



**MANUAL FOR THE
LIDCOMBE PROGRAM OF EARLY
STUTTERING INTERVENTION**

Authors

**Ann Packman, Margaret Webber,
Elisabeth Harrison and Mark Onslow**

**Translated into German by
Anna Hearne and Tina Lattermann**

Published April 2008

**Errors and Omissions Accepted.
We welcome feedback if the translation lacks clarity.**

MANUAL FÜR DAS LIDCOMBE PROGRAMM ZUR BEANDLUNG VON STOTTERN IM VORSCHULALTER

2008 INHALT

TEIL 1: ÜBERBLICK	3
TEIL 2: WESENTLICHE BESTANDTEILE DES LIDCOMBE PROGRAMMS	4
Verbale Rückmeldung der Eltern.....	4
Messungen der Stottersymptomatik.....	5
Wöchentliche Praxisbesuche	6
Therapie in strukturierten und unstrukturierten Gesprächen	6
Systematisches Maintenance Programm (Aufrechterhaltung).....	6
TEIL 3: VORGEHENSWEISE IM LIDCOMBE PROGRAMM	6
Diagnose	6
Phase 1	7
Phase 2	8
TEIL 4: INDIVIDUALISIERUNG DES LIDCOMBE PROGRAMMS	9
Alter des Kindes.....	9
Stotterschweregrad.....	9
Verhalten des Kindes	10
Personalität des Kindes und der Eltern	10
Familiensituation.....	10
ANHANG	11
STOTTERMESSUNGEN FÜR ZWEI VORSCHULKINDER	WÄHREND DES
LIDCOMBE PROGRAMMS	11
Manual for the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention (2008)	2

TEIL 1

ÜBERBLICK

Das Lidcombe Programm ist ein behavioristischer Therapieansatz für Stottern im Vorschulalter. Zentral im Lidcombe Programm ist, dass die Therapie von einem Elternteil oder Bezugsperson unter Anleitung des/der Therapeutinnen/in durchgeführt wird¹. Die Mutter lernt während der wöchentlichen Therapiestunden mit dem Kind bei der Therapeutin wie die Therapie durchgeführt wird und wie sie täglich den Stotterschweregrad ihres Kindes misst. Diese häuslichen Messungen haben besonderen Stellenwert, denn zusammen mit den Messungen der Therapeutin in der Praxis, steuern diese den Verlauf der Therapie. Die wöchentlichen Praxisbesuche bieten der Therapeutin Gelegenheit den Therapieverlauf zu beobachten und an die Fähigkeiten und Eigenschaften des Kindes anzupassen. Es wird fortwährend sichergestellt, dass die Therapie ein positives und erfreuliches Erlebnis für das Kind darstellt.

Das Lidcombe Programm besteht aus zwei Phasen. In der ersten Phase kommen die Mutter und das Kind wöchentlich einmal in die Praxis und führen die Therapie täglich zu Hause durch. Wenn das Kind nur noch sehr selten oder gar nicht mehr stottert, beginnt die zweite Phase. In dieser Phase wird die Therapie zu Hause langsam abgebaut und die Abstände zwischen den Praxisbesuchen werden zunehmend größer. Phase zwei dient dazu den Therapieerfolg aufrecht zu erhalten und erstreckt sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder gar Jahren. Bei jedem dieser Praxisbesuche muss die geringe Stotterrate, die am Ende der ersten Phase erreicht wurde, eingehalten werden.

Das Lidcombe Programm besteht aus einer Reihe von wesentlichen und unverzichtbaren Bestandteilen, deren Anwendung jedoch individuell auf das Kind abgestimmt wird. Operante Methodologie liegt dem Programm zugrunde. Somit wird dem Kind weder ein neues Sprechmuster beigebracht, wie z.B. langsame Sprechgeschwindigkeit, noch werden die Eltern dazu angehalten die Umgebung und/oder ihren Umgang mit dem Kind zu verändern mit dem Ziel flüssiges Sprechen zu ermöglichen oder zu unterstützen. Es kann im Einzelfall jedoch erforderlich werden in der Umgebung des Kindes für die Dauer der täglichen Therapieeinheiten Veränderungen vorzunehmen, um das Programm erfolgreich durchzuführen, (z.B., Geschwister anderweitig zu beschäftigen).

Das Lidcombe Programm wurde im Laufe der letzten 10 Jahre in Zusammenarbeit zwischen dem Australian Stuttering Research Centre, und der Discipline of Speech Pathology an der University of Sydney und dem Stuttering Unit im Bankstown Health Service in Sydney entwickelt. Sollten unsere laufenden Forschungsprojekte zu einer Änderung des Lidcombe Programms führen, wird diese Anleitung überarbeitet werden. Die erste Version dieses Manuals wurde in 2001 verfasst.

¹ Der Einfachheit halber werde ich von nun an von der Mutter und der Therapeutin sprechen.

Diese Anleitung beschreibt die wesentlichen Bestandteile und Vorgehensweisen im Lidcombe Programm und ist in erster Linie als Leitlinie für die klinische Forschung gedacht und nicht um die Anwendung des Programms zu erlernen. Sprachheilpädagogen und Logopäden, die das Programm benutzen wollen, wird dringend angeraten eine Fortbildung zu besuchen und die zahlreichen Artikel, welche genauere Informationen zu dem Programm und der ihm zugrunde liegenden Forschung enthalten, zu lesen (Angang A). Das gesamte Programm wird in The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician's Guide (Onslow, Packman, & Harrison, 2003) genau beschrieben. Dieses Buch ist auf der ASRC Webseite erhältlich. Für weitere Informationen zu deutschsprachigen Fortbildungen wenden Sie sich bitte an Dr. Phil. Christina Lattermann (tina@lattermann.net) oder Dr. Phil. Anne Hearne (anne@start.org.nz). Weitere Informationen zu Workshops in anderen Ländern gibt es auf der ASRC webseite unter „Professional Education“ unter dem Link „Lidcombe Program Trainers Consortium“.

TEIL 2

WESENTLICHE BESTANDTEILE DES LIDCOMBE PROGRAMMS

Verbale Rückmeldung der Eltern

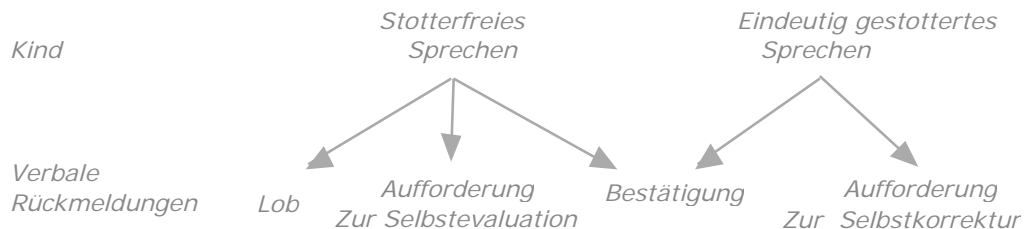
Im Lidcombe Programm gibt die Mutter nach stotterfreien Äußerungen und nach eindeutigen Stotterereignissen verbale Rückmeldung.

Nach stotterfreier Sprache kann die Mutter diese 1) bestätigen (z.B. „das war flüssig“), und/oder 2) loben (z.B. „das hast Du toll gesagt!“) oder 3) das Kind auffordern die eigene Aussage selbst einzuschätzen (z.B. „war das ganz toll flüssig?“). Nach eindeutigen Stotterereignissen kann die Mutter diese 1) bestätigen (z.B. „das war ein bisschen holprig“) und/oder 2) das Kind auffordern die Aussage zu korrigieren (z.B. „kanst Du das nochmal sagen?“).

Diese verbalen Rückmeldungen sollten so bald wie möglich nach der stotterfreien oder gestotterten Aussage stattfinden und so gegeben werden, dass das Kind sie deutlich wahrnimmt. Grundlegend ist auch, dass die Mutter bei Bestätigung oder Aufforderung zur Korrektur von eindeutigen Stotterereignissen einen neutralen und keinesfalls bestrafenden Tonfall annimmt. Unbedingt einzuhalten ist das Verhältnis zwischen verbalen Rückmeldungen für stotterfreie Sprache und gestotterte Sprache. Dies muss respektive mindestens 5 zu 1 betragen.

Die oben genannten verbalen Rückmeldungen sind nur Beispiele und Eltern werden im Lidcombe Programm angeregt, diese zu verändern und zu variieren. Es ist wichtig, dass Art und Häufigkeit der verbalen Rückmeldungen individuell auf jedes Kind abgestimmt werden (siehe Teil 3). In jedem Fall überwiegen die Rückmeldungen für stotterfreie Äußerungen deutlich die für gestotterte . Außerdem werden die Rückmeldungen nicht sofort den ganzen Tag lang angewendet, sondern nur in bestimmten Situationen (siehe Teil 4).

Die Äußerungen des Kindes und die dazugehörigen verbalen Rückmeldungen der Eltern können folgendermaßen dargestellt werden:



Eine zusätzliche Äußerung des Kindes, die spontane Selbsteinschätzung (z.B. „das habe ich jetzt aber toll gesagt, oder?“) kann auch durch verbale Rückmeldung bestätigt und/oder gelobt werden. Derartige Äußerungen und die darauffolgenden verbalen Rückmeldungen werden jedoch nicht als wesentliche Bestandteile des Lidcombe Programms betrachtet.

Messungen der Stottersymptomatik

Zu Beginn der Therapiesitzung nimmt die Therapeutin objektive Messungen der Stottersymptomatik vor, indem sie den Prozentsatz der gestotterten Silben mit einem elektronischen Zähler kalkuliert: %SS (percent syllables stuttered). Dies erfordert üblicherweise eine Spontansprachprobe von ungefähr 300 Silben oder 10 Minuten. Die Mutter trägt zu den regelmässigen Messungen der Stottersymptomatik bei, indem sie erlernt, wie man den Schweregrad des Stotterns ihres Kindes täglich misst. Dies geschieht mit einer 10-Punkte-Skala (1 = kein Stottern, 2 = minimales Stottern und 10 = schwerstes Stottern). Der Punkt 10 auf der Skala bezieht sich auf das schwerste Stottern, das sich die Mutter vorstellen kann und nicht auf das schwerste Stottern, das sie bei ihrem Kind bisher gehört hat. Die Mutter bewertet die Sprache ihres Kindes jeden Tag mit einer Zahl zwischen 1 und 10. Diese Zahl (Stuttering Severity, SR) bezieht sich entweder auf den ganzen Tag oder eine bestimmte Situation, z.B. während des Abendessens. Sollte letzteres der Fall sein, wird für jeden Tag eine andere Situation ausgewählt, z.B. Montags beim Abendessen, Dienstags beim Frühstück, etc.

Die Anwendung der Skala wird der Mutter schon in der ersten Therapiesitzung erklärt. Über die ganze Therapie hinweg wird Übereinstimmung zwischen der Mutter und der Therapeutin bei jedem Praxisbesuch überprüft. Dies geschieht folgendermaßen: Nach Erhebung des Prozentsatzes gestotterter Silben in der Spontansprachprobe bittet die Therapeutin die Mutter dieser Sprachprobe einen Schweregradwert zwischen 1 und 10 zu geben. Nachfolgend vergibt die Therapeutin

einen Wert für diese Spontansprachprobe. Jegliche Unstimmigkeiten werden besprochen und diese Messungen geübt, bis ausreichende Übereinstimmung zwischen Therapeutin und Mutter herrscht, d.h. bis nicht mehr als ein Skalenpunkt Unterschied zwischen beiden Einschätzungen besteht.

Wöchentliche Praxisbesuche

Während der ersten Phase des Programms, kommen die Mutter und das Kind wöchentlich für ungefähr 45 bis 60 Minuten in die Praxis. Der Verlauf dieser Therapiestunden wird in Teil 3 beschrieben.

Therapie in strukturierten und unstrukturierten Gesprächen

Während des ganzen Programms führt die Mutter die Therapie im Alltag des Kindes durch. Die Therapie setzt sich aus den oben beschriebenen verbalen Rückmeldungen der Mutter zusammen, die in Gesprächen zwischen Mutter und Kind angewendet werden.

Am Anfang der ersten Phase der Therapie werden diese Rückmeldungen ausschliesslich in strukturierten Gesprächen von 10-15 Minuten Dauer angewendet. Während diesen Gesprächen strukturiert die Mutter die Konversation so, dass das Kind nur minimal stottert. In seltenen Fällen ist es nicht möglich flüssiges Sprechen zu stimulieren. Hier ist das Lidcombe Programm vielleicht nicht die Therapie mit der angefangen werden sollte.

Therapie geschieht zu Hause mindestens einmal und gegebenenfalls auch mehrmals täglich. Nachdem die Therapeutin sichergestellt hat, dass die Mutter die Rückmeldungen sicher und korrekt anwendet, kann die Mutter anfangen, diese verbalen Rückmeldungen auch in unstrukturierten, natürlichen Unterhaltungen anzuwenden. Während der zweiten Phase wird die Therapie zunehmend reduziert bis keine Behandlung mehr notwendig ist.

Systematisches Maintenance Programm (Aufrechterhaltung)

Die zweite Phase der Therapie dient dazu, das geringe oder gänzlich verschwundene Stottern, das am Ende der ersten Phase erreicht wurde, beizubehalten. Ist dies der Fall, besuchen die Mutter und das Kind die Praxis in zunehmend größeren Abständen.

TEIL 3 VORGEHENSWEISE IM LIDCOMBE PROGRAMM

Diagnose

Für den Fall, dass das Kind sehr zurückhaltend ist oder in der Praxis nicht stottert, werden die Eltern gebeten, eine zu Hause aufgenommene Kassette mit einer Spontansprachprobe ihres Kindes zum ersten Praxisbesuch mitzubringen. Der erste Praxisbesuch beinhaltet folgende Punkte:

1. Die Therapeutin holt Informationen bezüglich des Beginns, Verlaufs und der Symptomatik des Stotterns des Kindes sowie den Einfluss der Störung auf das Kind und die Familie ein.
2. Die Therapeutin stellt Fragen zur physischen, linguistischen und kognitiven Entwicklung des Kindes und zur Familiensituation. Es wird jedoch diesbezüglich nicht in die Tiefe gegangen, es sei denn, die Eltern möchten diese Dinge besprechen, oder es besteht die Möglichkeit, dass die Stottertherapie durch eine andere Therapie beeinträchtigt werden könnte, z.B. Therapie für verzögerte Sprachentwicklung. Faktoren im Umfeld des Kindes werden später in der Therapie, sofern sie einen Einfluss haben, genauer besprochen.
3. Die Therapeutin ermittelt während einer Spontansprachprobe den Prozentsatz gestotterter Silben.
4. Die Therapeutin erstellt eine Diagnose.
5. Sofern die Therapeutin und die Eltern darin übereinstimmen, dass das Kind stottert, gibt die Therapeutin den Eltern Informationen über Stottern, den besten Zeitpunkt mit der Therapie zu beginnen und über die Möglichkeit einer Spontanremission. Die Informationen bezüglich dem besten Zeitpunkt für den Therapiebeginn stammen aus Kapitel 4 des „The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician’s Guide.“
6. Die Therapeutin erklärt den Eltern deren Rolle in der Durchführung des Lidcombe Programms.
7. Die Therapeutin und die Eltern entscheiden, ob das Kind über einen gewissen Zeitraum beobachtet werden oder sofort mit der Therapie begonnen werden soll.

Phase 1

Die Mutter und das Kind kommen während dieser Phase einmal in der Woche in die Praxis. Diese Besuche beinhalten üblicherweise folgende Punkte:

- Der Therapeutin misst den Prozentsatz gestotterter Silben während die Mutter und/oder die Therapeutin mit dem Kind sprechen/spielen.
- Die Therapeutin überprüft den Schweregradwert, den die Mutter dem Stottern während des Gespräches gegeben hat.
- Die Mutter teilt der Therapeutin die SR-Werte der letzten Woche mit und die Therapeutin gibt diese, und den %SS-Wert in das Kurvenblatt des Kindes ein (siehe Anhang).
- Therapeutin und Mutter vergleichen die Werte der Woche mit dem, der soeben gemessenen Konversation in der Praxis.
- %SS- und die SR-Werte werden zum Mittelpunkt einer detaillierten Diskussion über den Fortschritt während der letzten Woche.
- Die Mutter demonstriert die Methoden, die sie in der vergangenen Woche angewendet hat, d.h. sie führt eine typische Therapiesitzung vor.
- Die Mutter und die Therapeutin besprechen diese ausführlich.
- Die Therapeutin und die Mutter besprechen Veränderungen, die in der kommenden Woche vorgenommen werden sollen.

- Die Therapeutin demonstriert diese Veränderungen.
- Die Therapeutin leitet die Mutter an, wie sie diese Veränderungen in ihre täglichen Therapiesitzungen einbauen kann.
- Die Therapeutin fasst zusammen, was in der kommenden Woche gemacht werden soll.
- Die Therapeutin gibt der Mutter Gelegenheit, Fragen zu stellen oder spricht noch offene Punkte an. Problemlösen findet nach Bedarf statt.

Zu Beginn des Lidcombe Programms werden zu Hause Therapieeinheiten in strukturierten Gesprächen von 10-15 Minuten pro Tag durchgeführt. ‚Strukturiert‘ bedeutet, dass sich Mutter und Kind in einer ruhigen Umgebung mit Dingen beschäftigen, so dass während des Gesprächs die korrekte Anwendung der verbalen Rückmeldungen ermöglicht wird, wie in Teil 2 beschrieben wurde. Wichtig hierbei ist, dass das Verhältnis zwischen Rückmeldungen für stotterfreie und gestotterte Sprache eingehalten werden kann.

Wenn die Therapie richtig durchgeführt wird und die SR-Werte sinken, fängt die Mutter an, die verbalen Rückmeldungen in unstrukturierten Konversationen über den Tag verteilt anzuwenden. Dies geschieht üblicherweise, wenn (1) die Mutter die verbalen Rückmeldungen in strukturierten Gesprächen sicher und korrekt anwenden kann, und (2) die SR-Werte der Mutter generell niedrig sind, oder es Situationen gibt, in denen die SR-Werte niedrig sind. Am Ende der ersten Phase wird die Therapie üblicherweise nur noch während unstrukturierter Konversation durchgeführt. Sobald die Stotterrate sehr gering ist, wird die Therapie in die zweite Phase des Programms übergeleitet. Die Kriterien um Phase 2 zu beginnen sind 1) %SS weniger als 1.0 innerhalb der Praxis und 2) SR-Werte von 1 oder 2, mit der Einschränkung, dass mindestens 4 von diesen für die vergangene Woche 1 betragen müssen. Diese Kriterien müssen für drei aufeinanderfolgende Wochen eingehalten werden, bevor Phase 2 beginnt.

Phase 2

Während der zweiten Phase des Lidcombe Programms, d.h. der Aufrechterhaltungsphase, reduziert die Mutter langsam den Einsatz verbaler Rückmeldung und die Praxisbesuche werden weniger häufig. Dies geschieht jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Stotterrate und die SR-Werte die oben angegebenen Kriterien erfüllen.

Die ersten zwei Praxisbesuche der zweiten Phase erfolgen üblicherweise im Abstand von zwei Wochen, die darauffolgenden von zwei, vier und acht Wochen. Die letzten beiden Besuche liegen 16 Wochen auseinander. Es besteht bei dieser Folge jedoch ein gewisses Mass an Flexibilität (siehe Teil 4).

Dieser Zeitplan wird in dieser Form nur dann eingehalten, wenn das Kind die notwendigen Sprechkriterien erfüllt. Die Mutter bringt die SR-Werte für alle Tage seit dem letzten Besuch mit und die Therapeutin misst den Prozentsatz gestotterter Silben in der Praxis. Sollten diese Kriterien jedoch bei einem dieser Besuche nicht erfüllt werden, entscheidet die Therapeutin die Therapieabständen in Phase 2

angemessen zu verändern. Die Therapeutin kann auch entscheiden, das Kind in Phase 1 zurückzustufen.

TEIL 4

INDIVIDUALISIERUNG DES LIDCOMBE PROGRAMMS

Die Bestandteile die in Teil 2 beschrieben wurden sind für die Durchführung des Lidcombe-Programms unabdingbar.. Darüber hinaus ist es aber entscheidend, dass ihre Anwendung individuell auf das Kind und seine Familie abgestimmt wird. Die Therapeutin und die Eltern arbeiten eng zusammen damit das Programm optimal angewendet wird und es für das Kind eine positive und angenehme Erfahrung darstellt. Die folgenden Beispiele stellen Möglichkeiten dar, das Programm Kindern und ihren Familien anzupassen:

Alter des Kindes

Das Alter und die kognitive und linguistische Entwicklung des Kindes entscheiden sowohl über die (1) Art von Aktivitäten, die für Therapie in strukturierten Konversationen angewendet werden, als auch (2) die Dauer der Therapieeinheiten. Es wäre zum Beispiel passender mit einem sehr jungen Kind allgemeine Gespräche über das Spielgeschehen als Therapiesgespräch zu führen, während Bildbeschreibungen oder das Schildern eines bestimmten Erlebnisses für ältere Kinder angemessener ist. Je jünger das Kind ist, desto kürzer müssen die Therapieeinheiten gestaltet werden. Zusätzlich kann das Alter des Kindes aber auch einen Einfluss auf die Wortwahl bei den verbalen Rückmeldungen haben. Es ist daher wichtig, dass das Kind (1) die verbalen Rückmeldungen für stotterfreie Sprache als belohnend und (2) die verbalen Rückmeldungen für Stottern nicht als unangenehm oder strafend empfindet. Unter Umständen ist es erforderlich, dass die Eltern mit ihrem Kind besprechen, welche verbalen Rückmeldungen es bevorzugt.

Stotterschweregrad

Auch in Fällen, in denen sehr schweres Stottern vorliegt, muss während der Therapieeinheiten das vorgeschriebene Verhältnis zwischen den verbalen Rückmeldungen eingehalten werden (siehe Teil 2 Seite 4). Es müssen überwiegend Rückmeldungen für stotterfreie Aussagen gegeben werden. Aktivitäten müssen also so gewählt und die Unterhaltung so strukturiert werden, dass das Kind trotz dem schweren Stottern genügend stotterfreie Äußerungen produziert, um das Verhältnis einzuhalten. Die Mutter kann dies durch die Auswahl von Aktivitäten beeinflussen, die nur kurze Äußerungen des Kindes stimulieren, welche mit höherer Wahrscheinlichkeit stotterfrei sind. Anstatt das Kind in eine natürliche Unterhaltung einzubinden, kann die Mutter einfache Stimuluskarten benutzen, die das Kind zu Einwortäußerungen anregen. Nachdem das Kind in der Lage ist, längere stotterfreie Äußerungen zu produzieren, können natürlichere Gespräche geführt werden.

Der planmäßige Verlauf der Praxisbesuche für Phase 2 kann für individuelle Fälle abgeändert werden. Die Therapeutin kann die Häufigkeit dieser Besuche reduzieren wenn deutlich ist, dass das Kind in *keiner* Situation mehr stottert. Die Besuche müssen jedoch trotzdem über die gesamte Zeitspanne, die für Phase 2 festgelegt ist, verteilt werden.

Verhalten des Kindes

Mit einem sehr gesprächigen Kind kann es unter Umständen schwierig sein die verbalen Rückmeldungen wirksam anzuwenden. Besondere Sorgfalt ist hier bei der Strukturierung der Gespräche erforderlich. In den seltenen Fällen eines völlig unkooperativen Kindes, muss zuerst an der allgemeinen Mitarbeit gearbeitet werden, bevor die Therapie wirksam durchgeführt werden kann.

Persönlichkeit des Kindes und der Eltern

Verbale Rückmeldungen für Stottern können am Anfang von Phase 1 komplett weggelassen werden, sollte dem Kind diese Art von Aufmerksamkeit für gestottertes Sprechen unangenehm sein. Manche Eltern weisen generell ungerne auf bestimmte Aspekte des Verhaltens ihres Kindes hin. Diese Eltern benötigen besondere Unterstützung durch die Therapeutin.

Familiensituation

Familien, in denen beide Eltern vollzeitig berufstätig sind, benötigen oftmals Unterstützung bei ihrer Zeitplanung.

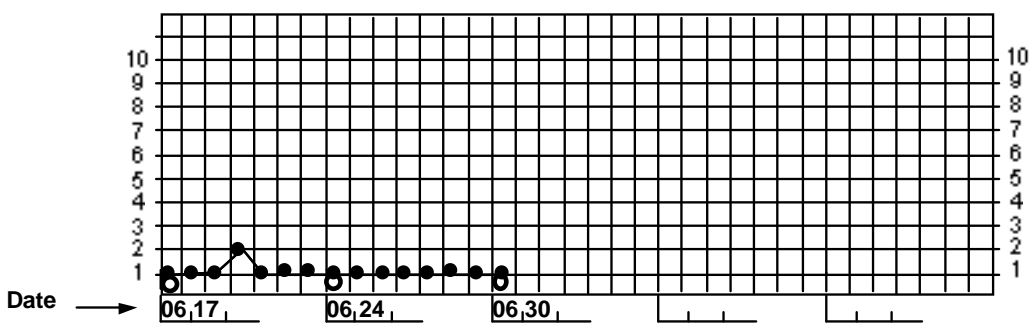
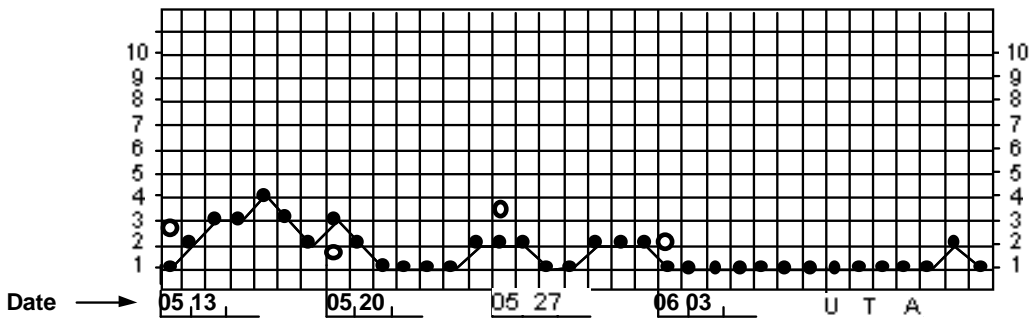
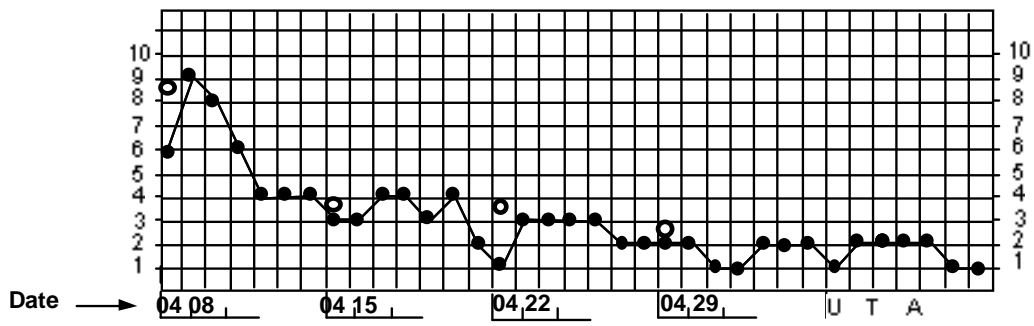
ANHANG

STOTTERMESSUNGEN FÜR ZWEI VORSCHULKINDER WÄHREND DES LIDCOMBE PROGRAMMS (PHASE 1)

The Lidcombe Program Stuttering Measures

Joshua

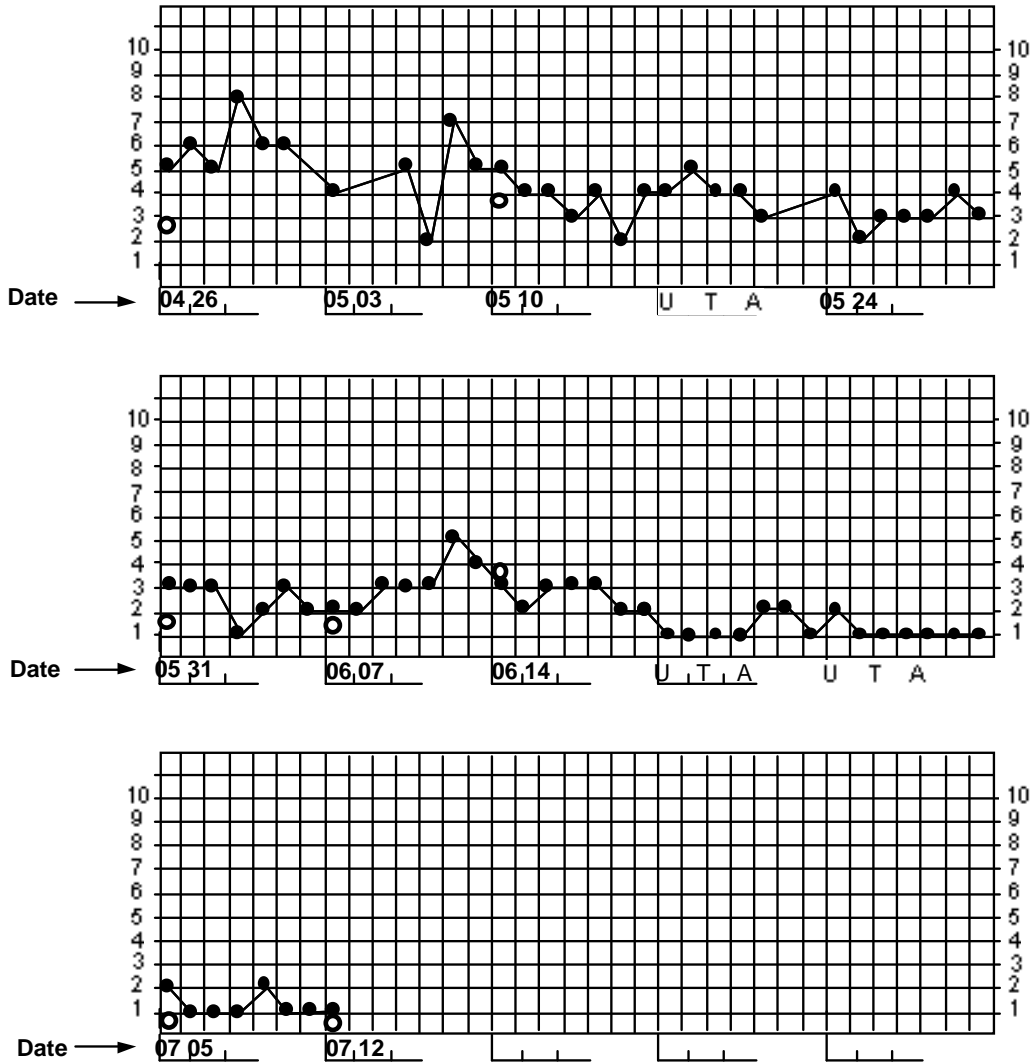
● Severity ○ % SS



The Lidcombe Program Stuttering Measures

Leon

● severity ○ % SS





For more information on the Lidcombe Program or the Continuing Professional Education in Stuttering Program, please contact the CPES Coordinator at:

The Australian Stuttering Research Centre

PO Box 170

Lidcombe NSW 1825

AUSTRALIA

Ph: 61-2-9351-9061

Fax: 61-2-9351-9392

Email: asrc@usyd.edu.au

Web: www.fhs.usyd.edu.au/asrc/ and follow the links to “Professional Education”