

Die Lidcombe Methode der Stotterbehandlung aus praktischer Sicht

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden praktische Erfahrungen mit der Lidcombe Methode der Stotterbehandlung wiedergegeben. Die wissenschaftlich belegte hohe Erfolgsrate wurde bestätigt, nicht allerdings die ebenfalls belegten durchschnittlichen Behandlungszeiten. Aufgrund der anders gearteten Behandlungssituation mit einer in dieser Methode relativ unerfahrenen Behandlerin in einer anderen kulturellen und linguistischen Umgebung wird ein Konstrukt mit vier Faktoren aufgestellt, die hier die Länge der Behandlungszeit beeinflussen haben.

Um die Haltung der bei dieser Methode stark eingespannten Eltern zu erfahren, wurde eine Studie durchgeführt, von der hier einige Ergebnisse wiedergegeben werden.

Schlüsselwörter: Stottern, frühe Intervention, Sprechflüssigkeit, integrierte Erfolgskontrolle, Mitarbeit der Eltern

The Lidcombe Method of Stuttering Treatment from a practical point of view

Abstract

The article reflects on personal experience with the Lidcombe Method of stuttering treatment. The scientifically supported high rate of success was confirmed by this experience; however, the scientifically proven average treatment time was not. Due to the difference in the treatment situation – a clinician with little experience with the Lidcombe method, as well as a different language and culture – a construct with four factors is postulated which the author found influenced the length of treatment time.

The opinion of the parents, who are of necessity very involved in the Lidcombe treatment, was asked in a questionnaire. Some of the results are presented here.

Key words: stutter, early intervention, fluency, integrated measure of success, parental support

Die Lidcombe Methode der Stotterbehandlung aus praktischer Sicht

1. Einleitung

Dieser Beitrag über Erfahrungen mit der Lidcombe Methode der frühen Stotterbehandlung ist „aus der Praxis für die Praxis“ geschrieben. Die Ausführungen sollen vor allem PraktikerInnen einen Einblick in den Alltag mit Lidcombe geben, damit nicht nur theoretische Erörterungen darüber informieren. Letztere finden sich in der angegebenen Literatur; davon sind zwei Beiträge auf deutsch erschienen (s. Huber & Onslow, 2001 sowie Lattermann, 2003). Die erste Ausbildung in deutscher Sprache wurde im Oktober 2004 an der Universität Frankfurt durchgeführt.

Auf das Grundsatzthema verhaltenstherapeutische Sprachbehandlung wird hier nicht eingegangen. Dies wäre zwar eine interessante Diskussion, würde aber hier den Rahmen sprengen.

Als Canadierin und Mitglied sowohl im dgs/dbs wie auch im canadischen Berufsverband CASLPA, erfuhr ich im Fachorgan des letzteren von der Lidcombe Methode. Ich habe 27 Jahre Erfahrung als Sprachbehandlerin, wurde in England 2002 in der Methode ausgebildet, und wende sie seit zwei Jahren in einer niedergelassenen Praxis in einer bayerischen Kleinstadt an. Da ich in dieser Zeit nur 23 stotternde Kinder diagnostiziert bzw. behandelt habe, stufe ich mich selbst noch als Anfängerin in dieser Methode ein. Im Folgenden werden meine eigenen Eindrücke und Erfahrungen anhand einiger Fallbeispiele, sowie ausgewählte Ergebnisse einer Elternbefragung wiedergegeben.

2. Kurzbeschreibung der Lidcombe Methode

Die Lidcombe Methode als verhaltenstherapeutische Stotterbehandlung wurde in Australien entwickelt. In der Sprachheilarbeit Nr. 5, 2001 findet sich eine ausführliche Darstellung von Marc Onslow und Anne Huber. Einzelheiten über die Methode können dort oder unter der Adresse <http://www3.fhs.usyd.edu.au/asrcwww/treatment/lidcombe> nachgelesen werden. Praktische dargestellt geht die Methode von dem Prinzip aus, dass kein Stotterer immer stottert: folglich sind die Bewegungsmuster für flüssiges Sprechen vorhanden. Über gezielte positive Rückmeldungen können diese Bewegungsmuster „eingeschliffen“ werden. Dies hört sich ungeheuer einfach an: komplex ist aber die Anpassung der Methode an das jeweilige Kind und seine Familie. Dies ist auch der Grund, weshalb die lange Ausbildung erforderlich ist. So führt eine Anwendung der Methode ohne Ausbildung fast immer zum Scheitern der Behandlung, denn die TherapeutIn spielt die Schlüsselrolle dabei: ohne Anleitung und Information über die Probleme der Anpassung fehlt das notwendige Basiswissen um mögliche Lösungswege. Auch dies kann ich aus persönlicher Erfahrung bestätigen. Nachfolgend wird ein vereinfachtes Skelett der Methode skizziert. Unter wöchentlichen Anleitungen eines Lidcombe-ausgebildeten Sprachtherapeuten lernen Eltern oder Bezugspersonen, dem Kind in täglichen Spielsituationen Rückmeldung bezüglich seiner Sprechflüssigkeit zu geben. Das heißt, die eigentliche Therapie wird von dem geschulten Elternteil ausgeführt. Die Sprechleistungen erhöht man stufenweise. Angefangen wird auf der höchsten Stufe, auf der das Kind flüssig bleibt. Je nach Kind kann diese Anfangsstufe zwischen simultanem Reihensprechen bei sehr schwerem Stottern (z.B. zählen o.ä.) und Mehrwortäußerungen bei leichtem Stottern liegen (z.B. Antworten auf Warum Fragen). Die Anleitung der Eltern, die Sprechstufe je nach Tagesform des Kindes zu variieren, nimmt viel Zeit ein, führt aber auch zu einer Kompetenz, die einem möglichen Rückfall gewachsen ist. Nicht alle flüssigen Äußerungen werden verstärkt, sondern etwa jede dritte. Anfangs werden gestotterte Wörter ignoriert; später fordert man das Kind u.a. zur „Korrektur“ auf. Sobald es möglich ist, werden die Rückmeldungen in spontanen Situationen gegeben. Auch dieser Zeitpunkt variiert stark je nach Persönlichkeit des Kindes und des Elternteils, sowie nach Erscheinungsbild der Sprechstörung.

In Phase 1 der Behandlung wird die Sprechflüssigkeit mit wöchentlichen Sitzungen etabliert und gesteigert. In Phase 2 (vorschriftsgemäß bei unter 1% gestotterten Silben) wird die Weiterentwicklung und Stabilisierung der Sprechflüssigkeit des Kindes in zeitlich zunehmend größeren Abständen verfolgt, um der Gefahr eines Rückfalls zu begegnen. Die Lidcombe Methode verzeichnet sehr gute Erfolge bei Kindern bis zum Alter von sechs Jahren, und wird für diese Altersgruppe empfohlen. Man wendet sie auch bei älteren Stotterern an; hier sind allerdings nicht so flüssige Endsprechleistungen zu erwarten.

3. Ausnahmerecheinung Lidcombe

Die Lidcombe Methode ist eine Ausnahmerecheinung sowohl aus theoretischer als auch aus praktischer Sicht. Die Wirksamkeit, befürchtete Sekundärstörungen nach der Stottertherapie und die Akzeptanz durch Eltern und Kinder sind zum einen durch zahlenmäßig große Untersuchungen und zum anderen durch Langzeituntersuchungen *statistisch untermauert* (s. die hier aufgeführte Literatur). Sie ist eine der wenigen Methoden, die durch eine Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis *entwickelt und weiterentwickelt* wurde und wird. Auch die Ausbildung ist ungewöhnlich: sie bestand bisher aus drei bis vier vollen Tagen mit einem vorgeschriebenen „Folge-Tag“ nach sechs Monaten.

Eine andere Eigenheit der Lidcombe Methode besteht darin, dass rigoros ein tägliches Üben in Form einer Spielsituation verlangt wird. Aufgrund der kommunikativen Belastung durch das Stottern und des hohen Grades an Besorgtheit der Eltern werden die Übungen in der Regel tatsächlich jeden Tag durchgeführt. Dies ist eine Situation, die es im sonstigen Therapiealltag höchstens bei hochmotivierten Aphasikern gibt. Die Wirkung der täglichen

Übung ist m.E. ausschlaggebend beim Aufbau der Sprechflüssigkeit sowie auch bei den häufig beobachteten gleichzeitigen Fortschritten in anderen Sprachparametern (die aber keinesfalls gleichzeitig behandelt werden dürfen!). Durch die motivierte Mitarbeit der Eltern werden bei den Kindern bisher ungenutzte Kapazitäten aktiviert.

Das ungewöhnlichste an der Lidcombe Methode ist jedoch die integrierte, zahlenmäßig festgehaltene Verlaufskontrolle. Die Fortschritte des Kindes werden durch die täglichen Einschätzungen der Bezugspersonen, sowie auch durch die Prozentzahl der gestotterten Silben während einer Unterhaltung in der Therapiesitzung verfolgt. Nach etwa der vierten Behandlungssitzung spiegeln diese Zahlen nicht wahrgenommene oder nicht effektiv gelöste Probleme recht deutlich wieder.

Für die täglichen Einschätzungen werden die Eltern angewiesen, mit einer Zahl zwischen eins und zehn die Sprechleistungen ihres Kindes festzuhalten. Eins entspricht einer völlig stotterfreien Sprechweise; zehn entspricht sehr starkem Stottern. Während einer kurzen Unterhaltung mit dem Kind, die bei jeder Sitzung stattfindet, werden die Einschätzungen der Eltern an den Einschätzungen der Therapeuten „geeicht“. TherapeutIn und Elternteil vergleichen ihre Einschätzungen: falls diese mehr als eine Bewertungszahl auseinanderliegen, muss über die Wahrnehmung der Störung gesprochen werden.

Während dieser kurzen Unterhaltung mit dem Kind ermittelt die TherapeutIn auch die prozentuale Anzahl gestotterter Silben. Hierfür gibt es ein sehr handliches Gerät; ich selber verwende einfach einen Taschenrechner für die Auszählung der Silben, und einen mechanischen Zähler (vom Sportgeschäft) für die Auszählung der Stotterereignisse. Obwohl das Silbenzählen anfangs unmöglich erscheint, wird es mit einiger Übung doch schnell Routine.

Aufgrund der oben aufgeführten Eigenheiten der Lidcombe Methode liegen ungewöhnlich genaue zeitliche Angaben für die Entwicklung einer flüssigen Sprechweise vor: die durchschnittliche Behandlungszeit bis Phase 2 beträgt 11 Therapiestunden (s. Jones und Mitarbeiter, 2000 bei 250 Vorschulkindern, sowie auch Kingston et al, 2003 bei 66 Vorschulkindern). Wie bei jeder Stotterbehandlung kommt hinzu, dass die Erfolge bzw. deren Ausbleiben auch von Laien relativ gut wahrgenommen werden. So steht die ausgebildete aber unerfahrene TherapeutIn einer wissenschaftlich entwickelten, statistisch untermauerten Methode gegenüber, mit der Folge, dass ein merklicher Erfolgsdruck entstehen kann. An dieser Stelle sei ausdrücklich vermerkt, dass der Erfolgsdruck auf der TherapeutIn allein lastet. Die Mitarbeit der Eltern stellt eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung für den Therapieerfolg. Nur die ausgebildete TherapeutIn kann eine stetige Weiterentwicklung der Sprechflüssigkeit steuern.

4. Eigene Erfahrungen mit der Lidcombe Methode

In den zwei Jahren seit meiner Lidcombe Ausbildung diagnostizierte und/oder behandelte ich 23 stotternde Kinder im Alter von 2;10 bis 16;9 Jahre. Nur 10 dieser Kinder waren jünger als sechs Jahre. So wird deutlich, dass ich diese Methode von Anfang an auch bei älteren Kindern anwandte, wobei ich allerdings bestätigen kann, dass im Vorschul- und früher Schulalter die besten Ergebnisse zu erzielen sind. Die hohe Erfolgsrate bestätigt sich in meiner Praxis. Meine Behandlungszeiten sind allerdings wesentlich länger als die in den statistischen Untersuchungen angegebenen Durchschnittszeiten. In Tabelle 1 sind die diagnostizierten bzw. behandelten Kinder aufgeführt. Bei der Beurteilung des Stotterns wird nur die Zahl der gestotterten Silben angegeben. Auch wenn dies ein „objektives“ Maß ist, muss man sich vergegenwärtigen, dass das Stottern damit keinesfalls genügend beschrieben ist. Es wird so nur die relative Anzahl der Stotterereignisse wiedergegeben: z.B. die Schwere der Blocks oder Mitbewegungen werden nur durch die subjektive Einschätzung erfasst (s. oben).

Alle von mir gesehenen Kinder stotterten vor Beginn der Behandlung länger als sechs Monate. Nur vier davon sind Mädchen. Bei sieben Kindern wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen bzw. nicht begonnen: Eine Familie zog um (s. Tabelle 1 unten, J.K.), ein Elternpaar und ein 15-Jähriger waren vor Abschluss der Behandlung mit den erreichten Fortschritten zufrieden (Tabelle 1, T.E., M.H.) und fanden die Methode außerdem zu zeitintensiv, eine Mutter wollte ihr Kind nicht verhaltenstherapeutisch behandeln lassen (Tabelle 1, K.L.), dreimal wurde eine vorläufige Einstufung der Sprechstörung als physiologische Unflüssigkeiten nach einer gewissen Beobachtungszeit bestätigt. Bei den drei Familien, die nach einigen Sitzungen die Therapie abgebrochen haben, kann die erreichte Sprechleistung nicht als stabil angesehen werden, da kein weiterer Kontakt besteht (s. Tabelle 1 J.K., T.E., M.H.).

Zwölf der behandelten Kinder befinden sich entweder in Phase 2 oder sind entlassen mit bis dato stabilen Erfolgen, die durch gelegentliche telefonische Kontakte mit den Eltern verfolgt werden. Das Stottern dieser Kinder vor der Behandlung war mild bis schwer (Prozentzahl gestotterter Silben 3,1% – 14,7%). Das Endergebnis beträgt von 0 – 2,1% gestotterte Silben. Die Behandlungslänge schwankte von 3 bis 41 Sitzungen (Mittelwert 16,5).

Zur Zeit befinden sich vier Kinder in Phase 1. Sie sind im Alter zwischen 4;6 und 6;6 Jahre und absolvierten bereits 12 bis 23 Lidcombe Sitzungen. Ihre jetzige Sprechleistung ist aus Tabelle 1 zu ersehen.

Name	Alter bei Vorstellung	Andere Sprachstörungen	Gestottert seit	Sitzungen bis Phase 2	Sprechleistung b. Vorstellung (% gestott. Silben)	Jetzige Sprechleistung (% gestott. Silben)

S.A.	7;0	Dyslalie, m Dysgram.m	4 Jahren	10	5,1%	1,3%
S.B.	12;2	Dyslalie, s Dysgram s. Sprverst. s. WS: sehr eingeschr.	5 Jahren	41	7,5%	2,1%
M.D.	10;1	Legasth., l	6 Jahren	9	5,1%	1,1%
M.G.	13;0	Myofunkt.	3 Jahren	3	3,1%	0,02%
T.H.	6;6	Dyslalie, l Myofunkt l	3 Jahren	11	4,9%	0,2%
M.N.	10;2	Dyslalie, s Dysgram, l Stimmst. l	7 Jahren	13	4,1%	2,0%
M.H.	15;9	keine	8 Jahren	Therapie abgebrochen	2,5%	1,0 % bei 10. Sitzung
D.R.	4;11	Dyslalie, l Dysgram, l	2 Jahren	13	7,6%	0%
M.Se.	2;10	Dyslalie, l	8 Monaten	40	14%	0,1%
K.K.	14;9	keine	10 Jahren	19	10,1%	2,0%
J.K.	4;10	Dyslalie, l Dysgram, l	3 Jahren	Familie weggezogen	14,7%	3,9% bei 8. Sitzung
K.L.	12;2	Legasthen.	11 Jahren	Therapie abgebrochen	5,6%	Keine 2. Messung
S. F.	5;3	keine	7 Monaten	Nur beobachtet	2,3%	Spontane Remission
T.E.	6;5	Dyslalie, l	7 Monaten	Therapie abgebrochen	5,1%	1,5% nach 5. Sitzung
P.N.	3;2	keine	18 Monaten	Nur beobachtet	4,3%	Spontane Remission
H.G.	5;4	keine	1 Jahr	Nur beobachtet	2,0%	Spontane Remission
M.Sa.	5;4	Myofunkt l	3 ½ Jahren	17	6,5%	0,01%
P.L.	16;9	Legasthen.	14 Jahren	6	3,1%	0,9%
D.S.	14;0	Legasthen.	10 Jahren	9	3,2%	1,0%
K.F.	6;6	Myofunkt l	3 Jahren	Noch Phase 1	8,2%	2,1% bei 17. Sitzung
T.S.	4;6	Phonol, m Dysgram m	3 ½ Jahren	Noch Phase 1	14,2%	4,5% bei 13. Sitzung
A.E.	4;8	Dyslalie l	1 Jahr	Noch Phase 1	7,1%	3,8% bei 23. Sitzung
F. S.	4;11	Spr.beginn erst ab 2j	3 Jahren	Noch Phase 1	5,0%	3,9% bei 12. Sitzung

Tabelle 1: Diagnostizierten bzw. mit Lidcombe behandelten Kinder und Jugendliche
l = leicht, m = mittelschwer, s = schwerwiegend

5. Ausschlaggebende Faktoren hinsichtlich der Behandlungslänge

Bei einem Vergleich des eigenen Erfolgs mit den o.g. Untersuchungen entsteht zwangsweise eine Erwartungsdruck. Bei den oben genannten Untersuchungen wurden lediglich zwei Faktoren gefunden, welche die Länge der Behandlung vor Erreichen der Sprechflüssigkeit (Phase 2) beeinflussen: der Schweregrad des Stotterns (Jones et al) sowie auch die Zeit zwischen Anfang des Stotterns und Behandlungsbeginn (Kingston et al). Diese Untersuchungen wurden jedoch erstens mit erfahrenen BehandlerInnen und zweitens in anglophonen Ländern durchgeführt. So kommen in meinem Fall eben diese zwei Faktoren hinzu: eine Therapeutin, die mit Lidcombe (sowie auch mit sämtlichen anderen verhaltenstherapeutischen Verfahren) relativ unerfahren ist, in einer Kultur, die der anglophonen weder in linguistischer noch in anderer Hinsicht entspricht.

Für mich selbst erstellte ich deshalb ein Konstrukt mit den vier folgenden Faktoren, welche die Behandlungsdauer scheinbar beeinflussen.

1. Ein endogener Faktor: der Schweregrad des Stotterns selbst, das zusätzlich durch andere Sprachstörungen verkompliziert werden kann.
2. Ein autogener Faktor: die Persönlichkeit des Kindes, die aktive Selbststeuerung: alle Kräfte, mit denen die Person „von sich aus“ Entwicklungsprozesse herbeiführt. Autogene Faktoren können die Wirkung endogener und exogener Faktoren verstärken oder beeinträchtigen und somit die eigene Entwicklung sowohl fördern als auch hemmen.
3. Ein exogener Faktor: die korrekte Rückmeldung, die von den Eltern ausgeübt wird, sowie auch deren Fähigkeit, die Motivation des Kindes aufrecht zu erhalten, sei es durch interessante Tätigkeiten, Lob oder Belohnungen. Hier zeigen sich kulturbedingte Unterschiede zum Elternverhalten in anglophonen Ländern, z.B. in der Lobkultur (vgl. Schelten-Cornish, 2004).
4. Ein zweiter exogener Faktor: die Therapeutenpersönlichkeit. Je nach Erfahrung allgemein im Beruf und speziell mit dem Programm, Geschick im Umgang mit Kindern und Eltern und Kreativität im gemeinsamen Problemlösen kann die TherapeutIn den Prozess der Übernahme einer flüssigen Sprechweise **für jedes einzelne Kind** beschleunigen oder auch bremsen. U.a. bedingt durch die Studieninhalte ergeben sich auch hier kulturelle Unterschiede zu anglophonen Ländern, z. B. bei verhaltenstherapeutischen Therapiemethoden (ebenda).

Nicht umsonst ist die Therapeutenpersönlichkeit der letztgenannte Faktor, denn sie ist schließlich der Schlüssel zum Erfolg. Es laufen nur sehr wenige Behandlungen ohne Komplikationen, die durch die ersten drei Faktoren entstehen. Nur die TherapeutIn kann die Probleme erkennen und ihnen begegnen.

6. Fallbeispiele:

Die folgenden Beispiele belegen das Zusammenwirken der vier Faktoren in der jeweils speziellen Behandlungssituation. Sie zeigen, dass hier wie in anderen Bereichen die Fälle, die „wie im Lehrbuch“ aussehen, eher die Ausnahme bilden.

Fall 1, D.R., 4;11 Jahre alt zu Therapiebeginn, hatte zu diesem Zeitpunkt bereits 2 Jahre gestottert, mit 7,6% gestotterten Silben. Hinzu kamen ein leichter Dysgrammatismus und eine leichte Dyslalie. D. ist jetzt seit 8 Monaten in Phase 2 nach 13 Sitzungen in Phase 1 mit stabiler Sprechflüssigkeit (0% gestotterten Silben). Erfreulich ist auch die vom Kindergarten berichtete Verhaltensänderung: D. sei jetzt sprechfreudig und selbstsicher geworden.

Zusammenwirken der Faktoren:

1. Endogen: Das Stottern selber bestand seit 2 Jahren und war mittelschwer sowie auch begleitet von anderen Sprachstörungen.

2. Autogen: D. zeigte sich anfangs von seinem Stottern eher unbehelligt und war an Sprechflüssigkeit nicht besonders interessiert. Nach etwa 11 Sitzungen kamen aber die ersten unaufgeforderten Rückmeldungen von Außenstehenden über die neue Sprechflüssigkeit, und D.s Haltung änderte sich erheblich. Sein Stolz über die neuen Fähigkeiten führte dazu, dass er sich nun stärker an der therapeutischen Arbeit beteiligte.
3. Exogen: Die Mutter war sehr interessiert und geschickt in der motivierenden Gestaltung der Übung. Als D. flüssiger wurde, vergaß sie allerdings oft, dass die Rückmeldungen in der Spontansprache überwiegend positiv bleiben müssen.
4. Exogen: Dass die häuslichen Übungen motivierend genug gestaltet wurden, um die ersten Erfolge zu sichern, war in diesem Fall hauptsächlich die Leistung der Mutter. Dieses Kind war eines der ersten, die ich mit Lidcombe behandelte, und meine Vorschläge zur Motivation waren weder zahlreich noch sonderlich effektiv. Auch prüfte ich nicht genügend nach, ob die spontanen Rückmeldungen zu Hause im richtigen Verhältnis, d.h. überwiegend positiv, erfolgten.

Zusammenfassung: Meine Kontrollfunktion hätte effektiver sein können. So wurde dies eine zwar sehr erfolgreiche, aber sicher länger als notwendig andauernde Therapie.

Fall 2, M.Sa. war 5;6 Jahre alt zu Therapiebeginn. Er hatte seit 3 ½ Jahren gestottert, episodisch, mit 6,5% gestotterten Silben bei der Erstvorstellung. Er konnte nach der 16. Behandlungssitzung mit Phase 2 beginnen. Nach einem kurzen, von der Mutter selber aufgefangenen Rückfall ist die erreichte Sprechflüssigkeit bis dato (seit 6 Monaten) bei 0,01% gestotterten Silben stabil.

Zusammenwirken der Faktoren:

1. Endogen: Das Stottern war nicht schwerwiegend und wurde durch keine anderen Sprachstörungen verkompliziert.
2. Autogen: M. ist ein aufgeschlossenes Kind mit einem sehr angenehmen Verhalten. Sobald er wusste, wie er sein Stottern beeinflussen konnte, war er sehr motiviert, dies zu tun.
3. Exogen: Die Mutter war außerordentlich geschickt in der Rückmeldung sowie in der Motivierung des Kindes.
4. Exogen: Angespornt durch vorhergehende Erfahrungen, hatte ich hier erfolgreich verhindert, dass das Prinzip der überwiegend positiven Rückmeldungen von der Mutter vergessen wurde, als M. in der Spontansprache zunehmend flüssiger wurde.

Zusammenfassung: In der ersten Phase konnte ich das einzige sich ankündigende Problem sofort erfolgreich lösen. Die Mutter selber war routiniert genug, einen Rückfall in Phase 2 während meines Urlaubs selbst aufzufangen. Trotz der eher guten Voraussetzungen dauerte aber das Erreichen von Phase 2 relativ lange.

Fall 3, S.B., 12;2 Jahre alt bei Therapiebeginn, gehört schon allein wegen des fortgeschrittenen Lebensalters **nicht** zu der Gruppe, bei der die besten Ergebnisse zu erwarten sind. S.B. ist lernbehindert und hyperaktiv. Er war seit dem 4. Lebensjahr phasenweise in Sprachbehandlung gewesen. Die Erstdiagnose zeigte eine schwere Sprachentwicklungsverzögerung mit Artikulationsstörungen, Dysgrammatismus, Sprachverständnisstörung und nicht altersgemäßem Wortschatz. Vor der Lidcombe Behandlung bestand noch eine Einschränkung des Wortschatzes, eine zwar korrekte aber noch nicht altersgemäße Grammatik und eine mittelschwere Sprachverständnisstörung. Das Stottern mit Polterkomponenten sowie Gesichts- und Rumpfbewegungen entwickelte sich seit der Einschulung und verschlechterte sich mit zunehmendem Alter. Der Leidensdruck war hoch: S. wurde oft gehänselt, und die Spontansprache war aufgrund der zahlreichen Blocks kombiniert mit der sehr hohen Geschwindigkeit der flüssigen Silben oft unverständlich.

Aufgrund der hohen Sprechgeschwindigkeit der flüssigen Silben und der damit verbundenen Unverständlichkeit sowie auch aufgrund der Mitbewegungen spiegeln die eingangs ausgezählten 7,5% gestotterten Silben überhaupt nicht die Schwere der Störung wider. Diese „objektive Messung“ ist hier nicht aussagekräftig. Trotzdem wurden die **Sprachstörungen** wegen Versagens in der Schule von Mutter und Sohn als wichtiger angesehen als das Stottern: ich selbst bestand auf der Behandlung mit Lidcombe.

S. und seine Mutter arbeiteten trotzdem hervorragend mit, und die gestotterten Silben verringerten sich im Verlauf von 41 Sitzungen (!) von 7,5% auf 2,1%. Die Verständlichkeit der Spontansprache stieg erheblich (z. Zt. nur durchschnittlich 3 unverständliche Wörter in einer 5-minütigen Unterhaltung). Als angenehme Nebenwirkung wuchs auch der aktive Wortschatz und die Äußerungslänge stieg an. Konkret bedeutet dies, dass S. jetzt z.B. zum ersten Mal in der Lage ist, eine Bildergeschichte zu erzählen, ohne entweder durch heftige Blocks oder durch die ihm fehlenden Wörter besiegt zu werden. In spontanen Situationen beteiligt er sich jetzt auch an Unterhaltungen; früher zog er sich auch innerhalb der Familie zurück. Das Sprechen ist für ihn noch nicht unbedingt leicht, aber immerhin möglich geworden.

Der erwünschte Erfolg stellte sich also ein, begleitet von unerwarteten positiven Nebeneffekten, allerdings erst nach langer Behandlungszeit.

Zusammenwirken der Faktoren:

1. Endogen: Das Stottern selbst bestand seit 5 Jahren, mit erheblichen Blocks und Mitbewegungen, verkompliziert durch alle Spätfolgen einer schweren Sprachentwicklungsstörung, sowie auch durch das Poltern und die Hyperaktivität.
2. Autogen: S. selbst war als Pubertierender, der täglich sehr viele Misserfolge hinnehmen muss, durchgehend motiviert.
3. Exogen: Nach anfänglichem Zweifel war die Mutter motiviert: Übungen wurden zuverlässig durchgeführt und sie erarbeitete mit ihrem Sohn zusammen ein Belohnungssystem, das recht wirksam schien. Es gelang ihr aber selten, sich nur auf die *Flüssigkeit* der Rede zu konzentrieren; so erfolgte die entsprechende Rückmeldung der Sprechflüssigkeit oft zu spät, weil sie S. half, Wörter zu finden. Auch hatte sie Schwierigkeiten mit dem Prinzip, dass in spontanen Situationen die positiven Rückmeldungen deutlich überwiegen müssen.
4. Exogen: die Schwierigkeiten der Mutter, sich nur auf die Flüssigkeit des Sprechens zu konzentrieren, wurden mitverursacht durch meine eigene Bereitschaft, eine Vergrößerung des aktiven Wortschatzes als Nebenziel zu verfolgen. Da ich aber vermute, dass der fehlende Wortschatz zu der mangelnden Sprechflüssigkeit beitrug, finde ich, dass diese Vorgehensweise in diesem Fall berechtigt war. Mein Übersehen der Schwierigkeiten der Mutter, wesentlich öfter zu loben als zu kritisieren, verzögerte den zeitlichen Verlauf der Therapie sicher mehr.

Zusammenfassung: Die drei ausschlaggebenden Faktoren, welche die lange Behandlungszeit bedingten, waren das schwere Stottern selbst, die schwere globale Sprachstörung und die mangelnde Erfahrung der Therapeutin. Vor der Entscheidung, gleichzeitig ein zweites Therapieziel verfolgen zu lassen, wird bei der Ausbildung mit Nachdruck gewarnt.

7. Elternbefragung:

Da Lidcombe eine tägliche Übung von Eltern und Kindern verlangt, stellt dies eine nicht unerhebliche Belastung für das Familienleben dar. Um die Haltung der Eltern zu dieser Methode zu erfahren, führte ich eine Befragung durch. Die Anzahl der Befragten beträgt 11: es handelt sich dabei um Eltern, deren Kinder entweder in Phase 2 oder entlassen sind. Aufgrund der geringen Erhebungszahl kann die Befragung nur Tendenzaussagen wiedergeben. Die Rückmeldungen auf die Fragen, welche die Sprechstörung und die Methode betreffen, werden in Tabelle 2 wiedergegeben.

Frage 1.1 Wie hätten Sie das Stottern Ihres Kindes vor der Therapie eingeschätzt?

Leicht	Leicht/Mittelschwer	Mittelschwer	Eher schwerwiegend	Schwerwiegend
	2	5	4	

Frage 2.1 Zustand jetzt: Mein Kind

Stottert selten/nie	Stottert weniger	Keine Änderung	Stottert etwas mehr	Stottert viel mehr
8	3			

Frage 4:2 Dieser Therapieansatz erwartet zu viel von den Eltern.

Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unsicher	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
			5	6

Frage 4:3 Dieser Therapieansatz stört das Familienleben und ist deshalb schwierig.

Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unsicher	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
			4	7

4:4 Ich würde diesen Therapieansatz anderen Eltern von stotternden Kindern empfehlen.

Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unsicher	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
7	4			

Frage 4:5 Ich habe mich gefreut, dass ich selber meinem Kind helfen konnte.

Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unsicher	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
7	4			

Frage 4.6 Ich bin mir sicher, dass ich meinem Kind helfen kann, falls es wieder anfangen sollte zu stottern.

Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unsicher	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
7	4			

Tabelle 2: Haltung der befragten Eltern zu der Lidcombe Methode und den erreichten Erfolgen

Alle Eltern waren der Meinung, dass Lidcombe nicht zu viel verlangt; allerdings ist es kaum überraschend, dass einige sich nur zu der "stimme eher nicht zu" - Option durchringen konnten. (s. Fragen 4.2, 4.3). Bemerkungen zu diesen Fragen weisen auf die Schwierigkeiten hin, 15 Minuten Übungszeit täglich aufzubringen. Die Kommentare zu den restlichen Fragen zeigten interessante Meinungen auf. Eine Mutter z.B. rechnete fest mit einem Rezidiv, denn dies sei auch bisher immer der Fall gewesen (es ist nach 10 Monaten noch kein Rückfall eingetreten.) Fünf Mütter führten Bemerkungen von Außenstehenden über die neue Sprechflüssigkeit des Kindes auf. Eine Mutter schrieb, dass ihre Nachbarn sich gefreut hätten, weil es jetzt möglich wäre, sich mit ihrem Sohn zu unterhalten. Sie gab auch an, dass sich bei ihrem Kind nicht nur die Sprechflüssigkeit, sondern auch die Verständlichkeit, die Sprechfreude und die Selbstsicherheit steigerten (es handelt sich hier nicht um S.B. oder

D.R.). Zwei Mütter gaben abschließende Kommentare, dass die Therapie ihnen und ihren Kindern Spaß gemacht habe. Diese beiden Mütter schrieben zusätzlich, dass sie sehr davon profitierten, selbst eine so wesentliche Rolle beim Aufbau der Sprechflüssigkeit gespielt zu haben.

Wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, würden alle diese Eltern die Behandlungsmethode weiterempfehlen, nicht alle jedoch vorbehaltlos. Insgesamt lassen die Antworten auf entsprechende Fragen eine positive Haltung erkennen, zeigen aber auch, dass die Lidcombe Therapie eine gewisse Belastung darstellt.

Keine der vier Familien, welche die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben, hat einen Fragebogen ausgefüllt. Die Haltung der Mutter, die ihr Kind nicht verhaltenstherapeutisch behandeln lassen wollte, sowie auch des Ehepaares und des 15-Jährigen, die mit der zeitlichen Belastung überfordert waren, wäre nicht positiv gewesen. Auch die Familie, die wegzog, war trotz deutlichen und von den Kindergärtnerinnen unaufgefordert kommentierten Fortschritten nicht sehr von der Methode überzeugt.

Die positive Haltung der befragten Eltern der Lidcombe Methode gegenüber ist verständlich, denn ihre Kinder erreichten die erwünschte Sprechflüssigkeit: die Belastung lohnte sich hörbar.

8. Zusammenfassung:

Die Lidcombe Methode der frühen Stotterbehandlung ist aus mehreren Gründen eine Ausnahmeerscheinung. Sie ist eine Methode, mit der sich bei der Mehrzahl der behandelten Kindern eine stabile Sprechflüssigkeit erreichen lässt.

Mit der Lidcombe Methode werden allerdings häufig die persönlichen Grenzen des Therapeuten aufgezeigt. Auch bei einer Methode, die eine wissenschaftlich dokumentierte hohe Erfolgsrate zeigt, muss man auf dem Boden der Tatsachen bleiben und einsehen, dass man in einigen Fällen entweder sehr langsam oder aus verschiedensten Gründen gar nicht vorankommen wird. Keine Methode und keine TherapeutIn kann in jedem Fall zu einer vollständigen Sprechflüssigkeit verhelfen.

Trotzdem ist es am Ende positiv, strengere Maßstäbe an den Therapiealltag anzulegen. Insgesamt kann ich aus persönlicher Erfahrung diese Therapieform jeder BehandlerIn empfehlen, die nicht nur eine neue, wirksame Stotterbehandlung lernen will, sondern auch gleichzeitig die eigenen persönlichen und beruflichen Grenzen etwas ausdehnen möchte.

Literatur

Bonelli, P., Dixon, M., Bernstin 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.

Ingham, R.J., (1984): *Stuttering and behavioural therapy: Current status and experimental foundations*. San Diego: College Hill Press.

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.

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*.

Huber, A., Onslow, M., Intervention bei frühem Stottern, (2001): *Die Sprachheilarbeit*, 5, 219 – 223.

- 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*, 2 (38) 165 – 177.
- Lattermann, C., (2003): Das Lidcombe-Programm – ein Therapieverfahren zur Behandlung frühkindlichen Stotterns. *Forum Logopädie*, 2 (17) 20-25.
- Lattermann, C., (2004): Stottern im Kindesalter: Mythos und Realität. *Pädiatrix*
- Lincoln, M., Onslow, M. (1997): Long-term outcome of an early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 51-58.0
- 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*, 37, 1244-1259.
- Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., Burnharn, D. (1997): Investigating the psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Journal of Fluency Disorders*.
- Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., (2003): The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A clinician's guide. Austin Texas: Pro-Ed.
- Schelten-Cornish, S., (2004): Continental Lidcombe in Germany. *Lidcombe News*, 19, 6 – 11.
- 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.

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Päd. Susan Schelten-Cornish, B. A. (Hon.)

Holzmannstr. 14

85276 Pfaffenhofen

e-mail: s.schelten-cornish@pfaffenhofen.de

Susan Schelten-Cornish ist Praxisinhaberin und behandelt alle Störungsbilder, mit derzeitigen Schwerpunkten in der Stotterbehandlung und in der frühen Sprachförderung.