

Das Wright & Ayre Stuttering Self-Rating Profile (WASSP) (auf Deutsch: Stotter-Selbsteinschätzungsprofil) ist ein Instrument, um zu ermitteln, wie ein stotternder Mensch am Beginn und am Ende eines Stottertherapieabschnitts sein Stottern wahrnimmt. Alle wahrgenommenen Veränderungen können auf diese Weise schriftlich festgehalten und als Basis für die weitere Therapieplanung genutzt werden.

Entwicklung

Sprech- und Sprachtherapeutinnen sind verpflichtet, Messungen der Therapieergebnisse durchzuführen, um die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der therapeutischen Arbeit zu maximieren. Conture (1996) kam in seinem Artikel über die Wirksamkeit von Stottertherapien zu dem Schluss, dass Stotternde von Therapie zwar profitieren, aber die Ermittlung von Therapieergebnissen weder unkompliziert noch leicht durchzuführen sei.

Gegenwärtig steht Sprech- und Sprachtherapeutinnen eine Reihe von Einschätzungsmethoden zur Verfügung, mit denen sie Ergebnisse von Stottertherapien mit Erwachsenen messen können (siehe Sammelreferat von Wright et al., 1998). Gewöhnlich müssen Therapeutinnen eine Kombination von Einschätzungsmethoden verwenden, wenn sie ein umfassendes Bild der Veränderungen darstellen wollen. Das kann für beide, Therapeutin und Klient, ein zeitraubender Prozess sein. Hinzu kommt, dass die Validität und Reliabilität vieler dieser Einschätzungsmethoden in Frage gestellt worden ist. WASSP ist ein Verfahren zur Ermittlung von Therapie-Effekten bei Erwachsenen, das umfassend und trotzdem nicht zeitaufwendig ist. Es überwindet die Validitäts- und Reliabilitätsprobleme anderer Verfahren.

Die Autorinnen stimmen mit Stewart (1996) in dem Punkt überein, dass das, was Klienten selbst über Veränderungen berichten, von äußerster Wichtigkeit ist. Es kann in einigen Fällen wichtiger sein als objektivere Techniken, wie Messwerte der Sprechflüssigkeit, der Sprechrate und Fragebögen. Man muss sich klar machen, dass jede Messung der Selbstwahrnehmung eines Klienten eine kognitive Veränderung darstellt und nicht unbedingt seine Verhaltensänderung reflektiert. Zum Beispiel können Klienten wahrnehmen, dass sie nach einigen Therapiestunden mehr stottern als zuvor und zwar als Ergebnis gesteigerter Bewusstheit und nicht tatsächlich gesteigerter Häufigkeit. Dies wurde sowohl bei der Konstruktion als auch bei den Anwendungsempfehlungen des Profils berücksichtigt.

WASSP spiegelt die Philosophie der Autorinnen für die Behandlung Erwachsener wider: sie muss sich an die offen beobachtbaren, an die verdeckten und die sozialen Dimensionen des Stotterns richten und zu Veränderungen führen, die für jeden einzelnen Klienten spezifisch sind.

Beschreibung

WASSP besteht aus fünf intern reliablen Subskalen, die sich auf die offen beobachtbaren, die verdeckten und die sozialen Aspekte des Stotterns beziehen:

Verhaltensweisen

Häufigkeit des Stotterns, körperliche Anstrengung während des Stotterns, die Dauer des Stotterns, unkontrollierbares Stottern, eiliges/schnelles Sprechtempo, begleitende Mitbewegungen (körperliche oder im Gesicht), der allgemeine Grad körperlicher Anspannung, Verlust des Blickkontakts, anderes (ist zu beschreiben).

Sowohl die Frequenz als auch die qualitative Bandbreite des Stotterns wird erfasst. Einige dieser Verhaltensweisen können sich als Abwehr- oder Bewältigungsreaktionen auf das Stottern entwickelt haben (Prins, 1993). Eine Veränderung in der Qualität des Stotterns kann sogar dann gemessen werden, wenn die Therapie die Häufigkeit des Stotterns nicht bedeutsam vermindert oder wenn die Häufigkeit infolge von Vermeidungs-Verminderungstherapie ansteigt. Die Kategorie „anderes“ kann verwendet werden, wenn Verhaltensweisen eingeschlossen werden sollen, die spezifisch für einen Klienten sind.

Gedanken

Negative Gedanken vor dem Sprechen, während des Sprechens und nach dem Sprechen.

Die kognitiven Aspekte des Stotterns wurden anfänglich von Sheehan (1975) und Van Riper (1982) erkannt und spielen heutzutage in allen Therapieprogrammen eine Rolle. Negative Gedanken können unrealistische Überzeugungen oder Vorhersagen über das Stottern, automatische Gedanken und Reaktionen nach dem Sprechen einschließen (Trower et al. 1998).

Gefühle bezogen auf das Stottern

Frustration, Verlegenheit, Furcht, Ärger, Hilflosigkeit, anderes (ist zu beschreiben).

Van Riper (1982), Cooper & Sheehan (1992), Corcoran & Stewart (1998) haben die Gefühle beschrieben, die am häufigsten mit dem Stottern verknüpft sind. Die Kategorie „anderes“ kann für individuell spezifische Gefühle verwendet werden.

Vermeiden

Vermeiden von Wörtern, von Situationen, mit anderen über das Stottern zu sprechen, sich das eigene Problem einzugestehen.

Vermeiden, angesprochen auf verschiedenen Ebenen, wurde von Sheehan (1975) eingeführt.

Nachteile

Zu Hause, bei geselligen Kontakten, in der Schule / Ausbildung, bei der Arbeit.

Es ist heute allgemein anerkannt, dass Stottern in den Begriffen der von der WHO herausgegebenen International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) gefasst werden kann.¹ Yaruss (1998) definiert Stottern als eine Beeinträchtigung, aus der eine Behinderung und Benachteiligung resultieren kann. Die WHO hat kürzlich die Begriffe Behinderung (disability) durch Aktivität (activity) sowie Benachteiligung (handicap) durch Teilhabe (participation) ersetzt, die als neutraler angesehen werden.

In der Vergangenheit war Therapie darauf ausgerichtet, das Stottern und die persönliche Behinderung zu reduzieren. Inzwischen wächst aber die Erkenntnis, dass Therapie auch auf der Ebene der Benachteiligung bzw. der sozialen Teilhabe Veränderungen bewirken muss. Benachteiligung wurde am Arbeitsplatz (Ayre et al., 1998) und in der Schule bzw. Ausbildung (Bloodstein, 1995) identifiziert. Die soziale Benachteiligung wurde bisher nicht angemessen erforscht, obgleich Conture (1996) festgestellt, dass ihre Existenz auf Grund klinischer Beobachtungen anzunehmen ist.

Im WASSP wird der Begriff Nachteil verwendet, der sowohl von Therapeutinnen als auch von Stotternden als neutraler und klarer Begriff für die Einschränkung in sozialen

¹ Die ICIDH von 1980 wurde inzwischen durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) abgelöst, (Anmerkung des Übersetzers).

Rollen bevorzugt wird gegenüber Benachteiligung / Teilhabe.

Validität

WASSP wurde in einer Langzeitstudie in der Anwendung an rund 40 Klienten entwickelt, die wöchentlich oder intensiv Einzel- oder Gruppentherapie erhielten.

Die Autorinnen haben während der Entwicklung des Profils angestrebt, durch die Einbeziehung stotternder Erwachsener in Diskussionsgruppen Inhaltsvalidität zu sichern. Hinsichtlich der Bandbreite und Wichtigkeit der Elemente des Profils gab es positive Rückmeldungen von Klinikern und Forschern auf Tagungen in Großbritannien und den Vereinigten Staaten. Reaktionen von Therapeu-

tinnen und Klienten bestätigten nach der Anwendung von Pilotversionen des WASSP übereinstimmend, dass die von ihnen wahrgenommenen Veränderungen durch das Profil dargestellt wurden, womit weitere Anhaltspunkte für Inhaltsvalidität gegeben sind.

Da WASSP das einzige Verfahren seiner Art ist, lassen sich die Ergebnisse nicht mit anderen Selbsteinschätzungsprofilen vergleichen. Bis jetzt hat es jedoch Veränderungen in den Bereichen gezeigt, wo infolge von Therapie Veränderungen vorhergesagt wurden. Das kann als weiterer Anhaltspunkt für eine gewisse Konstruktvalidität gelten.

(Anmerkung des Übersetzers: Im englischen Original der Handanweisung folgt an dieser Stelle der Bericht über die englische Untersuchung zur Reliabilität. Da die Ergebnisse auf die deutsche Fassung nicht übertragbar sind, wurde dieser Abschnitt nach hinten verschoben, siehe Teil IV, S. 25)

Teil II – Wie wird WASSP angewendet?

Therapeutinnen und Klienten

WASSP kann von erfahrenen und auch von weniger erfahrenen Stottertherapeutinnen angewendet werden.

WASSP wurde für den Gebrauch mit stotternden Erwachsenen entwickelt. Die Reliabilitätsuntersuchungen wurden mit Stotternden im Alter von 18 Jahren und älter durchgeführt. Jedoch wurde WASSP von den Autorinnen auch klinisch bereits mit Jugendlichen ab 14 Jahren verwendet. Stottertherapeutinnen können nach ihrem klinischen Urteil und ihrer Einschätzung der Reife des Klienten entscheiden, ob sie WASSP für Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren für geeignet halten.

WASSP wurde bei Stotternden erfolgreich angewendet, die sich hinsichtlich des Schweregrades und der Art des Stotterns sehr

unterschieden. Das Profil zeigt Veränderungen an, egal um welche Therapiemethode es sich handelt – z.B. Vermeidungs-Verminde- rungstherapie (Modifikation des Stotterns) oder Sprechtechniken, die das Sprechen insgesamt modifizieren oder die Kombination von beiden Methoden.

WASSP zeigt Veränderungen nach Therapieabschnitten unterschiedlicher Länge. Es wurde z.B. für lange Therapieabschnitte mit wöchentlichen Sitzungen, für einwöchige Intensivkurse und für Auffrischungs-Wochenend-Kurse erfolgreich angewendet.

Anweisungen

WASSP besteht aus einem Einschätzungsbogen (siehe Anhang 1 und Anlage) und einem Faltblatt für die WASSP Profil-Zusammen-