

# Das Lidcombe-Programm – ein Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns

Christina Lattermann

**Der folgende Beitrag vermittelt einen Überblick über das Lidcombe-Programm. Es handelt sich um ein operantes Therapieverfahren zur Behandlung von Redeflussstörungen im Vorschulalter, das unter Anleitung einer Logopädin primär von Eltern durchgeführt wird. Schwerpunkte der Behandlung sind regelmäßige Messungen, operante Prinzipien und die Aufrechterhaltung des flüssigen Sprechens.**

Das Lidcombe-Programm ist ein frühes Interventionsverfahren zur Behandlung von Redeflussstörungen im Vorschulalter. Es wurde im Laufe der letzten zehn Jahre in Zusammenarbeit des *Australian Stuttering Research Centers* (ASRC) an der Faculty of Health Sciences, University of Sydney und der Stuttering Unit im Bankstown Health Service in Sydney entwickelt. Das Programm ist nach dem Stadtteil Lidcombe im westlichen Sydney benannt, in welchem das Team Mitte der achtziger Jahre seine Zusammenarbeit begann.

Bei dem Lidcombe-Programm handelt es sich um ein operantes Therapieverfahren, das unter Anleitung und Kontrolle einer Logopädin von den Eltern durchgeführt wird. Zahlreiche Forschungsprojekte tragen dazu bei, dass das Lidcombe-Programm kontinuierlich weiterentwickelt wird (z.B. *Bonelli, Dixon, Bernstein, Ratner & Onslow, 2000; Jones, Onslow, Harrison & Packman, 2000; Lincoln & Onslow, 1997*)

## Theoretische Grundlagen

Das Lidcombe-Programm wurde für Kinder konzipiert, deren Stottersymptomatik im Vorschulalter einsetzt. Frühkindliches Stottern unterscheidet sich deutlich in seiner Form von Redeflussstörungen im Schul- und Erwachsenenalter. Auf der einen Seite stel-

len hierbei die häufig extreme Variabilität der Symptomatik, das vermehrte Auftreten von Stottereignissen zu Beginn einer Äußerung oder einer syntaktischen Einheit, sowie das deutlich geringere Auftreten oder Fehlen von Sekundär-Symptomen, wie zum Beispiel Tics oder Vermeideverhalten, charakterisierende Merkmale dar. Das Auftreten dieser frühen Redeunflüssigkeiten beunruhigt und verängstigt die meisten Eltern, die sich häufig hilflos fühlen.

Auf der anderen Seite, kommt es jedoch in vielen Fällen zu einer spontanen Remission der unflüssigen Sprechproduktion betroffener Vorschulkinder. Die Langzeitstudien-Ergebnisse von *Yairi* und Mitarbeitern (*Yairi & Ambrose, 1992; Yairi, Ambrose & Niermann, 1993; Yairi, Ambrose, Paden & Throneburg, 1996*) belegen, dass spontane Rückbildungen des Stotterns bei 65 % bis 85 % der untersuchten Vorschüler auftraten, vielfach innerhalb der ersten zwölf Monate. *Andrews* und *Harris* (1964) dokumentieren 79 % spontane Remissionen in dieser Altersgruppe.

Wann und weshalb es zu spontanen Rückbildungen der Sprechunflüssigkeiten kommt, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar. Sicher ist jedoch, dass das Auftreten spontaner Remissionen einen entscheidenden Faktor in der Kontroverse, wann die Therapie frühkindlichen Stotterns einsetzen sollte, darstellt.



**Christina Lattermann**

absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin von 1990-93 an der Universität Münster. Nach siebenjähriger Tätigkeit in einer logopädischen Praxis in Ulm mit den Schwerpunkten Sprachentwicklungs- und Stimmstörungen, absolviert sie seit Herbst 2000 den Master-Studiengang „Professional Training in Speech-Language

Pathology“ an der McGill-Universität in Montreal. Der Studienschwerpunkt lag im Bereich kindlicher Redeflussstörungen und besonders der Theorie und Praxis des Lidcombe Programms. Den Abschluss bildet eine Projektarbeit mit einer empirischen Studie zur sprachlichen Entwicklung von Vorschulkindern, die mit dem Lidcombe Programm behandelt werden.

Mögliches Auftreten und Einfluss von spontanen Remissionen finden im Aufbau und in Studien des Lidcombe-Programms Berücksichtigung. So wird zum Beispiel empfohlen, dass der Beginn der Redeflussstörung mindestens sechs Monate zurück liegen sollte, bevor mit der Behandlung begonnen wird. Es sollte hervorgehoben werden, dass eine frühe Intervention für Kinder positiv ist, da die primären und sekundären Symptome noch nicht gefestigt sind.

Darüber hinaus ermöglicht das Lidcombe-Programm den Eltern der betroffenen Kinder, mit konkreten Handlungen auf die Stottereignisse zu reagieren. Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit werden durch aktives Handeln ersetzt, was zu positiven Reaktionen (Reduktion der Sprechunflüssigkeiten) führt und somit einen produktiven Kreislauf in Gang setzt. Retrospektiv beschreiben viele Eltern dies als einen der entscheidenden Faktoren des Verfahrens, der es ihnen ermöglichte, die negative Spirale von Angst und Schuldgefühlen

konstruktiv zu durchbrechen.

Das Lidcombe-Programm wurde auf Grundlage von Forschungsergebnissen aus dem Bereich operanter Therapieprinzipien in der Stotterbehandlung entwickelt (vgl. *Ingham*, 1984, für eine Zusammenfassung der Literatur). Es basiert auf der Annahme, dass Sprechflüssigkeit im Verhaltensrepertoire jedes Vorschulkindes vorhanden ist und dieses Verhalten durch operante Verfahren gefördert werden kann. Als operante Methoden werden solche Verfahren bezeichnet, bei denen menschliches Verhalten durch die Konsequenzen, die es hervorruft, verändert wird. Diese Konsequenzen können beispielsweise die verbale Form von Lob oder Tadel annehmen.

Während des Lidcombe-Programms werden die Eltern des Kindes angeleitet, operante Prinzipien in Form verbaler Rückmeldung, anfangs nur in abgegrenzten Therapieeinheiten zu Hause und später auch im Alltag des Kindes, gezielt einzusetzen. Diese verbale Rückmeldung führt im Therapieverlauf dazu, dass das flüssige Sprechen gelobt, verstärkt und gefördert wird, während pathologische Sprechunflüssigkeiten systematisch durch verbale, zur Korrektur auffordernde Rückmeldung reduziert werden sollen.

## Aufbau des Lidcombe-Programms

Das Lidcombe-Programm besteht aus zwei Phasen (Abb. 1):

- ▶ Während der Phase 1 findet einmal wöchentlich eine einstündige Therapieeinheit mit dem Kind und den Eltern statt. Häufig handelt es sich um ein Elternteil, meist die Mutter oder um eine andere enge Bezugsperson, die sich bereit erklärt hat, die Behandlung durchzuführen.
- ▶ Phase 2 beginnt, wenn das Sprechen des Kindes in der Therapiesituation und im Alltag nur noch geringe Unflüssigkeiten (im Regelfall weniger als 1% gestotterter Silben) aufweist. Während dieser Phase reduzieren die Eltern sowohl die Therapie zu Hause als auch die logopädische Behandlung schrittweise. Die Behandlungen werden häufig auf eine halbstündige Dauer verkürzt und die Abstände zwischen den logopädischen Therapien werden größer. Wenn das Sprechen des Kindes keine erneute Zunahme von Stotterungserscheinungen zeigt, erfolgt diese Stabilisierungs- und Kontrollphase durchschnittlich über einen Zeitraum von 12 bis 18 Monaten.

Während beider Phasen sind Messungen der Stotterungserscheinungen von Eltern und Therapeuten ein zentraler Bestandteil, da diese den Therapieverlauf und den Übergang von Phase 1 zu Phase 2 bestimmen.

## Therapie

Der Schwerpunkt des Lidcombe-Programms liegt auf der Veränderung der kindlichen Sprechflüssigkeit und nicht auf einer Veränderung des Umfeldes. Durch das Therapieverfahren soll es dem Kind ermöglicht werden, den täglichen Kommunikationsanforderungen mit ausreichenden Sprechfähigkeiten zu begegnen. Trotzdem sind Änderungen im familiären Alltag des Kindes nach Absprache mit den Eltern ein Bestandteil des Lidcombe-Programms. Diese werden jedoch in erster Linie eingeführt, um eine optimale Durchführung des Programms zu Hause zu gewährleisten.

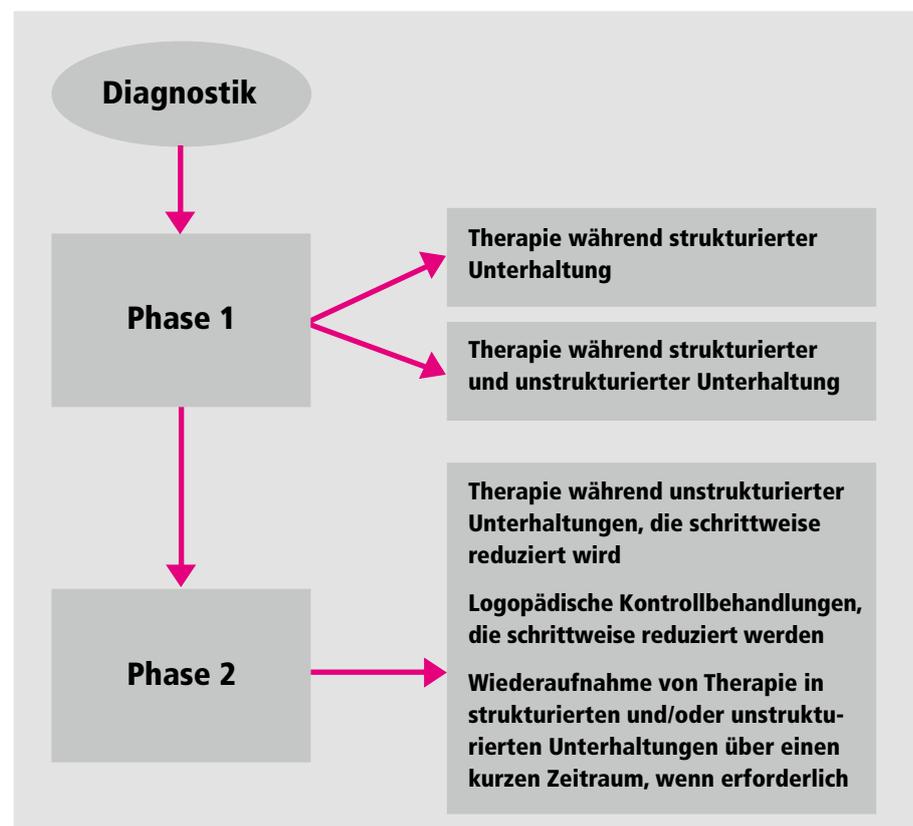
In Phase 1 des Lidcombe-Programms wird von Therapie während strukturierter Unterhaltung zu Therapie während unstrukturierter Unterhaltung übergeleitet. Diese beiden Einheiten werden im Folgenden vorgestellt.

## Therapie während strukturierter Unterhaltung

Zu Beginn der Therapie in Phase 1 bestimmt die Logopädin die sprachliche Stufe, auf der dem Kind flüssiges Sprechen möglich ist. Die Eltern werden dann angeleitet, strukturierte Spielsituationen zu schaffen, die dieses sprachliche Niveau erfordern. Ein Beispiel wäre das Benennen aufgedeckter Karten bei einem Memory-Spiel, wenn das Kind auf der Ein-Wort-Ebene flüssig sprechen kann oder das Beschreiben von einfachen Bildern in einem Bilderbuch, wenn es bereits auf der Mehr-Wort-Ebene zu einer flüssigen Sprechproduktion des Kindes kommt.

Das Therapieziel ist hierbei, von einem Schwierigkeitsgrad auszugehen, der dem Kind ein flüssiges Sprechen sicher ermöglicht. Tritt in der Therapiesituation vermehrt Stotterungserscheinungen auf, muss der Schwierigkeitsgrad reduziert werden. Er wird erst dann wieder angehoben, wenn das Kind auf der nächsten Stufe ausreichend flüssiges Sprechen aufweist. Im Verlauf der Therapie wird das sprachliche Niveau gesteigert, bis das Kind flüssiges Sprechen in der Spontansprache erreicht.

Während der Übungseinheit in der Therapiestunde loben die Eltern unmittelbar die



flüssige Sprechproduktion ihres Kindes. Diese positive verbale Rückmeldung kann durch Anerkennung/Bestätigung, Lob, und Aufforderung zur Selbsteinschätzung gegeben werden. Dabei ist darauf zu achten, dass dieses Lob abwechslungsreich, spezifisch für das flüssige Sprechen, alters- und persönlichkeitsangemessen sowie kreativ gegeben wird, damit es für das Kind glaubwürdig und akzeptabel bleibt. Lob wird überwiegend verbal vermittelt, kann jedoch auch in einzelnen Fällen durch Gestik und materielle Verstärker (z.B. Aufkleber, Stempel) ergänzt werden (Abb. 2).

Das stotternde Kind sollte die Therapie grundsätzlich als eine angenehme Erfahrung empfinden. Die Logopädin leitet die Eltern zur korrekten Durchführung der Therapieinhalte an und stellt sicher, dass das Kind positiv reagiert. Erst wenn gewährleistet ist, dass das Lidcombe-Programm richtig angewandt und vom Kind positiv angenommen wird, beginnen die Eltern täglich eine circa fünfzehnminütige strukturierte Therapieeinheit zu Hause durchzuführen. Bei jüngeren Kindern oder Kindern mit kurzen Aufmerksamkeitsspannen werden zwei kurze Therapieeinheiten empfohlen. Im Verlauf der Phase 1 wird dann zusätzlich die Aufforderung zur Korrektur von Stottereignissen während der strukturierten Übungen durch die Eltern eingeführt. Dies kann durch gezieltes Auffordern zum Wiederholen des gestotterten Wortes oder des gesamten Satzes, aber auch durch bestätigende Kommentare (z.B. „Da bist Du stecken geblieben.“) erfolgen. Die Eltern lernen diese Aufforderungen zur Korrektur nicht willkürlich, sondern in einem auf das Kind abgestimmten Verhältnis einzusetzen, hierbei wird anfangs häufig ein Verhältnis zwischen Korrektur und Lob von 1:5 gewählt. Ebenso wird die Art der Aufforderung zur Korrektur individuell an das jeweilige Kind und die Situation, in der das Stottereignis auftritt, angepasst.

### Therapie während unstrukturierter Unterhaltung

Im Verlauf von Phase 1 lernen die Eltern dann anfangs Rückmeldungen für flüssige und nachfolgend ebenso Rückmeldungen für gestotterte Sprache während des Tages in unstrukturierten und natürlichen Kommunikationssituationen durchzuführen. Auch hierbei bestimmt die Logopädin individuell die Frequenz von sofortigem Lob oder sofortiger Aufforderung zur Selbstkorrektur,

sowie ein angemessenes Verhältnis derselben. Mit fortschreitender Therapie und Zunahme des flüssigen Sprechens werden die strukturierten Therapiesituationen langsam reduziert und gleichzeitig die Anzahl der unstrukturierten Situationen erhöht.

Am Ende von Phase 1 finden nur noch Behandlungen während unstrukturierter Konversationen im Alltag des Kindes statt. Dies wird als ein entscheidender Vorteil und als einer der Hauptgründe für den Erfolg des Lidcombe-Programms bewertet: Die Therapie findet dann statt, wenn das Stottern im Alltag des Kindes auftritt – sei es z.B. auf einer Autofahrt, beim Essen oder beim Einkaufen. Das Lidcombe-Programm enthält keine formelle Generalisierungsphase, da der Transfer des flüssigen Sprechens in Alltagssituationen des Kindes ein Kernprinzip dieser Therapie ist.

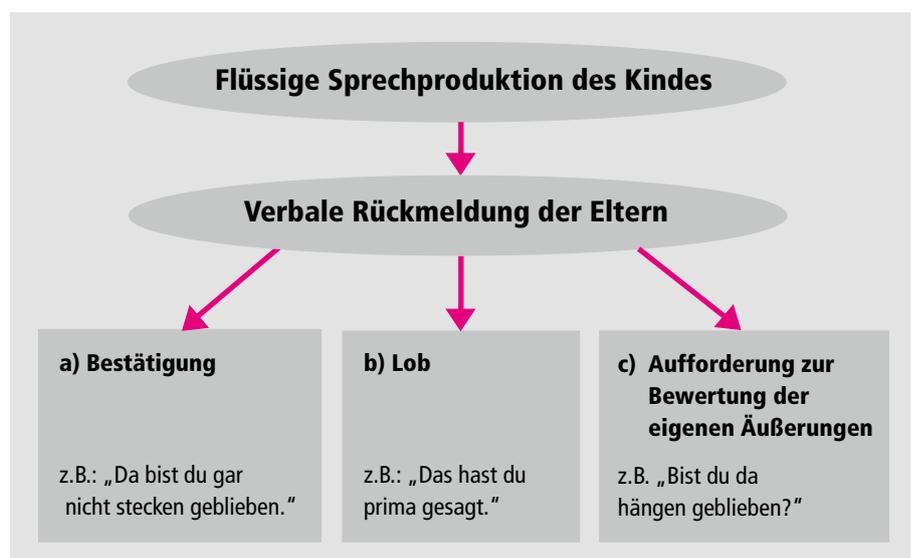
Nach Abschluss von Phase 1 erfolgt die oben beschriebene Phase 2, in der verbales Lob und Aufforderung zur Selbstkorrektur zunehmend weniger und in immer größeren Abständen gegeben werden, und der gesamte Therapieprozess langsam beendet wird. Sollte es jedoch zu erneutem Auftreten der Stottersymptomatik während Phase 2 kommen, wird empfohlen, dass die Eltern vorübergehend zu Hause wieder verstärkt Therapie in strukturierten und/oder unstrukturierten Gesprächssituationen durchführen. Treten weiterhin vermehrt Sprechunflüssigkeiten auf und die Kriterien für Phase 2 werden nicht erfüllt (Prozentsatz gestotterter Silben unter 1 % und Schweregrad des Stotterns weniger als 2 und 1), wird das Kind in Absprache mit den Eltern wieder in Phase 1 zurückgestuft (Abb. 3).

## Messungen der Sprechflüssigkeit

Das Lidcombe-Programm sieht vor, die kindliche Sprechflüssigkeit auf zwei verschiedene Weisen zu untersuchen, die während der Therapie, in der Klinik/Praxis und zu Hause erfolgen. Die gesammelten Daten sollen dazu beitragen, den Schweregrad des Stotterns zu bestimmen, Therapieziele festzulegen, Fortschritt zu dokumentieren und die Kommunikation zwischen Eltern und LogopädInnen zu fördern. *Lincoln* und *Harrison* (1999) gehen außerdem davon aus, dass das Sammeln und Dokumentieren dieser Messwerte den Eltern erleichtert, zunehmend mehr Verantwortung für das Durchführen des Lidcombe-Programms zu übernehmen.

### Prozentsatz gestotterter Silben (% SS)

Zu Beginn jeder Therapiestunde wird der prozentuale Anteil gestotterter Silben während einer Spontansprachsituation mit dem Kind gemessen. Dazu verwenden australische und nordamerikanische TherapeutInnen ein elektronisches Gerät („True Talk“), welches die genaue Anzahl der flüssigen und unflüssigen Silben ermittelt. Die Spontansprachprobe sollte 300 Silben beinhalten, bei sehr schüchternen und zurückgezogenen Kindern wird empfohlen, sich auf eine zehnminütige Probe zu beschränken (*Harrison & Onslow*, 1999).



Beurteilungen des Schweregrades der Stotterersymptomatik aufeinander abgestimmt werden. Im Regelfall sollten die elterlichen und therapeutischen Werte um nicht mehr als einen Punkt abweichen.

## Forschungsergebnisse zur Effektivität des Lidcombe-Programms

Im Verlauf der letzten Jahre haben sich zahlreiche australische, kanadische und britische Forschungsprojekte mit der Effektivität und den zugrunde liegenden Mechanismen des Lidcombe-Programms beschäftigt. Untersuchungen zeigen, dass das Lidcombe-Programm mittel- und langfristig eine effektive Therapiemethode ist.

*Lincoln* und *Onslow* (1997) untersuchten in einer Langzeitstudie 43 Kinder, die zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr erfolgreich mit dem Lidcombe-Programm behandelt wurden. Die behandelten Kinder zeigten im Zeitraum von sieben Jahren keine Rückfälle und behielten ihre flüssige oder fast flüssige Sprechproduktion bei (*Packman & Onslow*, 1999).

*Lincoln*, *Onslow* und *Reed* (1997) unterstützen diese Ergebnisse durch Daten einer Studie, die belegt, dass unabhängige Testpersonen die Sprache der behandelten Kinder nicht von der Sprache normal flüssiger Kinder unterscheiden konnten.

Das Pilotprojekt zu dieser Studie (*Onslow, Andrews & Lincoln*, 1994) beinhaltete zusätzlich eine Kontrollgruppe für die 12 stotternden Kinder. Da die Kinder, die mit



## Schweregrad des Stotterns

Die Eltern des Kindes werden angeleitet, den Schweregrad der kindlichen Sprechunflüssigkeiten auf einer täglichen Basis zu beurteilen. Hierzu wird eine subjektive Zehn-Punkte-Skala (1 = kein Stottern, 2 = minimales Stottern, 10 = extrem schweres Stottern) verwendet. Das Beurteilen der Sprechunflüssigkeiten wird zu Anfang der Therapie vermehrt mit den Eltern unter Zuhilfenahme von Video- und Audiokassetten geübt. Damit wird gewährleistet, dass Therapeutin und Eltern zu einer möglichst übereinstimmenden Bewertung kommen. Am Ende jedes Tages beurteilen die Eltern das Sprechen des Kindes während des gesamten Tages und tragen den entsprechenden Wert in einer Tabelle ein. Diese Tabelle wird zu jeder Therapiestunde

mitgebracht und dient als zusätzliche Dokumentation des Therapieverlaufs. Die graphische Darstellung des Schweregrades der Sprechunflüssigkeiten wird von vielen Eltern als visuelle Unterstützung empfunden, die dazu beiträgt, ihre Motivation aufrecht zu erhalten oder im Falle einer auftretenden Stagnation zu einer Problemlösediskussion anregt. Darüber hinaus liefern diese Daten häufig relevante Hinweise für die LogopädIn bezüglich der Entwicklung des Stotterns außerhalb der Praxis/Klinik im häuslichen Alltag des Kindes.

Zusätzlich werden die Eltern nach Messung der Spontansprachprobe zu Beginn jeder Therapiestunde dazu angehalten, auch dieser einen Schweregrad zuzuordnen. Die LogopädIn stellt auf diese Weise sicher, dass die elterlichen und therapeutischen

dem Lidcombe-Programm behandelt wurden, im Gegensatz zu den unbehandelten Kindern deutliche Fortschritte in ihrer flüssigen Sprechproduktion erzielten, zogen viele Eltern ihre Einwilligung für die Teilnahme in der Kontrollgruppe zurück. So beschlossen die Forscher, die Kontrollgruppe aus ethischen Gründen zu beenden.

Onslow räumt ein, dass das Fehlen einer Kontrollgruppe einen Schwachpunkt darstellt. Gleichzeitig verweist er jedoch darauf, dass die Daten fast aller Kinder einen abrupten Rückgang der unflüssigen Sprechproduktion unmittelbar nach Beginn der Behandlung aufweisen und dies auf einen direkten Behandlungseffekt hindeutet. Zudem zitiert er eine Studie von *Lincoln, Onslow, Wilson & Lewis* (1996), welche die Behandlung von Schulkindern mit dem Lidcombe-Programm untersuchte und ähnliche Ergebnisse dokumentiert. *Onslow* betont, dass spontane Remissionen in dieser Altersgruppe deutlich geringer als im Vorschulalter sind.

In einer weiterführenden Studie beschäftigten sich *Harris, Onslow, Packman, Harrison* und *Menzies* (2002) mit der oben erwähnten Fragestellung, ob der Effekt des Lidcombe-Programms auf das kindliche Stottern die Möglichkeit einer spontanen Remission im Vorschulalter überwiegt. Ihre Studie untersuchte 23 Kinder im Vorschulalter, die entweder über den Verlauf von 12 Wochen mit dem Lidcombe-Programm behandelt oder einer Kontrollgruppe zugeteilt wurden.

Die Daten dokumentieren, dass die Redeflussstörungen in der Lidcombe-Gruppe zweimal mehr abnahmen als in der Kontrollgruppe. Das Ergebnis unterstützt die Aussage, dass die Behandlung von frühkindlichem Stottern mit dem Lidcombe-Programm einen positiven Effekt auf die Redeflussstörung hat und dass dieser Effekt den Einfluss einer möglichen spontanen Rückbildung überwiegt.

Ergebnisse einer Studie von *Jones* und Mitarbeitern (2000) zeigen zudem, dass es sich bei dem Lidcombe-Programm nicht nur um ein effektives, sondern auch um ein effizientes Verfahren handelt. In ihrer Studie untersuchte das Team die Therapiestundenanzahl von 250 behandelten Vorschulkindern. Die Daten zeigen, dass der Mittelwert der Behandlungszeit in der Praxis/Klinik elf Therapiestunden betrug, bis die Kinder ein vollkommen stotterfreies oder fast stotterfreies Sprechen erreichten. Ihre Ergebnisse belegen darüber hinaus, dass ein signifikan-

tes Verhältnis zwischen dem Schweregrad des Stotterns bei Therapiebeginn und der Behandlungszeit bestand. Kinder, deren Stottersymptomatik deutlich ausgeprägter war, benötigten mehr Therapiestunden im Vergleich zu Kindern mit einer schwächeren Symptomatik.

Eine Untersuchung der sprachlichen Entwicklung von neun Vorschulkindern im Verlauf des Lidcombe-Programms (*Bonelli, Dixon, Bernstein Ratner & Onslow* 2000) zeigt, dass die Ergebnisse im Rahmen oder oberhalb der zu erwartenden Werte für die Sprachentwicklung dieser Altersgruppe lagen. Die AutorInnen folgern, dass die während des Lidcombe-Programms erreichte Sprechflüssigkeit nicht auf Kosten der Sprachentwicklung und der linguistischen Funktionen dieser Kinder erworben wird.

*Woods* und Mitarbeiter (*Woods, Shearsby, Onslow & Burnham*, 2002) untersuchten mit Hilfe zweier standardisierter Checklisten, der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) (*Achenbach*, 1988, 1991) und des „Attachment Q-Sets“ (AQS) (*Waters*, 1985), ob ein operantes Therapieverfahren zur Behandlung des kindlichen Stotterns die Gefahr negativer Auswirkungen auf die Psyche des Kindes birgt. Ihre Daten zeigten, dass das Lidcombe-Programm keine negativen Verhaltensweisen wie Angst, Aggression, Rückzug oder Depression auslöst. Im Gegenteil wiesen die behandelten Kinder nach Abschluss des Lidcombe-Programms ein besseres Bindungsverhalten zu ihren Eltern und eine höhere Kompetenz im Bereich sozialer und emotionaler Verhaltensweisen auf.

## Zusammenfassung

Das Lidcombe-Programm ist ein operantes Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns, dessen Effektivität durch Studienergebnisse belegt ist. Das Programm wird unter Anleitung und Kontrolle einer Logopädin von den Eltern durchgeführt und beinhaltet operante Prinzipien in Form von Lob und Aufforderung zur Selbstkorrektur, sowie objektive Messungen der Sprechflüssigkeit. Therapie findet zu Beginn der Intervention nur in strukturierten, zeitlich begrenzten Situationen statt, wird jedoch im Verlauf zügig auf den gesamten Alltag des Kindes ausgeweitet. Der Schwerpunkt des Lidcombe-Programms liegt auf der Veränderung der Sprechproduktion des Kindes und weniger auf einer Veränderung

des Umfeldes.

Zahlreiche Forschungsprojekte in Australien, Kanada, den Vereinigten Staaten und England setzen gegenwärtig wissenschaftliche Untersuchungen zur Effektivität und den Mechanismen des Verfahrens fort. Diese Daten tragen dazu bei, dass das Lidcombe-Programm auch in Zukunft auf der Basis von klinischen Erfahrungswerten kontinuierlich weiter entwickelt werden wird.

## Diskussion

Das Konzept des Lidcombes Programms, die Eltern des stotternden Vorschulkindes als Therapeuten anzuleiten, beinhaltet Vorteile, wie zum Beispiel die Möglichkeit, die Therapie täglich im normalen Umfeld des Kindes stattfinden zu lassen und exakt in dem Moment durchzuführen, wenn das Stottern im Alltag auftritt. Es birgt aber auf der anderen Seite auch zahlreiche Herausforderungen für die verantwortliche Logopädin.

Obwohl die Durchführung des Therapieprogramms auf den ersten Blick einfach erscheinen mag, muss ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass das Lidcombe-Programm ein hohes Maß an Flexibilität, individueller Anpassung des Verfahrens an das jeweilige Kind und dessen Eltern, sowie an klinischer Erfahrung erfordert. Es sollte aus diesem Grund nur von Logopädinnen angewendet werden, welche die Ausbildung zur Lidcombe-Therapeutin absolviert haben. Das Durchführen der Therapie ohne ausreichende Qualifikation führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Scheitern der Behandlung.

Ein erster Lidcombe-Workshop in Zusammenarbeit mit dem australischen Forscherteam unter der Leitung von Dr. Onslow in Deutschland ist zur Zeit in Planung (Kontakt: [christina.lattermann@gmx.de](mailto:christina.lattermann@gmx.de)). Im Verlauf der letzten zwei Jahre habe ich das Lidcombe-Programm in Kanada und den Vereinigten Staaten als eine effektives und effiziente Intervention zur Behandlung frühkindlichen Stotterns kennen gelernt. Ich bin der Überzeugung, dass das Lidcombe-Programm auch für die deutschsprachige Therapie des kindlichen Stotterns eine ausgezeichnete Bereicherung darstellen und die logopädische Handlungskompetenz sinnvoll ergänzen würde.

- Achenbach, T.M. (1988). *Child Behavior Checklist for Ages 2-3*. Burlington: University of Vermont
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4 - 18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont
- Andrews, G. & Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*. Clinics in Developmental Medicine, 17. London: Spastics Society Medical Education and Information Unit in association with Heinemann Medical Books
- Bonelli, P.; Dixon, M.; Bernstein Ratner, N.; & Onslow, M. (2000). Child and parent speech and language following the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics* 14, 427-446
- Harris, V.; Onslow, M.; Packman, A.; Harrison, E. & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 27(3), 203-214
- Harrison, E. & Onslow, M. (1999). Early Intervention for Stuttering: The Lidcombe Program. In: Curlee, R.F. (Eds.). *Stuttering and Related Disorders of Fluency, 2nd edition*. New York: Thieme Medical Publishers
- Ingham, R.J. (1984). *Stuttering and behavior therapy: Current status and experimental foundations*. San Diego: College-Hill Press
- Jones, M.; Onslow, M.; Harrison, E. & Packman, A. (2000). Treating stuttering in children: Predicting outcome in the Lidcombe Program. *Journal of Speech, Hearing and Language Research* 43, 1440-1450
- Lincoln, M.; Onslow, M.; Wilson, L.; & Lewis, C. (1996). A clinical trial of an operant treatment for school-age stuttering children. *American Journal of Speech-Language Pathology* 5, 73-85
- Lincoln, M. & Harrison, E. (1999). The Lidcombe Program. In: Onslow, M. & Packman, A. (Eds.). *Early stuttering: A handbook of early intervention strategies*. San Diego: Singular Publishing Group
- Lincoln, M. & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of an early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology* 6, 51-58
- Lincoln, M.; Onslow, M. & Reed, V. (1997). Social validity of an early intervention for stuttering: The Lidcombe Program. *American Journal of Speech-Language Pathology* 6, 77-84
- Onslow, M.; Andrews, C. & Lincoln, M. (1994). A control/experimental trial of an operant treatment for early stuttering. *Journal of speech and Hearing Research*, Dec. 37 (6), 1244-59
- Packman, A. & Onslow, M. (1999). Issues in early stuttering intervention. In: Onslow, M. & Packman, A. (Eds.). *A handbook of early stuttering intervention*. San Diego: Singular Publishing Group
- Waters, E. (1990). The Attachment Behavior Q-Set, rev. 3.0, and associated QSTAT 2 statistical procedure
- Woods, S.; Shearsby, J.; Onslow, M. & Burnham, D. (2001). Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders* 37, 31-40
- Yairi, E. & Ambrose, N. (1992). A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research* 35, 755-760
- Yairi, E.; Ambrose, N. & Niermann, R. (1993). The early months of stuttering: a developmental study. *Journal of Speech and Hearing Research* 36, 521-528
- Yairi, E.; Ambrose, N.; Paden, E. & Throneburg, R.N. (1996). Predictive factors of persistency and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders* 29, 51-77

#### Weiterführende Literatur zum Lidcombe-Programm

Onslow, M.; Packman, A.; Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A clinician's guide*. Austin Texas: Pro Ed.

---

#### Autorin

Christina Lattermann  
Logopädin  
Wöhrdstr. 1  
93059 Regensburg  
[christina.lattermann@gmx.de](mailto:christina.lattermann@gmx.de)