen zu erhalten. Nach meiner kritischen Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse, erwies sich die Verwendung des ILK in meiner Studie als ungünstig. Nach meinen bisherigen ersten Erfahrungen wird zwar das ILK von Kindern und Jugendlichen gut akzeptiert und ist ein praktikables und ökonomisches Verfahren, jedoch ergaben sich auch zahlreiche Kritikpunkte. Das jüngste Kind der Studie war zum Zeitpunkt der Untersuchung 7 Jahre und der älteste Proband 17 Jahre alt. Dadurch wurden der Kinder- sowie der Jugendlichenbogen eingesetzt. Die Vergleichbarkeit des Kollektivs ist somit ungünstig beeinflusst. Je nach Entwicklungsstand der Probanden wurde teilweise bemängelt, dass die jeweils gewählte Version abhängig vom Alter, als nicht altersgemäß empfunden wurde. So konnte beispielsweise eine 14-jährige Probandin der Studie die Fragen des Jugendlichenbogens nicht lesen. Eine Modifizierung des Fragebogens nach dem jeweiligen Entwicklungsstandes des Kindes und Jugendlichen wird daher als notwendig empfunden. Der Fragebogen enthält neun Items, welche nach der Beantwortung Rückschlüsse auf die Lebensqualität erlauben. Meiner Meinung nach sollte aufgrund der geringen Anzahl an Items die Aussagekraft des ILK in Bezug auf die zu erhobenen Informationen in Frage gestellt werden. Es wäre meines Erachtens sinnvoll,

wenn das ILK Kontakt- und Einleitungsfragen zum Einstieg in die Befragung sowie Ablenkungs- und Pufferfragen zur Minderung von Ausstrahlungseffekten enthalte. Die Antwortmöglichkeit des ILK ist auf einer Ratingskala aufgebaut (fünfstufig), wodurch eine Tendenz zur Mitte „teils teils“ zu erwarten ist. Der in dieser Studie gewählte Fragebogen beschränkt sich auf vorgegebene Antwortmöglichkeiten, mit denen zum einen die Kinder aufgefordert werden, sich selbst zu beurteilen und zum anderen auch die Eltern das gegenwärtige Verhalten der Kinder ohne zusätzliche Interpretationen beschreiben. Dennoch stelle ich mir die Frage, inwieweit die Antworten mit der Realität übereinstimmen. Um welchen Preis und mit wie viel Anstrengungen wird die nach außen dargestellte „Unauffälligkeit“ und „Normalität“ verfolgt und welche Strategien haben die Betroffenen entwickelt, um Akzeptanz, Sympathie und Anerkennung zu ernten. Daraus schließe ich, dass eine zusätzliche Datenerhebung mit einem weiteren standardisierten Fragebogen empfehlenswert ist, um gegebenenfalls weitere Problembereiche und Bewältigungsstrategien zu Erfassen, wodurch eine Verbesserung der Hilfestellung der Betroffenen gegenüber erzielt werden könnte. Trotz dessen sprechen meine bisherigen Eindrücke dafür, dass mit dem ILK aussagekräftige und relevante Informationen erhoben werden können. Meine Ergebnisse ermutigen mich jedoch, die Arbeit weiterzuverfolgen.

## Literraturverzeichnis

Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering*. San Diego, CA: Singular.

Conture, E.G., Anderson, J.D. & Pellowski, M.W. (2001). Stottern in Theorie und Forschung: Träume der Theoriebildung treffen auf die empirische Wirklichkeit des Forschungsalltags. (S. 1-9) In: *Sprache – Stimme – Gehör*. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen. Schwerpunktthema Stottern. 25. Jg., (1): 1-48. Stuttgart: Thieme.

Hauschild, I. (2008). EUBIOS Gesundheitseinrichtungen. *Konzeption*.

Hauschild, I. (2009) EUBIOS Gesundheitseinrichtungen. *Eine Klinik stellt sich vor*.

Fachgesellschaft Rehabilitation in der Kinder und Jugendmedizin. Leitlinien der Fachgesellschaft Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin: Allgemeine Vorbemerkungen. *AWMF – online*, Düsseldorf 2002.

Felder-Puig, R.; Topf, R., Maderthaner, R., Gadner, H. & Formann, A.K. (2008). Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ in der Pädiatrie Nutzen für die Gesundheitsfürsorge, -forschung und -planung?. In: *Monatsschreiben Kinderheilkunde* 2009 · 157:675–682 DOI 10.1007/s00112-008-1897-2 Online publiziert: 3.Oktober 2008. München: Springer Medizin Verlag.

Hansen, B. & Iven, C. (2002). *Stottern und Sprechflüssigkeit*. München: Urban & Fischer.

Iven, C. (1993). Methodenkombination in der Stottertherapie – Konzept oder Kapitulation? In: *Die Sprechheilarbeit*, 38: 116-127.

Johnson, S. (n.d.) Zugriff unter: <http://www.zitate-online.de/literaturzitate/allgemein/17580/die-sprache-ist-die-kleidung-der-gedanken.html> [10.8.2010]

Katz-Bernstein, N. (1992) Therapiebegleitende Elternarbeit bei stotternden Kindern. In M. Grohnfeldt (Hrsg.), *Störungen der Redefähigkeit*. Berlin: Wissenschaftsverlag Volker Spiess, 378-398.

Lindner, G. (1977). Hören und Verstehen. *Phonetische Grundlagen der auditiven Lautsprachperzeption*. Berlin: Akademie-Verlag

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen - Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, 183-196.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006): *ILK Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.

Mielke, U., David, H., Hoppe, F. & Stoll, A. (1993). *Stottern- Ursachen, Bedingungen, Therapie*. Berlin: Ullstein.

Natke, U. (2000) *Stottern: Erkenntnisse, Theorien, Behandlungsmethoden*. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Ochsenkühn, C. & Thiel, M. (2005). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Ravens-Sieberer, U. (2000). Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2000*. Ausgabe 43: S. 198–209 . Springer-Verlag.

Schulze, H. (1989). *Stottern und Interaktion*. Ulm: Verlag Phoniatische Ambulanz der Universität Ulm.

Schulze, H. (1992). Stottern und familiäre Interaktion. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.). *Störungen der Redefähigkeit. Handbuch der Sprachtherapie*, Band 5. Berlin: Edition Marhold.

Stähli, R. (2004). MACG3 (2004): 11\_konzept\_praev\_08\_09\_04. Zugriff am 17.7.2010 unter [http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user\\_upload/publikationen/Konzept/Konzept\\_praev\\_ges-foe.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Konzept/Konzept_praev_ges-foe.pdf)

van Riper, C. (1986) *Die Behandlung des Stotterns*. Solingen: Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe.

Wieser, E. (2002) *Ich bin wegen dem genauso wertvoll wie andere!*  
*Zur Bedeutung von Scham bei stotternden Menschen*. Dissertation, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.

Wingate, M.E. (1964) A standard definition of stuttering. *J. Speech Hear. Dis.*, 34 (1), 107-108. A Perspective on Stuttering (2007). Zugriff am 10.7.2010 unter <http://jshd.asha.org/cgi/content/citation/34/1/107>

Yairi, E. (1997b) Disfluency characteristics of childhood stuttering. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Hrsg.), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions*. 2. Auflage, Needham Heights: Allyn & Bacon, 49-78.

## **Abbildungsverzeichnis**

**Abbildung 1:** Sprech- und Therapiebaum der Schulkinder der Psychosomatischen Reha-Fachklinik EUBIOS (EUBIOS, 2005)

**Abbildung 2:** Ätiologische Bedingungskonstellationen des kindlichen Stotterns (Schulze et al., 1991; in Wieser, 2003)

**Abbildung 3:** Bausteine der Therapie mit dem stotternden Kind (Ochsenkühn & Thiel, 2005)

**Abbildung 4:** Verwendete Verfahren der Lebensqualitätsbeurteilung in Studien bei Kindern und Jugendlichen (Felder-Puig et al, 2008)

**Abbildung 5:** Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kinder und Jugendlichen (Felder-Puig et al, 2008)

**Abbildung 6:** Grundaspekte der Lebensqualität (eigene Darstellung in Anlehnung an Mattejat, 2008)

## **Tabellenverzeichnis**

**Tabelle 1:** Sprechtechniken und ihre Wirkungsweise (Aus Ochsenkühn & Thiel, 2005 S. 103)

**Tabelle 2:** Bereiche und zugehörige Items des ILK

**Tabelle 3:** Übersicht zu den Komponenten des ILK

**Tabelle 4:** Durchschnittsalter sowie Mittelwert der Geschlechtsverteilung aller Teilnehmer

**Tabelle 5:** Prozentuale Auflistung der Geschlechterverteilung

**Tabelle 6:** Anzahl der Ausgabe an Kinderbogen und Jugendlichenbogen

**Tabelle 7:** Veränderungen der ILK Skalen während den drei Erhebungszeitpunkten

## **Eidesstattliche Versicherung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Bachelorarbeit angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Stendal, 7.9.2010

## Anhang

### Fragebogen

Hochschule Magdeburg/ Stendal (FH)  
Osterburger Str. 25  
39576 Stendal

Katharina Herr  
Thurmer Str. 29  
08371 Glauchau  
Tel.: 017663178516  
E-Mail: katharina:herr@gmx.de

Hallo!

Du hast dich bereit erklärt, an einer Fragebogenuntersuchung zu Stottern bei Kindern und Jugendlichen teilzunehmen. Dafür möchte ich Dir erstmal herzlich danken!

Bitte beantworte die Fragen oder Aussagen. In jedem Teil wird Dir erklärt, wie Du vorgehen sollst. Dies dauert insgesamt 5 bis 10 Minuten.

Bei den Fragen machst Du ein Kreuz an dem Zeichen, das auf Dich zutrifft.

Beantworte die Fragen bitte offen und ehrlich. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, Deine Antworten werden auch nicht an andere Personen weitergegeben. Denke daran, jede einzelne Frage oder Aussage zu bearbeiten. Falls Du Fragen hast, dann stell sie bitte.

Ganz herzlichen Dank für Deine Teilnahme an meiner Untersuchung!

Mit freundlichen Grüßen

Deine

Katharina Herr

## Anhang

### Fragebogen für Jugendliche ILK

Bitte fülle die folgenden Fragen aus.

Anfangsbuchstaben Deines Vornamens: \_\_\_\_\_ Anfangsbuchstaben Deines Nachnamens: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Wann hast Du Geburtstag? (Tag, Monat, Jahr) \_\_\_\_\_

Auf was für eine Schule gehst Du?

- G-Schule                       Förderschule                       Grundschule                       Hauptschule  
 Realschule                       Gymnasium                       sonstige Schulen

Wie viele Geschwister hast Du? \_\_\_\_\_

---

Wir haben die Bitte, dass du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie du deine Situation einschätzt. Denke dabei hauptsächlich an die letzte Woche und kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

---

1. Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht?

- sehr gut                       eher gut                       teils teils                       eher schlecht                       sehr schlecht
- 

2. Wie ist deine Beziehung zu anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister)?

- sehr gut                       eher gut                       teils teils                       eher schlecht                       sehr schlecht
- 

3. Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus?

- sehr gut                       eher gut                       teils teils                       eher schlecht                       sehr schlecht
- 

4. Wie kannst du dich allein beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?

- sehr gut                       eher gut                       teils teils                       eher schlecht                       sehr schlecht
- 

5. Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein?

- sehr gut                       eher gut                       teils teils                       eher schlecht                       sehr schlecht
- 

6. Wie schätzt du deinen nervlichen und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune)? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf?

- sehr gut                       eher gut                       teils teils                       eher schlecht                       sehr schlecht
- 

Danke! Bitte umblättern!

7. Wenn du alle diese Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zur Zeit insgesamt?

- sehr gut       eher gut       teils teils       eher schlecht       sehr schlecht
- 

8. Wie stark fühlst du dich durch die Probleme/ Krankheit, wegen denen/ der du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet?

- überhaupt nicht belastet       wenig belastet       mäßig belastet       stark belastet  
 sehr stark belastet
- 

9. Wie stark fühlst du dich durch die Untersuchung oder Behandlung bei uns belastet oder beeinträchtigt? (Beispiele: Belastung durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.)

- überhaupt nicht belastet       wenig belastet       mäßig belastet       stark belastet  
 sehr stark belastet
- 

**Vielen Dank für deine Teilnahme!**

## Fragebogen für Kinder ILK

Bitte fülle die folgenden Fragen aus.

Anfangsbuchstaben Deines Vornamens:\_\_\_\_\_ Anfangsbuchstaben Deines Nachnamens:\_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Wann hast Du Geburtstag? (Tag, Monat, Jahr)\_\_\_\_\_

Auf was für eine Schule gehst Du?

- G-Schule             Förderschule             Grundschule             Hauptschule  
 Realschule             Gymnasium             sonstige Schulen

Wie viele Geschwister hast Du? \_\_\_\_\_

---

Wir haben die Bitte, dass du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie du deine Situation einschätzt. Denke dabei hauptsächlich an die letzte Woche und kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

---

1. In der Schule gibt es viele Fächer, in denen man viel lernen muss, Schreiben, Rechnen und so weiter. Wie schaffst du das? Wie kommst du damit klar?

- sehr gut             eher gut             teils teils             eher schlecht             sehr schlecht
- 

2. Wie verträgst du dich mit deiner Mutter, deinem Vater und deinen Geschwistern und wie sind sie zu dir? Wie kommst du in deiner Familie klar?

- sehr gut             eher gut             teils teils             eher schlecht             sehr schlecht
- 

3. Wenn du mit anderen Kindern was machst. Wie sind die anderen Kinder zu dir und wie verträgst du dich mit anderen Kindern?

- sehr gut             eher gut             teils teils             eher schlecht             sehr schlecht
- 

4. Wenn du für dich alleine bist und zum Beispiel alleine spielst oder was anderes machst, wie fühlst du dich dann?

- sehr gut             eher gut             teils teils             eher schlecht             sehr schlecht
- 

5. Bist du zur Zeit körperlich fit und gesund oder fühlst du dich krank? Wie ist also deine Gesundheit?

- sehr gut             eher gut             teils teils             eher schlecht             sehr schlecht
- 

Danke! Bitte umblättern!

6. Bist du meistens ärgerlich, traurig und so weiter, also nicht so gut drauf oder bist du meistens gut drauf? Wie sind also deine Nerven und deine Launen?

- sehr gut       eher gut       teils teils       eher schlecht       sehr schlecht
- 

7. Nehmen wir nun alle Fragen, die ich dir gestellt habe zusammen. Also, zusammengenommen, wie geht es dir?

- sehr gut       eher gut       teils teils       eher schlecht       sehr schlecht
- 

8. Sind die Probleme/ ist die Krankheit ganz schlimm, dass es dir schlecht geht oder geht es dir trotzdem gut oder irgendwo dazwischen?

- sehr gut       eher gut       teils teils       eher schlecht       sehr schlecht
- 

9. Die ganzen Untersuchungen und die Behandlung und alles was damit zusammenhängt: Ist das anstrengend oder nervt dich das und ist das schlecht für dich oder findest du das gut? Wie ist das für dich, wie findest du das?

- sehr gut       eher gut       teils teils       eher schlecht       sehr schlecht
- 

**Vielen Dank für deine Teilnahme!**

Eintragung der soziodemographischen Daten sowie die Überprüfung der Angaben.

*ID Nummer:*

*Geschlecht:*

*Alter:*

*Schultyp:*

- G-Schule
- Förderschule
- Grundschule
- Hauptschule
- Realschule
- Gymnasium
- sonstige Schulen

*berufliche Situation der Eltern:*

- arbeitslos
- nicht erwerbstätig
- Teilzeitbeschäftigung
- Vollzeitbeschäftigung

*familiäre Situation des Probanden:*

- Heim
- Pflegefamilie
- Elternteil alleinerziehend
- Patchworkfamilie
- Stammfamilie

*Geschwisteranzahl:*