

Das Lidcombe-Programm

Ein Interventionsverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns – auch für deutschsprachige Kinder

Christina Lattermann, Katrin Neumann, Harald A. Euler

ZUSAMMENFASSUNG. Das Lidcombe-Programm (LP) zur Behandlung frühkindlichen Stotterns, eine hier beschriebene verhaltensmodifikatorische Methode mit den Eltern als Co-Therapeuten, wird bisher vor allem in englischsprachigen Ländern eingesetzt. Die bisherigen evidenz-basierten Ergebnisse dieser Behandlung, einschließlich einer eigenen Untersuchung mit deutschen Kindern, belegen, dass das LP einen über Spontanerholung hinausgehenden dauerhaften Erfolg bewirkt und keine unerwünschten Nebenwirkungen hat. Allerdings sind bei der Anwendung elterliche Vorbehalte gegen diese verhaltenstherapeutische Methode zu berücksichtigen ebenso wie die anscheinend deutsche Neigung, verhaltenskontingente positive soziale Verstärkung eher sparsam einzusetzen.

Schlüsselwörter: Lidcombe-Programm – frühkindliches Stottern – Kurzzeiteffekt – evidenz-basierte Intervention – deutscher Kulturkreis

Einleitung

Das Lidcombe-Programm zur Behandlung frühkindlicher Redeflussstörungen wurde Ende der 80er Jahre in Australien vorgestellt und seitdem auf der Basis von Forschungsergebnissen und klinischen Erfahrungen weiterentwickelt. In Deutschland erschienen die ersten Beiträge in der letzten Dekade (Huber & Onslow, 2001; Lattermann, 2003). Zu diesem Zeitpunkt war das Programm hierzulande noch weitgehend unbekannt, und die Methode wurde nur von einigen LogopädInnen verwendet, die Fortbildungen dazu in England oder Australien besucht hatten.

Seit 2004 werden in Deutschland regelmäßig Fortbildungen und Supervisionstage zum Lidcombe-Programm angeboten. Nachdem der Methode anfänglich vielfach mit Skepsis begegnet wurde, stößt sie nun auch im deutschsprachigen Raum zunehmend auf Interesse und findet im therapeutischen Alltag zahlreicher KollegInnen Anwendung. Dieser Artikel vermittelt einen Überblick über die Behandlungsmethode, den derzeitigen Stand der Studien zum Lidcombe-Programm und Erfahrungen bei der Anwendung des Programms mit deutschsprachigen Vorschulkindern.

Die Behandlung mit dem Lidcombe-Programm

Das Lidcombe-Programm ist ein operantes, also auf unmittelbarer sozialer Verstärkung beruhendes Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlicher Redeflussstörungen, das für die Altersgruppe der Kinder zwischen drei und sechs Jahren entwickelt wurde. Es basiert auf der Annahme, dass flüssiges Sprechen im Repertoire jedes Kindes vorhanden ist und durch operante Therapieprinzipien gefördert werden kann. Im Gegensatz zu vielen anderen Interventionsprogrammen zur Behandlung frühkindlicher Redeflussstörungen wird die Therapie von einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson unter Anleitung der TherapeutIn durchgeführt. Die beiden Komponenten der Methode bestehen aus kontinuierlichen Messungen der Sprechflüssigkeit während des Behandlungsverlaufs sowie verbalen Rückmeldungen für stotterfreies Sprechen und gestotterte Äußerungen. Diese werden im Folgenden näher erörtert.

Messungen

Während des Behandlungsverlaufs mit dem Lidcombe-Programm wird die Sprechflüssigkeit gemessen. Die TherapeutIn ermittelt zu Beginn jeder Behandlungsstunde den Prozentsatz gestotterter Silben anhand einer Spontansprachprobe, die mindestens

Dr. phil. Christina Lattermann

absolvierte ihre Ausbildung zur Logopädin von 1990 bis 1993 an der Universität Münster und arbeitete anschließend in einer logopädischen Praxis in Ulm. Von 2000 bis 2003 belegte sie den Master-Studiengang „Professional Training in Speech-Language Pathology“ an der McGill-University in Montreal. Von 2003 bis 2006 promovierte sie an der Universität Frankfurt/M. mit einer Arbeit zum Einsatz des Lidcombe-Programms in Deutschland. Zurzeit ist sie als Mitglied des Lidcombe Program Trainers Consortiums in Deutschland und Nordamerika tätig.



Prof. Dr. Katrin Neumann

studierte Humanmedizin an der Universität Leipzig. Die HNO-Fachärztin und Phoniaterin ist seit 2007 Universitätsprofessorin an der Universität Frankfurt/M. und leitet dort den Schwerpunkt für Phoniatrie und Pädaudiologie. Zu ihren wissenschaftlichen Schwerpunkten gehört die Untersuchung von Hör-, Stimm- und Sprachprozessen mittels funktioneller Bildgebung und Elektrophysiologie. U.a. hat sie die wissenschaftliche Leitung des hessischen Neugeborenen-Hörscreening- und Sprachstandserfassungs-Programms, ist Chair des Audiology Committee sowie Consultant des Fluency Committees der IALP und arbeitet für die WHO.



Prof. Harald A. Euler, Ph.D.

studierte Psychologie in Bonn und als Fulbright-Stipendiat in Washington. Seine Master's Thesis behandelte das verhaltenskontingente DAF beim Stottern. Seit 1974 ist er Professor für Psychologie an der Universität Kassel. Seit 1995 begleitet er die Kasseler Stottertherapie als wissenschaftlicher Berater und arbeitet zusammen mit Katrin Neumann über bildgebende Verfahren bei Personen, die stottern, sowie die Einführung eines flächendeckenden Sprachscreenings bei Kindergartenkindern. Ansonsten gilt sein wissenschaftliches Interesse der Evolutionären Psychologie.



300 Silben enthalten sollte. Ein Elternteil des Kindes wird angeleitet, täglich bis zum Abschluss der Therapie den Schweregrad der Redeflussstörung auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = kein Stottern, 2 = extrem leichtes Stottern, 10 = extrem schweres Stottern) zu bewerten. Die Behandlung soll nicht ohne die ständigen Messungen durchgeführt werden, da Entscheidungen zu Therapieplanung und -zielen von diesen Daten abhängen. Diese liefern zudem die Datengrundlage für eine adäquate Dokumentation des Therapieprozesses im Sinne moderner evidenz-basierter Behandlungsprinzipien.

Das Lidcombe-Programm ist in zwei Phasen gegliedert. Ziel von Phase I ist die Reduktion oder der vollständige Abbau der Stottersymptomatik. Während der Phase II sollen die erreichte Sprechflüssigkeit aufrechterhalten und eventuell auftretende Rückfälle frühzeitig erkannt und behandelt werden. Beide Phasen werden im Folgenden näher erörtert.

Phase I

Im Verlauf von Phase I erhält das Kind einmal wöchentlich eine 45- bis 60-minütige Therapieeinheit. Die Eltern werden in jeder Therapiestunde angeleitet, die Behandlung täglich zu Hause mit dem Kind durchzuführen. Zu Beginn der Therapie sind 10- bis 15-minütige Übungseinheiten vorgesehen, in denen das flüssige Sprechen des Kindes durch die Strukturierung der Situation maximiert wird. Im Rahmen dieser strukturierten Unterhaltungen und Spielsituationen geben die Eltern folgende drei Arten verbaler Rückmeldungen für stotterfreies Sprechen (Abb. 1):

- Lob für stotterfreies Sprechen (z.B.: „Prima, das hast du ganz flüssig gesagt.“)
- Bestätigung von stotterfreiem Sprechen (z.B.: „Da waren gar keine Hüpf.“)
- Aufforderung zur Selbstbewertung (z.B.: „Hast du das glatt gesagt?“)

Im späteren Behandlungsverlauf werden zusätzlich zwei verbale Rückmeldungen für gestotterte Äußerungen eingeführt:

- Bestätigung einer eindeutig gestotterten Äußerung (z.B.: „Da bist du bei *Ball* hängen geblieben.“)
- Aufforderung zur Selbstkorrektur (z.B.: „Da ist das Wort *Ritter* gehüpft. Kannst du *Ritter* noch mal reparieren?“)

Die Rückmeldungen für stotterfreies Sprechen sollen die für gestotterte Äußerungen deutlich überwiegen. Häufigkeit und Art der verbalen Rückmeldungen werden von der Therapeutin wöchentlich individuell an das Kind und die Eltern angepasst.

Abhängig vom Behandlungsverlauf und den ermittelten Messwerten werden die strukturierten Therapiesituationen reduziert und die Eltern angeleitet, die verbalen Rückmeldungen zunehmend in unstrukturierten alltäglichen Situationen einzusetzen. Eine Zeitlang wird sowohl in strukturierten als auch in unstrukturierten Situationen geübt, bis die Übungseinheiten in strukturierten Situationen nicht mehr notwendig sind. Dieser Prozess erfordert eine hohe Flexibilität. Die Therapeutin beobachtet den Therapiefortschritt anhand der Messungen und verändert die Behandlung, falls erforderlich. Geben beispielsweise die Eltern bereits ausschließlich Rückmeldungen in unstrukturierten Unterhaltungen, so kann ein plötzlicher Wiederanstieg der Symptomatik zur vorläufigen Beendigung des Übens auf dieser Stufe und zu einer Rückkehr zur Stufe strukturierter Übungssituationen führen, bis die Sprechflüssigkeit wieder zunimmt.

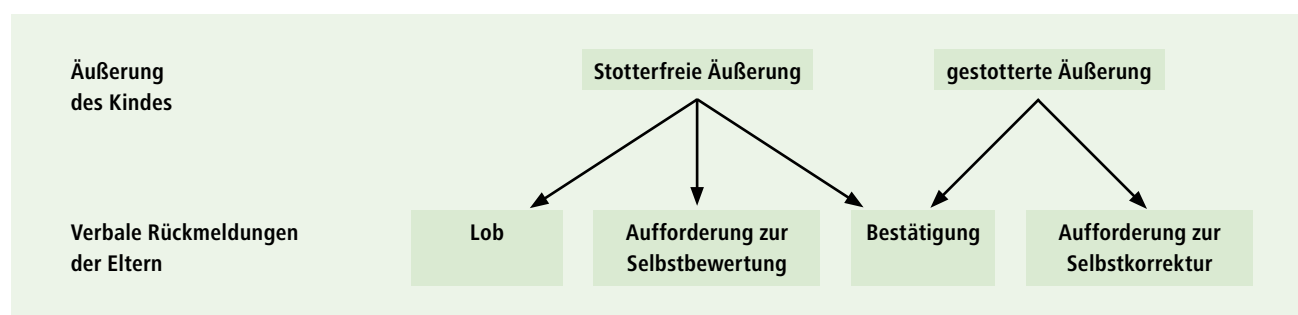
Eine typische Behandlungsstunde in Phase I beginnt mit der Ermittlung des Prozentsatzes gestotterter Silben (%SS) des Kindes durch die Therapeutin. Anschließend besprechen die Eltern und die Therapeutin die Schweregradmessungen der vergangenen Woche und die Einschätzung der Eltern bezüglich der Durchführung der häuslichen Übungen.

In diesem Rahmen werden die Entwicklung der Sprechflüssigkeit sowie Fragen und Probleme diskutiert und mögliche Lösungen erarbeitet. Danach demonstrieren die Eltern die Durchführung der Übungen während der vergangenen Woche. Die Therapeutin zeigt, in welcher Art und Weise in der nächsten Woche zu Hause geübt werden soll und leitet die Eltern zur ggf. veränderten Durchführung an. Abschließend werden die Ziele für die kommende Woche zusammengefasst. Phase I wird beendet, wenn folgende zwei Sprech-Kriterien erfüllt werden: Der während der Behandlung ermittelte Prozentsatz gestotterter Silben beträgt 1% oder weniger, und die Schweregradmessungen der Eltern zeigen, dass die Messwerte im Verlauf der vorangegangenen drei Wochen zwischen 1 und 2 lagen. Pro Woche muss der Schweregrad an mindestens vier Tagen den Wert 1 erreichen.

Phase II

Therapiephase II dient der Aufrechterhaltung und Stabilisierung der erworbenen Sprechflüssigkeit und dem Erkennen und Behandeln von möglichen Rückfällen. Während dieser in der Regel 12 bis 18 Monate dauernden Periode werden die Therapieabstände vergrößert, und die Behandlung wird systematisch reduziert. Die Eltern werden angeleitet, die Sprechflüssigkeit ihres Kindes weiterhin zu beobachten, Rückfälle frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. In Absprache mit der Therapeutin wird das Kind bei einem erneuten Auftreten der Redeflussstörung in einen früheren Abschnitt von Phase II zurückgestuft. Die Eltern setzen dann unter Umständen vermehrt verbale Rückmeldungen ein oder führen vorübergehend erneut Unterhaltungen in strukturierten Situationen, bis die Sprechflüssigkeit wieder zunimmt. In seltenen Fällen wird das Kind in Phase I zurückgestuft. Eine detaillierte Beschreibung des Programms findet sich in *Onslow, Packman & Harrison (2003)*.

■ Abb. 1: Verbale Rückmeldungen für stotterfreie und gestotterte Äußerungen



■ Abb. 2: Der Aufbau des Lidcombe-Programms

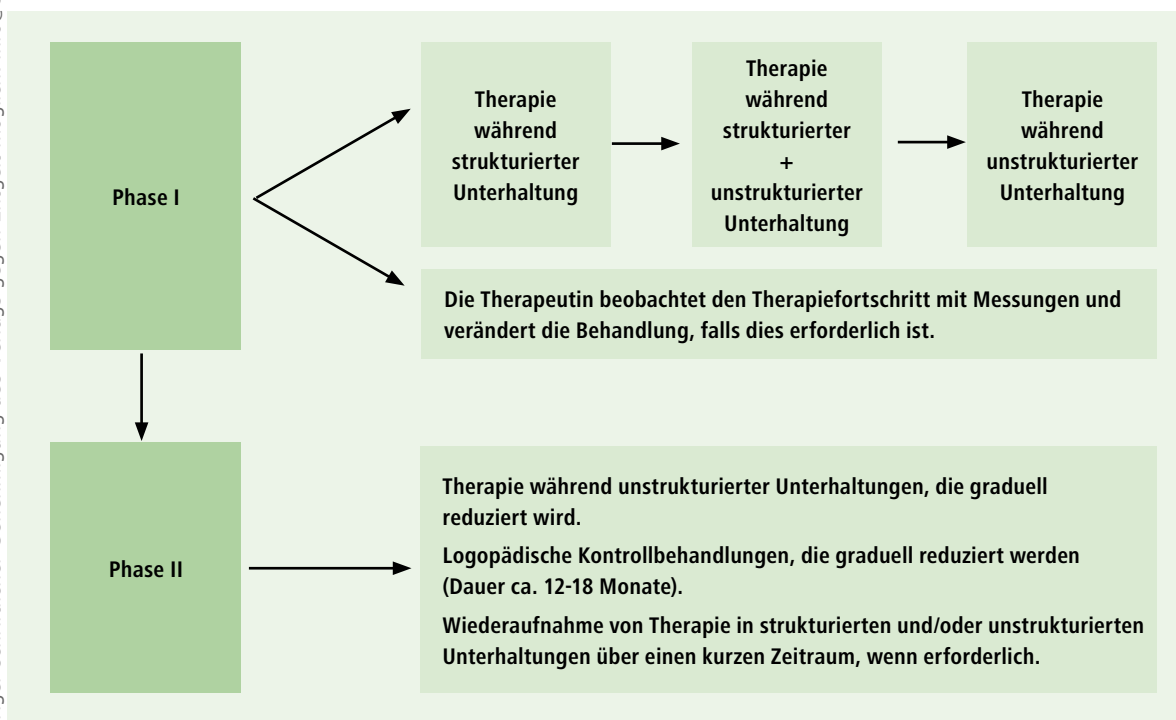


Abbildung 2 vermittelt einen Überblick über den Aufbau des Programms.

Das Lidcombe-Programm mit Schulkindern

Das Lidcombe-Programm wurde ursprünglich für Kinder zwischen drei und sechs Jahren entwickelt. In den letzten Jahren haben TherapeutInnen in Australien, Deutschland, England, Kanada, Neuseeland und den USA die Methode aber auch zunehmend bei der Behandlung von Schulkindern bis zum Alter von zehn Jahren eingesetzt. Erste Studienergebnisse und Berichte von TherapeutInnen weisen darauf hin, dass das Programm in vielen Fällen auch mit Kindern dieser Altersgruppe noch erfolgreich durchgeführt werden kann. Bezüglich der Therapiedauer liegen unterschiedliche Ergebnisse vor.

In einer Untersuchung von zwölf Schulkindern im Alter zwischen 5;8 und 10;8 Jahren, die mit dem Lidcombe-Programm behandelt wurden (*Koushik, Shenker, Onslow & Adams*, Manuskript in Vorbereitung), benötigten die untersuchten Kinder eine mittlere Behandlungszeit von siebeneinhalb Stunden, um in Phase II eingestuft zu werden. Zahlreiche TherapeutInnen (persönliche Rückmeldungen) berichten allerdings, dass die von ihnen behandelten Schulkinder im Vergleich zu Vorschulkindern im Durchschnitt eine längere Therapiedauer bis zum Erreichen von Phase II benötigen. Überein-

stimmung herrscht dahingehend, dass bei einigen Schulkindern die Sprechkriterien zum Erreichen von Phase II geändert werden müssen, und dass die Behandlung unter Umständen mit Sprechtechniken ergänzt werden muss, zumindest zeitweise.

Studien zum Lidcombe-Programm

Seit Beginn der 90er Jahre wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die unterschiedliche Komponenten und mögliche Wirkmechanismen des Lidcombe-Programms analysierten sowie Effizienz und Effektivität der Methode untersuchten. Zum jetzigen Zeitpunkt kann keine andere Intervention zur Behandlung frühkindlicher Redeflussstörung eine derartig breite Evidenzbasis nachweisen. Kritisch anzumerken ist sicherlich, dass die meisten dieser Studien unter Leitung der australischen Entwickler des Programms, der Arbeitsgruppe um Marc Onslow, durchgeführt wurden. In den letzten Jahren wurden ihre Ergebnisse, vor allem zur Therapieeffektivität, jedoch von Forschergruppen in anderen Ländern erfolgreich repliziert. Der folgende Abschnitt liefert einen Überblick über Untersuchungen zum Lidcombe-Programm und die wichtigsten Ergebnisse.

Es konnte mehrfach belegt werden, dass das Lidcombe-Programm mittel- und langfristig eine effektive und kosteneffiziente Thera-

piemethode ist. *Lincoln & Onslow* (1997) untersuchten in einer Langzeitstudie 43 Kinder, die zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr erfolgreich mit dem Lidcombe-Programm in Australien behandelt wurden. Alle behandelten Kinder behielten in einem Zeitraum von sieben Jahren nach Abschluss der Behandlung ihre flüssige oder fast flüssige Sprechproduktion bei. Laut Angaben der Eltern zeigte eine kleine Gruppe dieser Kinder einen temporären Anstieg der Stotterrate im ersten Jahr nach Abschluss der Behandlung. Die Eltern reagierten, indem sie eigenständig die Behandlung mit dem Lidcombe-Programm wieder auf-

nahmen und die Kinder erreichten daraufhin wieder vollständige Sprechflüssigkeit.

Eine randomisierte Kontrollstudie von *Jones et al.* (2005) belegte, dass 29 Vorschulkindern, die mit dem Lidcombe-Programm behandelt wurden, eine siebenmal höhere Chance hatten, ihr Stottern auf ein minimales Niveau zu reduzieren oder ganz abzubauen als 25 Kinder, die neun Monate lang keine Behandlung erhielten. Eine Langzeituntersuchung fünf Jahre nach Abschluss der Therapie untersuchte 20 der ursprünglich 29 behandelten Kinder (*Jones et al.*, 2008). Bei einem Kind wurde die Behandlung abgebrochen. Mittels Spontansprachanalysen wurden keine oder nur geringe Stotterraten von 0 bis 1,1% gestotterter Silben bei 16 der verbleibenden 19 Kinder nachgewiesen. Drei Kinder hatten einen Rückfall erlitten und zeigten Stotterraten im Bereich ihrer Werte vor Behandlungsbeginn. *Jones* und Kollegen folgerten, dass das Lidcombe-Programm bei der Mehrzahl stotternder Vorschulkindern erfolgreich eingesetzt werden kann, dass es jedoch bei einer kleinen Gruppe der Kinder zu Rückfällen nach Abschluss der Behandlung kommt. In diesen Fällen wird den Eltern angeraten, die Behandlung mit der Methode erneut durchzuführen.

Jones, Gebski, Onslow & Packman (2002) wiesen weiterhin nach, dass es sich bei dem Lidcombe-Programm nicht nur um ein effektives, sondern auch um ein effizientes Verfahren handelt. Die Autoren analysierten die

Therapiedauer von 250 behandelten Vorschulkindern. Die mittlere Behandlungsdauer pro Einrichtung (Praxis/Klinik) betrug elf Therapiestunden, bis die Kinder ein vollkommen stotterfreies oder fast stotterfreies Sprechen erreichten.

Kingston und Kollegen replizierten diese Untersuchung mit 66 Vorschulkindern in England (Kingston, Huber, Onslow, Jones, & Packman, 2003). Auch die von ihnen behandelten Kinder benötigten eine mittlere Behandlungszeit von elf Therapiestunden bis zum Abschluss von Phase I. Hierzu muss jedoch angemerkt werden, dass zum Zeitpunkt beider genannten Studien die erforderlichen Sprechkriterien nicht in drei aufeinander folgenden Wochen erfüllt werden mussten, bevor die Kinder in Phase II der Behandlung eingestuft wurden. Das Therapiemanual wurde erst in den letzten Jahren diesbezüglich geändert. Trägt man diesem Faktor Rechnung, so müsste die mittlere Behandlungszeit für die untersuchten Kinder in beiden Studien 14 Stunden bis zum Abschluss von Phase I betragen.

Die Ergebnisse beider Forschergruppen belegen darüber hinaus, dass ein signifikanter Zusammenhang 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.

Miller & Guitart (2009) wiesen in einer Langzeitstudie nach, dass bis zu fünf Jahre nach Erreichen von Phase II der Therapie von 15 Vorschulkindern, die mit dem Lidcombe-Programm behandelt wurden, elf stotterfrei waren und vier eine minimale Stottersymptomatik (0,5-3,7% SS) aufwiesen. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 17 Stunden, was von den Autoren nicht nur darauf zurückgeführt wurde, dass die behandelnden TherapeutInnen keine Erfahrung bei der Durchführung des Programms hatten, sondern dass der Schweregrad der Symptomatik ihrer Probanden deutlich höher war als bei Jones et al. (2000). Das Geschlecht des Kindes, das Vorhandensein von Stottern in der Familie oder das Vorliegen einer phonologischen Störung schien hingegen keinen Einfluss auf das Langzeit-Behandlungsergebnis zu haben.

Nach wie vor ist ungeklärt, welche Wirkmechanismen dem Lidcombe-Programm zugrunde liegen. Studien, die linguistische und akustische Faktoren als möglichen Einfluss untersuchten, konnten diesbezügliche Vermutungen nicht bestätigen. Eine Untersuchung der sprachlichen Entwicklung von

neun Vorschulkindern im Verlauf des Lidcombe-Programms (Bonelli, Dixon, Bernstein Ratner & Onslow, 2000) belegt, dass sämtliche linguistische Funktionen im Rahmen oder oberhalb der zu erwartenden Werte für die Sprachentwicklung dieser Gruppe lagen. (Einige Kinder erfüllten jedoch nicht die Erwartungen bezüglich der Entwicklung bestimmter linguistischer Variablen – Mittlere Äußerungslänge, „Developmental Sentence Score“, und Anzahl der verschiedenen Wörter –, die während des beobachteten Zeitraums zu erwarten gewesen wäre). Die Daten zeigten keine korrespondierenden Veränderungen bezüglich der Sprechgeschwindigkeit von Kind oder Eltern, der Sprecherwechselrate und pragmatischen Funktionen im Verlauf der Behandlung.

Lattermann, Shenker & Thordardottir (2005) wiesen bei vier Vorschulkindern nach, dass die mittlere Äußerungslänge und die Komplexität der Satzmuster während der Behandlung mit dem Lidcombe-Programm zunahmen. Beide Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass die während des Lidcombe-Programms erreichte Sprechflüssigkeit nicht auf Kosten der Sprachentwicklung und der linguistischen Funktionen dieser Kinder erworben wird.

Onslow, Stocker, Packman & McLeod (2002) untersuchten akustische Funktionen bei acht Vorschulkindern vor Beginn und nach Abschluss der Behandlung mit dem Lidcombe-Programm. Die Dauer der akustischen Segmente zeigte keine Veränderung in den Verteilungsparametern (Mittelwert und Varianz), ebenso wenig die Artikulationsrate. Die Artikulationsrate wurde als die durchschnittliche Anzahl nicht-gestotterter Silben pro Sekunde der Sprechzeit definiert.

Lattermann, Euler & Neumann (2008) untersuchten die Artikulationsrate von 23 Kindern vor Beginn und 16 Wochen nach der Behandlung mit dem Lidcombe-Programm sowie einer Kontrollgruppe mit 22 stotternden Kindern nach vier Monaten Wartezeit. Die erhobenen Daten zeigten einen ähnlichen Anstieg der Artikulationsrate in beiden Gruppen, den die Autoren auf Reifungsprozesse zurückführen.

Woods, Shearsby, Onslow & Burnham (2002) überprüften mögliche negative Auswirkungen des Lidcombe-Programms auf die Psyche der behandelten Kinder mit zwei standardisierten Verfahren, der „Child Behavior Checklist“ (CBCL, Achenbach, 1988, 1991) und den „Attachment Q-Sets“ (AQS, Waters, 1985). Das Lidcombe-Programm zeigte keine negativen Auswirkungen wie Aggression, Angst, Rückzug oder Depression. Im Gegenteil wiesen die acht behandel-

ten Kinder nach Abschluss des Lidcombe-Programms ein besseres Bindungsverhalten zu ihren Eltern und eine höhere Kompetenz im Bereich emotionaler und sozialer Verhaltensweisen auf.

Der Einsatz des Lidcombe-Programms in Deutschland

Abgesehen von *Randolls* (1988) Studie zu Shines Therapiemanual für das „Systematic Fluency Training for Young Children“ (SF-TYC) sowie der retrospektiven Studie von *Schelten-Cornish* (2005) zur Effektivität des Lidcombe-Programms liegen nach Wissen der Autoren derzeit keine evidenz-basierten Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionsverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns in Deutschland vor. Das Vorhandensein von lediglich zwei Studien weist auf einen bedauerlichen Mangel an Wirksamkeitsbelegen von Stottertherapien hin. Ein Zuwachs an wissenschaftlichen Untersuchungen zur Effizienz von deutschen Therapieverfahren im Bereich kindlicher Redeflussstörungen ist für eine evidenz-basierte Patientenversorgung nicht nur wünschenswert, sondern dringend erforderlich.

Lattermann, Euler & Neumann (2008) untersuchten, inwieweit eine Zunahme der Sprechflüssigkeit während der Lidcombe-Behandlung auf die Therapie oder auf Spontanerholung zurückzuführen ist, und ob das Programm auch bei deutschsprachigen Kindern effektiv einsetzbar ist.

Insgesamt wurden hierzu 46 Vorschulkinder untersucht, die nachfolgende Kriterien erfüllten: (1) Alter zwischen 3;0 und 5;11 Jahren; (2) Beginn der Stottersymptomatik vor mindestens sechs Monaten; (3) Stotterhäufigkeit von mindestens 3 % gestotterter Silben während einer Unterhaltung mit dem Untersucher und/oder den Eltern in der Klinik im Rahmen der Erstdiagnostik; (4) Deutsch als Muttersprache sowohl für das Kind als auch für die Eltern; (5) keine neurologischen Erkrankungen oder regelmäßige Einnahme von Medikamenten.

Die Teilnehmer wurden nach Zufall in zwei Gruppen eingeteilt. Die Kinder der Therapiegruppe begannen sofort mit der Behandlung mit dem Lidcombe-Programm, die der Warte-Kontrollgruppe begannen mit der Therapie 16 Wochen später. Vor Beginn der Behandlung sowie nach 16 Wochen Therapie bzw. Wartezeit wurde der Prozentsatz gestotterter Silben aufgrund von jeweils zwei zu Hause und zwei in der Klinik aufgenommenen Spontansprachproben für jedes Kind ermittelt. Die Therapie wurde von der Erstautorin durchgeführt, die über Erfahrung

mit der Behandlungsmethode im anglo-amerikanischen Sprachraum verfügt.

Die Spontanerholung frühkindlicher Redeflussstörungen liegt bei etwa 75 % (*Yairi & Ambrose*, 1999; *Mansson*, 2000) und ist in den ersten zwei Jahren vor allem im ersten Jahr nach Beginn des Stotterns am höchsten (*Yairi & Ambrose*, 1999). Deswegen nahmen nur Kinder an der Studie teil, deren Redeflussstörung mindestens sechs Monate zuvor aufgetreten war.

Die Kinder der Behandlungsgruppe zeigten eine signifikant höhere Abnahme ihrer Stottersymptomatik in der Klinik und zu Hause ($M=6,9\%$) als die Kinder in der Kontrollgruppe ($M=2,5\%$). Diese Abnahme des Prozentsatzes gestotterter Silben zeigte bei der Behandlungsgruppe einen höchst signifikanten Unterschied ($p<0,001$) und bei der Warte-Kontrollgruppe einen signifikanten Unterschied ($p=0,041$).

Zusätzlich wurde die Differenz zwischen prä- und posttherapeutischen Werten in beiden Gruppen verglichen. Diese Differenz war in der Behandlungsgruppe signifikant größer als in der Kontrollgruppe ($p=0,001$). Die Ermittlung der Effektstärke der Ergebnisse beider Gruppen mit Korrektur von Vortestunterschieden ergab mit $d=0,72$ einen mittleren Effekt.

Eine gewisse Abnahme der Stotterrate durch Spontanremission war in der Kontrollgruppe zu erwarten. Im Vergleich zu den unbehandelten Kindern verringerten die mit dem Lidcombe-Programm behandelten Therapiekiner ihre Stotterrate jedoch um mehr als das Doppelte. Diese Daten replizieren die Ergebnisse von *Harris* und Kollegen (*Harris, Onslow, Packman, Harrison & Menzies*, 2002) mit einer größeren Patientengruppe und über einen längeren Zeitraum und belegen, dass der Kurzzeit-Effekt des Lidcombe-Programms den einer spontanen Remission überwiegt.

Die vorliegenden Daten liefern ebenfalls eine Antwort auf die Frage, ob das Lidcombe-Programm auch für deutschsprachige Kinder ein effektives Therapiekonzept darstellt. Da alle Vorschulkinder, die mit der Methode behandelt wurden, eine Abnahme der Stotterrate aufwiesen, kann geschlussfolgert werden, dass das Programm auch in Deutschland effektiv zur Reduktion einer Stottersymptomatik eingesetzt werden kann. Der Behandlungserfolg ist erwartungsgemäß unabhängig von der Sprache, in der die Intervention durchgeführt wird.

Therapiedauer

Nach 16 Wochen Therapie hatten erst zwei Kinder der Behandlungsgruppe Phase II der Therapie erreicht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer für deutschsprachige Kinder ist also länger als die Dauer in den Studien aus vergleichbaren Ländern (*Jones et al.*, 2000; *Kingston et al.*, 2003). Diese längere Behandlungsdauer ist vermutlich wie bei *Miller & Guitar* (2009) durch die vergleichsweise schwere Stottersymptomatik begründet. Bei *Jones et al.* (2000) lag der Median gestotterter Silben vor Behandlungsbeginn bei 3,5 %, bei *Kingston et al.* (2003) bei 4,5 %. In unserer Studie hingegen lag der ermittelte Median bei 8,2 %.

Kultureller Einfluss auf die Anwendung des Lidcombe-Programms

Der kulturelle Kontext scheint die Behandlungsdurchführung und damit auch die Therapiedauer zu beeinflussen. In der australischen und nordamerikanischen sozialen Umgangskultur scheint der Umgang mit Lob selbstverständlicher zu sein als in der deutschen. Eltern, Erzieher, Lehrer, Ausbilder und Dozenten loben in erstgenannten Ländern wesentlich häufiger und selbstverständlicher, während in Deutschland vergleichsweise mehr auf Tadel gesetzt wird. Damit scheint es Eltern aus diesen englischsprachigen Kulturen auch leichter zu fallen, die erforderlichen verbalen Rückmeldungen für Äußerungen ihrer Kinder zu geben.

Im Gegensatz dazu berichten viele deutsche Eltern zu Beginn über Schwierigkeiten, ihr Kind ausreichend für flüssiges Sprechen zu loben. Sie benötigten mehr Anleitung und Unterstützung, um eine angemessene Anzahl positiver Rückmeldungen im Alltag einzusetzen. Um diesem Problem Rechnung zu tragen, wurde das Lidcombe-Programm modifiziert und die Eltern angeleitet, im Therapieverlauf auch non-verbale Rückmeldungen geben zu können. Dies fiel einigen Eltern deutlich leichter, da es als weniger intrusiv empfunden wurde und führte zu der gewünschten Zunahme von positiven Rückmeldungen.

Einen weiteren kulturellen Unterschied stellt für einige Familien auch die Auswahl der Spiele dar. In Deutschland ist gerade der Bereich der Brettspiele für Kinder im Vorschulalter durch eine starke lern-pädagogische Orientierung gekennzeichnet. In Nordamerika hingegen finden sich mehr Spiele, bei denen Spaß statt Lernziele im Vordergrund stehen. Einige Eltern lehnten solcherlei „Plastik-

spiele“ jedoch ab. In diesen Fällen mussten akzeptierte Spiel-Alternativen ausgewählt werden.

In wenigen Fällen hat sich die Behandlungsdauer vermutlich auch durch die Einstellung der Eltern verlängert, die häusliche Übungen nur unregelmäßig oder phasenweise gar nicht durchführten und dies damit begründeten, dass es ihnen nichts ausmache, wenn die Therapie sich über einen längeren Zeitraum erstrecken würde. In Ländern, in denen die Eltern die sprech- oder sprachtherapeutischen Behandlungskosten zu 90 % bis 100 % selber tragen, sind eine derartige Haltung und die daraus resultierende „gelassene“ Mitarbeit sicherlich seltener anzutreffen.

Positive Aspekte der Behandlung

Da die Eltern während der Therapie mit dem Lidcombe-Programm die Rolle eines Co-Therapeuten übernehmen, sind sie deutlich mehr involviert, als dies in vielen anderen Interventionsverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns der Fall ist. Dieser Aspekt wurde von allen Eltern als sehr positiv bewertet. Sie gaben an, dass sie die Möglichkeit, selbst unter engmaschiger Anleitung aktiv zu werden, enorm entlastete.

Die Anwesenheit während der gesamten Therapiestunde habe auch dazu geführt, dass mehr Zeit für die Beantwortung von Fragen sowie das Besprechen von Sorgen und Schwierigkeiten gegeben war. Die TherapeutIn habe in diesem Kontext nicht nur Informationen bezüglich der Therapieinhalte, sondern auch einiges Wissen bezüglich der angenommenen Ursachen von Stottern und dem angemessenen Umgang mit kindlichen Redeflussstörungen im Alltag vermittelt.

Das Angebot der TherapeutIn, mit den zuständigen ErzieherInnen im Kindergarten in Kontakt zu treten und Informationsmaterial zum Thema „Kindliches Stottern“ bereitzustellen, wurde von den meisten Einrichtungen mit großer Offenheit und viel Interesse angenommen. All diese Faktoren hätten zu einem kompetenteren Umgang mit dem Stottern im Alltag und im Umfeld des Kindes geführt, so die Eltern, von denen viele berichteten, dass sie sich in vorangegangenen Behandlungen häufig unzureichend aufgeklärt und mit ihren Sorgen alleine gelassen gefühlt hätten.

Viele Eltern gaben an, dass sie den zeitlichen Aufwand besonders zu Beginn der Therapie unterschätzt hätten. Einigkeit herrschte jedoch in dem Punkt, dass die Kinder die strukturierte Übungssituation und die damit verbundene ungeteilte Spielzeit mit dem je-

weiligen Elternteil sehr genossen hätten, da solche Sequenzen im hektischen Familienalltag nicht häufig vorkämen. Auch die Tatsache, dass bei der Anleitung der Eltern und der Integration der Übungen in den Alltag die individuelle familiäre Situation sowie persönliche Stärken und Schwächen der Eltern berücksichtigt wurden, wurde positiv bewertet.

Abschließend sollte angemerkt werden, dass zahlreiche Eltern im Verlauf der Behandlung über eine Verbesserung der Interaktion zwischen ihnen und ihrem Kind berichteten. Die Therapie habe sie darin unterstützt, ihren Wahrnehmungsfokus zu verändern und im Umgang mit der Redeflussstörung sicherer und insgesamt gelassener zu reagieren. Diese positive Entwicklung der Eltern-Kind-Interaktion ist vor allem deshalb von Bedeutung, da sich das Lidcombe-Programm während der letzten Jahre häufig des Vorwurfs erwehren musste, dass es die Eltern-Kind-Beziehung belasten könne.

Voraussetzungen, die vor Behandlungsbeginn berücksichtigt werden sollten

Das Lidcombe-Programm ist ein Therapiekonzept, das mehr Mitarbeit und Motivation der Eltern erfordert, als dies bei den meisten anderen Interventionsverfahren für frühkindliches Stottern der Fall ist. Es ist daher wichtig, dass die Eltern vor Beginn der Behandlung ausreichend über ihre zukünftige Rolle und ihre Aufgaben als Co-Therapeuten informiert werden. TherapeutIn und Eltern sollten dann gemeinsam überlegen, ob dieses Modell in der momentanen Situation für die Eltern angemessen ist oder ob eine andere Behandlungsform sinnvoller erscheint.

Auch Veränderungen in der familiären Lebenssituation (Sterbefall, Scheidung, Krankheit, hohe berufliche Belastung etc.) während des Therapieverlaufs können bedingen, dass die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden sollte. Unter Umständen kann es in diesen Fällen sinnvoll sein, auf ein anderes Therapie-Modell zuzugreifen, das weniger elterliche Mitarbeit erfordert.

Behavioristische Therapiemethoden im Bereich der (kindlichen) Stottertherapie waren in den letzten drei Jahrzehnten im anglo-amerikanischen und europäischen Raum sehr umstritten. Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, dass einige Eltern und auch TherapeutInnen von dem möglichen Nutzen einer derartigen Therapieform für stotternde Kinder trotz der breiten Evidenzbasis nicht überzeugt sind und sich in Folge

dessen bei der Durchführung nicht wohl fühlen. In diesen Fällen erscheint es wenig sinnvoll, das Lidcombe-Programm anzuwenden.

Fazit

Erste Studienergebnisse und therapeutische Erfahrungsberichte legen nahe, dass das Lidcombe-Programm auch für deutschsprachige Kinder ein effektives Interventionsprogramm ist. Entgegen der unbegründeten Meinung einiger Gegner des Programms handelt es sich jedoch nicht um eine zur „Wundertherapie“ erklärte Methode und erhebt das Verfahren auch nicht den Anspruch, alle stotternden Kinder heilen zu können. Das Lidcombe-Programm stellt eine evidenz-basierte Alternative im Bereich der Behandlungsformen frühkindlicher Redeflussstörungen dar und bietet sich vor allem für TherapeutInnen an, die auf der Suche nach einem Ansatz für die Behandlung junger Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren sind.

Voraussetzungen für die erfolgreiche Durchführung der Therapie sind jedoch eine angemessene Mitarbeit und Motivation der Eltern sowie die Akzeptanz einer verhaltenstherapeutisch-basierten Stottertherapie von Seiten der TherapeutIn und der Eltern. Wer-

den diese Voraussetzungen erfüllt, dann ist das Lidcombe-Programm für die deutschsprachige Therapie des kindlichen Stotterns eine ausgezeichnete Bereicherung und führt zu einer sinnvollen Ergänzung des therapeutischen Handlungsrepertoires im Bereich der Redeflussstörungen.

LITERATUR

- Achenbach, T.M. (1988). *Child behavior checklist for ages 2-3*. Burlington, VM: University of Vermont
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VM: University of Vermont
- Bonelli, P., Dixon, M., Bernstein Ratner, N. & Onslow, M. (2000). Child and parent speech and language following the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Child Linguistics and Phonetics* 14, 427-446
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E. & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders* 27, 203-214
- Huber, A., & Onslow, M. (2001). Intervention bei frühem Stottern. *Die Sprachheilarbeit* 5, 219-223
- Jones, M., Gebbski, V., Onslow, M. & Packman, A. (2002). Power in health research: a tutorial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 45, 243-255
- 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
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I. & Gebbski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *British Journal of Medicine* 331, 659
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S., Hearne, A., Williams, S., Ormond, T. & Schwarz, I. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders* 7, 1-13
- Kingston, M., Huber, A., Onslow, M., Jones, M., & Packman, A. (2003). Predicting treatment time with the Lidcombe Program: replication and meta-analysis. *International Journal of Language and Communication Disorders* 38, 165-177
- Koushik, Shenker, Onslow & Adams (Manuskript in Vorbereitung). Follow-up of school-age children after Lidcombe Program treatment

- Lattermann, C. (2003). Das Lidcombe Programm – ein Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns. *Forum Logopädie* 2, 20-25
- Lattermann, C., Shenker, R. & Thordardottir, E. (2005). Language development during treatment with the Lidcombe Program. *American Journal of Speech-Language Pathology* 14, 242-253
- Lattermann, C., Euler, H.A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders* 33, 52-65
- Lincoln, M. & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of an early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology* 6, 51-58
- Mansson, H. (2000). Childhood stuttering: incidence and development. *Journal of Fluency Disorders* 25, 47-57
- Miller, B. & Guitar, B. (2009). Longterm outcome of the lidcombe program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech Language Pathology* 18, 42-49
- Onslow, M., Stocker, S., Packman, A. & McLeod, S. (2002). Speech timing in children after the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics* 16, 21-33
- Onslow, M., Packman, A. & Harrison, E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention*. Austin, TX: Pro-Ed
- Randoll, D. (1988). Erfahrungen und Ergebnisse bei der Anwendung des Systematic Fluency Training for Young Children (SFTYC) von R. E. Shine. *Die Sprachheilarbeit* 33, 227-240
- Schelten-Cornish, S. (2005). Die Lidcombe-Methode der Stotterbehandlung aus praktischer Sicht. *Die Sprachheilarbeit* 2, 60-67
- Waters, E. (1985). *The Attachment Behavior Q-Set, rev. 3.0, and associated QSTAT 2 statistical procedure* (1989, 1990)
- Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M. & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders* 37, 31-40
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 42, 1097-1112

Autorin

Dr. phil. Christina Lattermann
5171 Westmore Avenue
H4V 1Z6, Montreal, Quebec
Kanada
tina@lattermann.net
www.lattermann.net

SUMMARY. The Lidcombe Program of early stuttering intervention – A treatment approach also suitable for German-speaking children

The Lidcombe Program (LP) for early stuttering intervention, a behaviour modification approach with a parent as co-therapist, is applied mainly in English-speaking countries and described here. Evidence-based reports about therapy effectiveness, including an own study with German speaking children, show that LP effects permanent disfluency reduction beyond spontaneous remission without undesirable side effects. Reservations of German parents about this behavioural method, however, have to be considered as well as the apparent German habit to be sparing with response-contingent praise.

KEY WORDS: Lidcombe Program – early childhood stuttering – short-term-effect – evidence-based intervention – German culture group