

Das Lidcombe Therapiekonzept für die Behandlung des frühkindlichen Stotterns

Robert Richter (Leipzig), Bettina Freerk (Lüneburg), Anne Hearne (Auckland, Neuseeland)

› **Zusammenfassung** Zahlreiche Forschungsergebnisse belegen die Effektivität und Effizienz der Lidcombe-Therapie. Aufgrund der guten Evidenzlage wird das Therapieverfahren in der aktuellen S3-Leitlinie Redeflussstörungen zur Behandlung des frühkindlichen Stotterns stark empfohlen (Neumann et al. 2016). Eine mittlerweile große Anzahl quantitativer Forschungen und der sehr strukturierte Therapieaufbau tragen möglicherweise dazu bei, dass die Lidcombe-Therapie oft nicht nur als sehr strukturiertes sondern auch rigides Verfahren missverstanden wird. Dabei bleibt die Frage nach den Wirkfaktoren in der Lidcombe Therapie meist unbeantwortet und nicht wenige TherapeutInnen, die mit der

Arbeit nach Lidcombe beginnen, beklagen zunächst mangelnde Erfolge.

Im vorliegenden Beitrag werden Entstehung, Aufbau und Ablauf der Therapie skizziert. Dabei werden die Schwerpunkte der Therapie aus der Perspektive der Praxis in den letzten ca. 15 Jahren herausgearbeitet. Anhand von qualitativen Studien zur Lidcombe Therapie wird gezeigt, dass die Wirkmechanismen der Therapie heute durchaus klar benennbar sind. Es wird verdeutlicht, in welchem Maße Therapeutinnen gefordert sind, all diese Aspekte mit den Familien stotternder Kinder im erfolgreichen Therapieprozess auszubalancieren.

1. Was ist Stottern – Theoretische Grundannahmen

Stottern zeigt sich in offen hörbaren und verdeckten Symptomen. Um Stottern definieren zu können, benötigt man den Begriff des Kernstotterns. Das Kernstottern resultiert aus einer minimalen zeitlichen Fehlsteuerung in den komplizierten motorischen Planungs- und Bewegungsprozessen beim Sprechen. Die dabei auftretenden Symptome werden klassisch in drei Formen eingeteilt: Laut- und Teilwortwiederholungen, Dehnungen, Blockierungen (Bloodstein 2008). Die Entstehung des Kernstotterns kann anhand des Modells von Packman und Attanasio (Abb. 1) erklärt werden (Sandrieser/Schneider 2015). Demnach besteht im Kern immer ein neurologisches Defizit bei der Planung und Produktion von gesprochener Sprache. Welcher Art dieses Defizit ist, darüber gibt es in den ent-

sprechenden Studien immer wieder unterschiedliche Befunde, die jedoch nie auf die gesamte Zahl der untersuchten Probanden zutreffen.

Zu nennen wäre hier zum Beispiel eine unvollständige Myelinisierung bestimmter Fasern im Gehirn (Packman 2012). Sommer (2002) hat eine verringerte Faserdichte im linken Rolandischen Operculum festgestellt. Neumann (2007) berichtet von einer erhöhten Aktivität im rechten Rolandischen Operculum bei gleichzeitiger Minderaktivität im sprechmotorischen Kortex.

Sehr wahrscheinlich kommt eine Reihe von sehr diskreten neurologischen Faktoren als Ursache in Frage.

Zu dieser neurologischen Disposition, die zu einer Instabilität in der Sprechproduktion führen kann, müssen allerdings noch so genannte Trigger hinzukommen. Packman nennt hier die **Betonung**

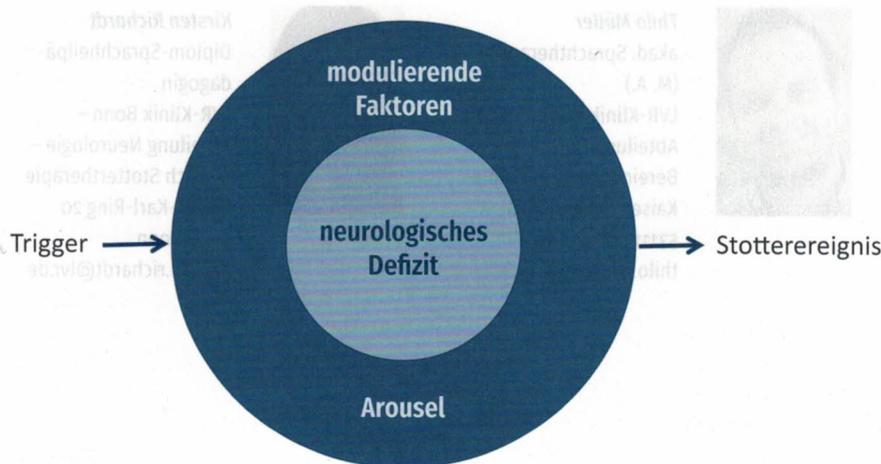


Abbildung 1: 3-Faktoren-Modell Packman & Attanasio (2010)

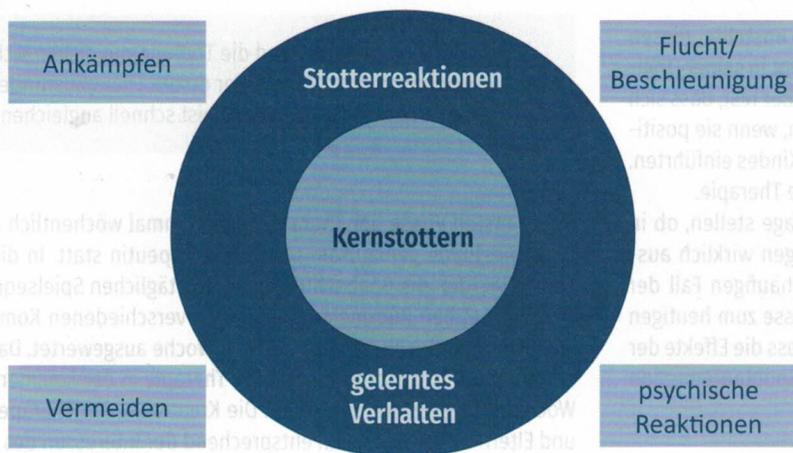


Abbildung: 2: Kernstottern und Stotterreaktionen

und die *linguistische Komplexität* in der gesprochenen Sprache. Betonung und linguistische Komplexität erhöhen die motorischen und kognitiven Anforderungen, wodurch situativ ein Schwellenwert überschritten wird und es zu einem Stotterereignis kommen kann.

Unter *modulierenden Faktoren* werden intrinsische individuelle Aspekte verstanden, zum Beispiel das Erregungsniveau (Arousal; sowohl positiv als auch negativ). Dieses Erregungsniveau wird geprägt durch allgemeine Erfahrungen in der Kommunikation und Erfahrungen mit dem Stottern selbst. Zum Beispiel können negative Zuhörerreaktionen oder die Stärke des Stottern bzw. Kontrollverlustes in bedeutsamer Weise Furcht auslösen und die Wahrscheinlichkeit eines Stotterereignisses erhöhen. Aber das Erregungsniveau wird auch durch individuelle Faktoren wie Resilienz und emotionale Reaktivität geprägt (Sandrieser/Schneider 2015). Zusammenfassend wird das *Auftreten* eines Stotterereignisses immer als Resultat eines Zusammenspiels zwischen diesen genannten Faktoren interpretiert.

Das vermutlich neurologisch evozierte Kernstottern ist in aller Regel geringfügig. Wenn ein Sprecher versucht, gegen diese Unflüssigkeiten anzukämpfen, also versucht, sie zu unterdrücken, entwickeln sich typischerweise sehr vielfältige Strategien, die zu den Begleitsymptomen des Stotterns gehören (Abb. 2). Typisch sind zunächst Anstrengungsverhalten mit Tonuserhöhung. Später können auch Mitbewegungen oder Atemreaktionen und je nach Erfahrung mit dem Stottern auch Frustration, Ängste, Schamgefühle bis hin zu Hochstressreaktionen hinzukommen (Richter 2014).

2. Therapieverfahren bei frühkindlichem Stottern

Für die Therapie des frühkindlichen Stotterns werden in Deutschland in der Regel drei evidenzbasierte Verfahren eingesetzt. Erstens das Verfahren nach dem Mini-KIDS Konzept (Sandrieser/Schneider 2015). KIDS bedeutet: *Kinder dürfen Stottern*. Das Programm baut auf dem Paradigma des Nichtvermeidungsansatzes von Van Riper (1973) beziehungsweise Dell (1994) auf und wurde von Patricia Sandrieser und Peter Schneider auch für junge Kin-

der modifiziert (vgl. den Beitrag von Sandrieser in dieser Ausgabe). Zweitens das PPCI Programm. PPCI steht für *Palin Parent Child Interaction*. Das Programm wurde am Michael Palin Center in London entwickelt. Die Grundidee besteht darin, dass Eltern in der Art und Weise, wie sie mit ihrem Kind kommunizieren, verschiedene stotterverstärkende Modulatoren beeinflussen können (Kelman/Nicholas 2014, vgl. den Beitrag von Hansen in dieser Ausgabe). Und schließlich drittens das Lidcombe Programm, das nachfolgend in verschiedenen Aspekten näher betrachtet werden soll.

3. Die Lidcombe Therapie

3.1 Historie der Lidcombe Therapie

Die Idee der Lidcombe Therapie entstand durch einen Versuch aus den 1970er Jahren. Martin et al. (1972) gingen von der *damals* als erwiesen geltenden Tatsache aus, dass bei Erwachsenen Stottern durch Konsequenzen beeinflussbar sei. Sie entwickelten eine Versuchsanordnung, in der Kinder eine negative Rückmeldung erhielten, wenn sie stotterten. Der Versuchsaufbau war recht simpel: zwei Kinder unterhielten sich mit einer Marionette (Lucybelle). Die Marionette befand sich in einem erleuchteten Kasten und immer, wenn das Kind während der Unterhaltung stotterte, verstummte Lucybelle für einige Sekunden und das Licht im Kasten erlosch. Die Puppe war also still und für die Kinder nicht mehr zu sehen. Nach der Pause wurde die Unterhaltung ganz normal fortgesetzt und das Licht ging wieder an. Für das Kind wurde also immer ein negativer bzw. verwirrender Reiz gesetzt, wenn es stotterte.

Interessant war, dass beide Kinder des Versuchs sowohl in der Laborbedingung als auch im Alltag flüssig wurden.

Zu erwähnen ist, dass in den 1970er Jahren in der Betrachtung der Ursachen des Stotterns die *Diagnosogene Theorie* von Johnson (1942) dominierte. Dieser Theorie folgend beginnt ein Kind zu stottern, wenn es auf die funktionellen Unflüssigkeiten in seinem Sprechen aufmerksam (gemacht) wird und aus diesem Grund versucht, diese zu vermeiden. Möglicherweise war das der Grund, dass man den Beobachtungen im Versuch nicht weiter nachging, bis in den späten 1980er Jahren ein Forschungs- und Therapeutenteam un-

ter der Leitung von Mark Onslow Überlegungen anstellte, diesen Versuch zu replizieren. Sie konnten das Experiment in seiner Originalanordnung zwar nicht wiederholen, stellten aber fest, dass sich ebenfalls positive therapeutische Effekte zeigten, wenn sie positive Konsequenzen für das flüssige Sprechen des Kindes einführten. Das war der Grundstein für die heutige Lidcombe Therapie. Der erfahrene Leser wird sich berechtigt die Frage stellen, ob in beiden Versuchsanordnungen die Rückmeldungen wirklich ausschlaggebend waren oder ob es sich um den häufigen Fall der Spontanremission handelte. Forschungsergebnisse zum heutigen Lidcombe Verfahren zeigen jedoch inzwischen, dass die Effekte der Therapie oberhalb der Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission liegen (Harris et al. 2002, Jones et al. 2005).

3.2 Wie ist die Lidcombe Therapie konzipiert?

Die Lidcombe Therapie ist also pragmatisch dieser experimentellen Grundlage entsprungen und bezieht interessanterweise keine Entstehungshypothese des Stotterns ein. Es wird später deutlich werden, dass die Wirkebenen der Therapie jedoch sehr gut mit dem oben genannten Modell von Packman und Attanasio korrespondieren.

Der Therapieprozess gliedert sich in zwei Phasen. Ziel der ersten Phase ist eine Reduktion der Stottersymptomatik bis hin zur Symptombfreiheit oder minimalem Stottern. In der zweiten Phase soll die erlangte Sprechflüssigkeit dann in den verschiedenen Alltagskontexten des Kindes stabilisiert werden. Dabei werden im Wesentlichen drei Werkzeuge eingesetzt.

- 1) Die Mutter oder der Vater gestalten täglich für eine Zeit von 15 Minuten mit ihrem Kind eine Spielsituation, in der das linguistische Niveau so gelenkt wird, dass das Kind spontan weitestgehend flüssig spricht.
- 2) Die Mutter bzw. der Vater reagieren in der Spielsituation und während Alltagsunterhaltungen auf flüssig gesprochene Äußerungen des Kindes spezifisch lobend. Entscheidend ist hier die Qualität des Lobens im Sinne einer *emotionalen Echtheit*. Das *spezifische Loben* stellt zunächst unter Umständen eine gewisse Herausforderung dar und muss von der Therapeutin entsprechend feinfühlig eingeführt werden. Im späteren Verlauf kommt zu den positiven Rückmeldungen noch das sogenannte *Reparieren gestotterter Wörter* hinzu. Dabei wird das Kind direkt oder indirekt aufgefordert, das unflüssig gesprochene Wort oder die Phrase flüssig zu wiederholen, was dann wiederum spezifisch gelobt wird. Im fortgeschrittenen Stadium der Therapie sind die Kinder sehr gut in der Lage, zwischen flüssigen und unflüssigen Redeanteilen zu unterscheiden, ohne dass dies direkt in der Therapie trainiert wurde. Das Reparieren kann durchaus als sehr basale Form der Nachbesserung (Van Riper, 1973) interpretiert werden.
- 3) Die Eltern schätzen täglich am Abend den Schweregrad des Stotterns mit einem Punktwert zwischen 0 bis 9 ein. Der Wert 0 steht dabei für stotterfreies Sprechen, der Wert 1 für minimales Stottern und der Wert 9 für schweres Stottern.

Die Mutter bzw. der Vater und die Therapeutin eichen sich in ihren Bewertungen im Verlauf der ersten Therapiestunden, sodass sich die Einschätzungen meist schnell angleichen.

In der ersten Phase der Therapie findet einmal wöchentlich eine Therapiestunde gemeinsam mit der Therapeutin statt. In dieser Einheit werden die Beobachtungen in den täglichen Spielsequenzen und bei den Rückmeldungen in den verschiedenen Kommunikationssituationen der vergangenen Woche ausgewertet. Darauf aufbauend wird besprochen, wie die Therapie in der kommenden Woche fortgesetzt werden sollte. Die Kreativität von Therapeutin und Eltern ist gefordert, um entsprechend der Interessen des Kindes anregende und spannende Spielformate zu finden bzw. zu entwickeln. Durch das gemeinsame Spiel bzw. die Beschäftigung soll eine positiv motivierende Lernsituation geschaffen werden, in der sich Eltern und Kind wohlfühlen. Zudem sollte auf Seiten des Kindes möglichst viel stotterfreies Sprechen auf einem angemessenen linguistischen Niveau evoziert werden, was dann von Therapeutin und Eltern spezifisch gelobt werden kann. Damit die Eltern bei den Rückmeldungen Sicherheit erlangen, werden diese gemeinsam in der Therapiestunde erarbeitet und experimentell so ausprobiert, dass sie für Eltern und Kind stimmig sind. Im Idealfall sind die Eltern in der Lage, intrinsisch echt und für das Kind situativ passend zu loben, sodass ein natürliches Feedback entsteht. Ein nicht unbedeutender Nebeneffekt der zunächst engmaschig wöchentlichen Therapiestunde ist, dass die Eltern kurzfristig mit Fragen und Unsicherheiten auf die Therapeutin zurückgreifen können.

3.3 Was wirkt bei der Lidcombe Therapie?

Wenn man sich den Aufbau des Konzeptes anschaut, liegt der Gedanke nahe, dass es sich um ein recht einfach zu handhabendes Verfahren handelt. Dass dies täuschen kann, wird möglicherweise nachfolgend deutlich, wenn über die Wirkmechanismen gesprochen wird.

Die Wirksamkeit von Lidcombe wurde in verschiedenen Studien sowohl in Australien als auch in Deutschland, England, Schweden, Holland, USA, Kanada, Neuseeland, Malaysia und Kuwait nachgewiesen (Al-Khaledi et al. 2017, de Sonnevile-Koedoot et al. 2015, Femrell et al. 2012, Guitar et al. 2015, Hayhow et al. 1998, Jones et al. 2005, 2008, Lattermann et al. 2005, 2008, Koushik et al. 2011, Vong et al. 2016).

Erstaunlicherweise sind die Wirkmechanismen allerdings theoretisch bisher nur unzureichend begründet. Es soll nun der Versuch unternommen werden, dies aus der Perspektive der praktischen Evidenz zu tun.

Annahme 1: In den täglichen Spielsequenzen wird das *linguistische Niveau* so gelenkt, dass es dem Kind möglich ist, symptomarm bis symptomfrei zu sprechen. Dadurch erfolgt indirekt ein motorisches Üben flüssigen Sprechens, was durch positives Feedback verankert wird. Das Kind lernt vermutlich eine stressfreie unangestregte sprechmotorische Einstellung und generalisiert diese allmählich. Hier ist offenbar eine wichtige Stellschraube der Therapie zu sehen. Das kann unter anderem aus der Beobachtung abgelei-

tet werden, dass die Therapie stagniert, wenn die täglichen strukturierten Spiel- bzw. Beschäftigungssequenzen mit einer zu hohen Stotterrate (zum Beispiel aufgrund eines zu hohen linguistischen Niveaus) einhergehen.

Annahme 2: Bei der Betrachtung der Wirkfaktoren einer Stottertherapie müssen wir auch und gerade bei jungen Kindern berücksichtigen, dass die neuronalen Sprechstrukturen von neuronalen Strukturen des Emotionalen oder des Kognitiven beeinflusst werden können (Baumgartner 2010). Die täglichen Spielsequenzen geben einen möglicherweise besonderen Rahmen für die Begegnung von Mutter / Vater und Kind, der Aspekte der *positiven Eltern-Kind-Bindung* besonders berührt. Diese im besten Fall von positiv gerichteter Aufmerksamkeit und emotionaler Zuwendung geprägte Lernatmosphäre verstärkt die parallel stattfindende indirekte motorische Übung anstrengungsfreien Sprechens positiv. Anders als bei anderen Verfahren des Fluency Shaping wird hier zudem das *emotional authentische und natürliche Sprechen* des Kindes positiv verstärkt und nicht eine mental anstrengende und ästhetisch fragwürdige künstliche Sprechweise.

Annahme 3: In aller Regel machen StottertherapeutInnen die Erfahrung, dass Eltern den Weg in eine Therapie für ihr Kind vor allem dann suchen, wenn sie selbst durch das Stottern in hohem Maße verunsichert sind. Oftmals wird das Stottern des Kindes in den Augen der Eltern zum überdeckenden Merkmal des Kindes und tritt damit sehr in den Vordergrund. Besorgtheit vor allem mit dem Blick auf die Zukunft nimmt überproportionalen Raum ein. Dieser veränderte emotionale Zustand kann negative Auswirkungen auf das Erleben der Kommunikation des Kindes mit dem Elternteil haben. Im ungünstigsten Fall nimmt das *Störgefühl der Eltern* negativ Einfluss auf das Bindungslernen bzw. die Bindungserfahrung des Kindes. Wohlgermerkt sind diese Störungen möglicherweise nur diffus und werden vom ungeübten Beobachter nicht zwingend identifiziert. Jedoch sind die emotionalen Antennen des Kindes wesentlich feinfühlicher – eine grundsätzlich überlebenswichtige Fähigkeit des Kindes.

In diesem Punkt offenbart sich der wirkliche Balanceakt der Therapie: Der Therapeutin muss es gelingen, bei den Eltern Sicherheit im Umgang mit dem Stottern und eine grundsätzlich akzeptierende Haltung gegenüber dem momentanen Stottern aufzubauen, denn nur vor dem Hintergrund einer gelassenen Einstellung zum Stottern kann das Lob der Eltern für flüssiges Sprechen des Kindes nicht in eine indirekte Bestrafung bei Nichtgelingen flüssiger Äußerungen kippen. Dieser Punkt deckt sich mit den Zielfunktionen der beiden anderen o. g. Therapieverfahren für frühkindliches Stottern und ist wahrscheinlich essentiell in der Stottertherapie bei Kindern überhaupt.

Annahme 4: Wenn es gelingt, dass Eltern und Kind aber auch Therapeutin und Kind Spielideen finden und Spielsequenzen gestalten, die den aktuellen Wünschen des Kindes und den aus der kindlichen Perspektive wichtigen Interessen folgen, erlebt sich das Kind in der Mitgestaltung der gemeinsamen Beschäftigung als *selbstwirksam*. Das Erleben von Selbstwirksamkeit ist ein wesentlicher Wachstumsfaktor hin zu Selbstsicherheit und Resilienz. Möglicherweise wird durch einen in diesem Sinne moderierten Spielpro-

zess eine wichtige Reifung beim Kind gefördert, die letztlich auch Störimpulsen auf die Sprechmotorik entgegenwirkt.

4. Gleich oder verschieden?

Vergleicht man die Grundbedingungen im Therapieprozess aller drei eingangs genannten Therapieverfahren für das frühkindliche Stottern hinsichtlich deren Wirkebene, lassen sich bei aller Unterschiedlichkeit in der Herangehensweise verblüffend viele Parallelen identifizieren.

Linguistisches Niveau: Auch beim PPCI Konzept wird versucht, das Kind in der flüssigen Sprechweise zu unterstützen, indem der Kommunikationsstil und das linguistische Niveau angepasst werden. Aber auch beim Mini-KIDS-Konzept wird das Einüben lockeren statt anstrengungsvollen Stotterns immer auf einem den momentanen Kapazitäten des Kindes angepassten Niveau erfolgen.

Positive Eltern-Kind-Bindung: Es gehört geradezu zu den handwerklichen Grundvoraussetzungen einer StottertherapeutIn über reine sprechmotorische Übungen hinaus zuallererst das trianguläre Beziehungsgefüge in der Therapie zu erkennen und günstig beeinflussen zu können. Dabei ist vor allem die TherapeutIn in ihrer eigenen Beziehungsfähigkeit besonders gefordert. Denn nur auf dieser Grundlage kann sie überhaupt sehen, wie die Eltern-Kind-Interaktion aufgestellt ist und kann dieser positive Impulse geben und damit Eltern und Kind im Beziehungswachstum begleiten.

Störgefühl der Eltern gegenüber dem Stottern: Auch in diesem Punkt findet man keine Unterschiede in der Zielfunktion aller drei genannten Konzepte. Nur akzeptierende Eltern, die Zukunftsängste relativieren lernen und ihrem Kind mit einer gelassenen Grundhaltung dem Leben und auch dem Stottern gegenüber begegnen, sind befähigt, das Kind in eben diesen Eigenschaften zu bestärken. Nur TherapeutInnen, die über ausreichende Selbsterfahrung hinsichtlich ihrer eigenen Schamgefühle verfügen, können hier die notwendige Hilfestellung geben und Modell für die Eltern sein. Dieser Aspekt darf nicht darauf reduziert werden, dass Therapeutinnen in der Lage sind, zum Beispiel in der Öffentlichkeit absichtlich zu stottern. Vielmehr sollten eigene relevante Themen der Zukunftsangst, wiederkehrender Schuldgefühle und Gefühle der Beschämtheit im Rahmen von Selbsterfahrung bearbeitet worden sein.

Selbstwirksamkeit: Entscheidend ist in allen Therapien, die einen nennenswerten Erfolg verbuchen wollen, dass bei kleinen und großen Klienten ein Höchstmaß an Selbstwirksamkeit erreicht oder befördert wird. Vertikale Beziehungsgefälle im Therapieprozess, in denen die *wissende* Therapeutin den *unwissenden* Klienten berät und diesen diszipliniert, die täglich vorgegebenen Übungen abarbeitet, sind noch nie eine sinnvolle Basis für wirkliches Wachstum gewesen. Das Erspüren der wirklichen Interessen des Anderen erfordert ein aufmerksames Reflektieren und Beobachten, möglichst frei von therapeutisch-narzisstischen Impulsen.

5. Externe Evidenz und qualitative Studien zu Lidcombe

Das Lidcombe Konzept gehört wahrscheinlich zu den momentan am besten beforschten Therapiekonzepten im Bereich des Stot-

terns. Aus diesem Grund spricht auch die aktuelle S3 Leitlinie Stottern (Neumann et al. 2017) eine starke Empfehlung für dieses Verfahren aus. Das bedeutet allerdings nicht, dass die beiden anderen Verfahren weniger wirksam sind. Auch für sie bestehen ausreichende praktische Erfahrungen bzgl. deren Wirksamkeit. Trotzdem besteht die Aufgabe auch für diese Verfahren, die sogenannte externe Evidenz mittels Studien nachzuweisen, wenn auch die Maßstäbe an eine einheitliche Messung der Effektivität von Stottertherapie momentan noch denkbar unzureichend ausformuliert sind. In der nachfolgenden Betrachtung sollen nun aber mit dem Blick auf die Daten vor allem Rückschlüsse auf die wichtigen Wirkmechanismen in der Therapie gezogen werden.

Eine qualitative Studie von Hayhow (2009) zeigt drei typische Therapieverläufe, die eine Einteilung in drei Gruppen erlaubt.

In der ersten Gruppe befanden sich Eltern-Kind-Dyaden, bei denen die Therapie schnell und positiv verlief. In Gruppe 2 zeichnete sich zu Beginn ein positiver Verlauf ab, später traten dann aber Stagnationen ein. Und schließlich die Gruppe 3, in der von Beginn an Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Programms zu beobachten waren.

Was können wir aus einer näheren Analyse der drei Gruppen ableiten? Kennzeichnend für die Verläufe in der Gruppe 1 waren Eltern, die mit Begeisterung die Therapie zu Hause umsetzten, dabei durchaus auch individuelle Lösungen entwickelten und sich ein schneller und stabiler Rückgang der Symptomatik einstellte. Eltern und Kinder genossen die *besonderen gemeinsamen Zeiten*. Begünstigend schien hier zu sein, dass die Eltern die Idee des Therapiekonzeptes plausibel empfanden und schnell in das eigene elterliche Handlungskonzept integrieren konnten. Verstärkt wurde diese Sichtweise durch einen schnellen Therapiefortschritt.

In der Gruppe 2 waren die Eltern mit Rückschlägen in der Therapie konfrontiert. Sie benötigten mehr Unterstützung bei der Umsetzung der Therapie zu Hause und empfanden die wöchentlichen Besuche bei der Therapeutin als zunehmend belastend. Zudem entwickelten sie eine Reihe negativer Gefühle. Schuldgefühle entstanden zum Beispiel, weil Stottern in der Familie bereits veranlagt war und die Eltern sich in gewisser Weise *gezwungen fühlten*, das Stottern der Kinder zu behandeln.

In der dritten Gruppe befanden sich die Eltern von Beginn an in einer ambivalenten Haltung gegenüber dem Therapiekonzept. Die Eltern fokussierten sehr stark Fehler und Probleme anstatt Ressourcen und Fortschritte. Zudem äußerten sie vermehrt eigene Gefühle der Unzulänglichkeit, Angst und Schuld. Sie hatten den Anspruch einer Rund-um-die-Uhr-Therapie, was der Intention des Lidcombe Programms entgegensteht. Zudem zeigten sie sich häufig überfordert, mit den Kindern angemessen zu interagieren.

Einen möglicherweise tieferen Einblick in die Bedingungsgefüge der Gruppen 2 und 3 gibt eine Studie von Goodhue et al. (2010). In der Studie wurden 16 Mütter stotternder Kinder über einen Zeitraum von 6 Monaten mehrfach mittels Interview befragt. Die Auswertung der Aussagen der Mütter lässt Rückschlüsse auf praktisch handwerkliche Aspekte bei der Durchführung der Therapie zu. Sie zeigt aber auch, welche Aspekte als positiv erlebt wurden und welche negativen Gefühle auftraten.

Ein häufiges Hindernis bei der Gestaltung einer ausschließlich gemeinsamen Zeit mit dem stotternden Kind ist die Anwesenheit von

Geschwistern. Hierauf muss bei der Gestaltung der Therapie eingegangen werden, und es muss für die Familie eine individuelle Lösung gefunden werden. Ein weiterer Aspekt ist ein gutes Zeitmanagement in den Familien. Die durch die Lidcombe Therapie erforderliche Zeit war im bisherigen Alltag meist nicht übrig. Ein ungünstiges Zeitmanagement führt u. U. zu einem Überforderungs- oder Schuldgefühl bei den Eltern. Nicht zuletzt berichteten die Mütter auch vom Problem des Vergessens, vor allem dann, wenn das Stottern weniger stark auftrat.

Die aus der Studie zitierte Aufzählung soll andeuten, dass ein wichtiger Wirkfaktor der Therapie darin besteht, dass sich die Therapeutin in den Familienalltag einfühen kann und entsprechend gemeinsam mit den Eltern nach praktikablen Lösungen sucht.

Als bedeutsamer positiver Aspekt der Therapie wurde von den Müttern in der Studie berichtet, dass sie eine zunehmende Qualität der gemeinsamen Zeit mit dem Kind verspürten. Diese neue „gemeinsame Qualitätszeit“ blieb auch erhalten, als die strukturierten Spielsequenzen immer mehr den unstrukturierten gemeinsamen alltäglichen Unterhaltungen wichen und die Stotterrate rückläufig war. Eine Mutter äußerte hierzu: „Diese gemeinsame Zeit hat noch eine andere Qualität als die ‚Gute-Nacht-Geschichten-Zeit‘, weil in dieser Zeit die Tür zugemacht wird, keiner darf reinkommen und ich gehe nicht ans Telefon!“ Es entwickelte sich offenbar eine *Verwöhn-Zeit* für Mutter und Kind, eine Zeit, die von der Mutter als sehr bindungsstärkend empfunden wurde.

Ein weiterer positiver Aspekt war die Etablierung des gezielten Lobs als generell konstruktive Erziehungsmethode. Die Mütter berichteten, dass sie das spezifische Lob für das flüssige Sprechen auch auf andere Verhaltensweisen des Kindes übertrugen.

Und schließlich war für die Mütter positiv förderlich, dass sie eine Handlungskompetenz im Umgang mit dem Stottern entwickelten und ihr Kind beim Abbau des Stotterns gut begleiten konnten. Die Studie von Goodhue liefert zudem wertvolle Hinweise auf auftretende Gefühle bei den Eltern im Zuge der Durchführung der Therapie.

Als zentrales Thema wurden *Schuldgefühle* benannt. Schuld wurde aus verschiedenen Gründen wahrgenommen. Wie in der bereits genannten Studie von Hayhow (2009) zeigten sich auch hier Schuldgefühle allein aufgrund der Tatsache, dass das Kind stottert. Aber auch familiäre Umstände, wie die Geburt eines Geschwisterkindes oder die Trennung vom Vater wurden mit Schuldgefühlen verbunden. Und schließlich Schuldgefühle, weil nicht genug Zeit für die regelmäßigen gemeinsamen Spielsequenzen aufgebracht werden konnte oder weil sich die Symptomatik nicht wie erhofft reduzierte. Letzteres führte bei den Müttern z. T. auch zu Gefühlen der *Frustration* und Entmutigung.

Und schließlich berichteten die Mütter auch von spezifischen *Ängsten*, z. B. die Therapie nicht richtig durchzuführen bzw. „nicht genug getan zu haben“.

Dieses emotionale Bedingungsgefüge dürfte eine wichtige Rolle bei der Erklärung der Therapieverläufe 2 und 3 in der Studie von Hayhow (2009) spielen. Werden von der Therapeutin die entsprechenden Themen nicht adäquat aufgegriffen, wird es absehbar zu Schwierigkeiten in der Therapie kommen müssen.

So wie sich das Sicherheitsgefühl und die Motivation der Eltern in der Gruppe 1 durch einen positiven Behandlungsverlauf schnell

positiv entwickeln, kann die Balance auch schnell in einen gegenläufigen Richtung geraten und Eltern empfinden Druck, Angst, Frustration, weil das Stottern vielleicht gerade schwerer wird oder die Therapie nur langsam voranschreitet.

Wenn die Eltern dann beginnen, die Fehler bei sich zu verorten, kommen Schuldgefühle hinzu.

6. Fazit – was wirkt

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch in der Therapie mit jungen Kindern nach dem Lidcombe Konzept benennbare Wirkfaktoren bestehen. Wenn diese im Therapieverlauf positiv beeinflusst werden, wirkt sich das positiv auf den Abbau der Stottersymptomatik aus. Anfängliche Verunsicherung der Eltern im Umgang mit dem Stottern muss einer fundierten Handlungskompetenz weichen. Auftretende Scham- und Schuldgefühle müssen offengelegt und abgebaut werden, sodass die Eltern dem Kind auch beim Stottern Sicherheit und Gelassenheit im Umgang damit emotional spiegeln. Im Zentrum steht die bindungsstärkende gemeinsame Interaktion mit dem Kind, die das Kind neugierig auf die Auseinandersetzung mit der Welt macht. Und dabei ist das *Sammeln von flüssigen Wörtern* eben ein sehr sinnvoller, wenn auch kleiner Aspekt.

Literatur

- Al-Khaledi, M.; Lincoln, M.; McCabe, P.; Alshatti T. (2017): The Lidcombe Program: A series of case studies with Kuwaiti preschool children who stutter. *Speech, Language and Hearing* 21, 224–235.
- Baumgartner, S. (2012): Sprechwerkzeuge stottern nicht – Zur Komplexität von Stottertherapie. *Forum Logopädie* 26, 6–11.
- Bloodstein, O. (2008): *An Handbook on stuttering*. San Diego: Singular Publishing Ltd.
- Dell, C. (1994): *Therapie für das stotternde Schulkind*. Köln: Demosthenes.
- De Sonneville-Koedoot, C.; Stolk, E.; Rietveld, T.; Franken M-C. (2015): Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The RESTART randomized trial. *PLoS One* 10, e0133758. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517884/>
- Femrell, L.; Avall, M.; Lindström, E. (2012): Two-year follow-up of the Lidcombe Program in ten Swedish-speaking children. *Folia Phoniatria et Logopedica* 64, 248–253.
- Goodhue, R.; Onslow, M.; Quine, S.; O Brian, S.; Hearne A. (2010): Mothers' Experience of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *Journal of Fluency Disorders* 35, 70–84.
- Guitar, B.; Kazenski, D.; Howard, A.; Cousins, S. F.; Fader, E.; Haskell P. (2015): Predicting treatment time and long-term outcome of the Lidcombe Program: A replication and reanalysis. *American Journal of Speech-Language Pathology* 24, 533–544.
- 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.
- Hayhow, R. (2009): Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Speech-Language Pathology* 11, 20–25.
- Hayhow, R.; Kinston, M.; Ledzion R. (1998): The use of clinical measures in the Lidcombe Program for children who stutter. *International Journal of Language and Communication Disorders* 33, 364–369.
- Johnson, W. et al. (1942): A Study of the Onset and Development of Stuttering. *Journal of Speech Disorders* 7, 251–257.
- Jones, M.; Onslow, M.; Packman, A.; Williams, S.; Ormond, T.; Schwarz, I.; Gebiski, V. (2005): Randomised controlled trial of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *British Medical Journal* 331, 659–663.
- 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* 43, 649–661.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2014): *Der Palin PCI-Ansatz*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Koushik, S.; Hewat, S.; Shenker, R.; Jones, M.; Onslow M. (2011): North-American Lidcombe Program file audit: Replication and meta-analysis. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 301–307.
- 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* 27, 203–214.
- Latterman, C.; Shenker, R. C.; Thoradottir E. (2005): Progression of language complexity during treatment with the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology* 14, 242–253.
- Martin, R., Kuhl, P., Haroldson, S. (1972): An experimental treatment with two preschool stuttering children. *Journal of Speech and Hearing Research* 15, 743–752.
- Neumann, K. (2007): Stottern im Gehirn: Neue Erkenntnisse aus Human-genetik und Neurowissenschaften. *Forum Logopädie* 21, 6–13.
- Neumann, K.; Euler, H. A.; Bosshardt, H. G., Cook, S.; Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M.; Thum, G. (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie) (2016): *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049–013*, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/049-013.html>.
- Packman, A. (2012): Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders* 37, 225–233.
- Richter, R. (2014): Hochstressreaktionen und Kontrollverlust bei Stottern. In: *Tagungsband zur Fachtagung „Fokus Stottern“*. 41. Kongress Stottern und Selbsthilfe 2014. Köln: Demosthenes.
- Sandrieser, P.; Schneider P. (2015): *Stottern im Kindesalter*. Stuttgart: Thieme.
- Sommer, M. et al (2002): Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet* 360, 380–383.
- Van Riper, Ch. (1973): *The Treatment of Stuttering / Die Behandlung des Stotterns* (1986). Köln: Demosthenes.
- Vong, E.; Wilson; Lincoln M. (2016): The Lidcombe Program of early stuttering intervention for Malaysian families: Four case studies. *Journal of Fluency Disorders* 49, 29–39.

Die Autoren



Robert Richter

Logopäde, Stottertherapeut (zert. ivs),
Traumafachberater (TIL)
Logopädische Praxis Richter
Fachpraxis für Stottern, Poltern, Mutismus
Mozartstraße 10
04107 Leipzig
Tel.: 0341-23 10 68 69
E-Mail: robert.richter@logopaedie-richter.de



Bettina Freerk

Logopädin/Stottertherapeutin (zert. ivs)
Praxis für Logopädie
Bei der St. Johanniskirche 11a
21335 Lüneburg
Tel.: 04131-269694
E-Mail: bettina.freerk@web.de



Dr. phil. Anne Hearne

Speech Language Therapist
Institute of Education
Massey University
Private Bag 102904
Albany, Auckland, New Zealand
Tel.: +64-9-2136697
E-Mail: a.k.hearne@massey.ac.nz

Monika Köhnen / Heike Roth

So können wir uns besser verständigen

Gebärden als Hilfe zum Spracherwerb und zur Förderung der Kommunikationsfähigkeit bei nichtsprechenden Kindern

„Ein sehr empfehlenswertes Fachbuch, das verständlich die theoretischen Grundlagen der Gebärdensprache erklärt und durch vielfältige situationsbezogene Gebärdenkarten sofort anregt, diese Zeichnungen umzusetzen. Die einzelnen Vokabeln sind in einem alphabetischen Wörterverzeichnis gelistet. Alle Gebärdenkarten sind durch Bewegungskomponenten und Pfeile gekennzeichnet, sodass auch ungeübte Personen die Gebärden leicht erlernen und vormachen können. Vor allem für Lehrkräfte aller Schularten, Therapeuten, Erzieher und Eltern mit behinderten Kindern ist das Buch eine wahre Fundgrube. Die Handhabung des Buches wird durch eine Spiralbindung vereinfacht, da der Benutzer das Buch beliebig öffnen kann, ohne dass es von alleine wieder zuklappt. Durch das gut strukturierte Inhaltsverzeichnis findet der Leser sofort das gesuchte Thema. Bewertung: sehr empfehlenswert.“ www.ajum.de

3. Aufl. 2015, 152 S., 434 Gebärdenkarten, Format 16x23cm, Ringbindung | Alter: 3–10

ISBN 978-3-8080-0617-7 | Bestell-Nr. 3644 | 19,50 Euro

Heike Diederich / Monika Beck

So können wir uns besser verständigen – Band 2

Gebärden in alltäglichen Situationen und Projekten

Das Buch erklärt kurz und prägnant die theoretischen Grundlagen von Gebärden in der Unterstützten Kommunikation und zeigt auf, wie Kinder mit unterschiedlichen Störungsbildern von Gebärden profitieren und wie mit Gebärden Sätze gebildet werden können. Die ca. 600 Gebärdenkarten dienen als Kopiervorlage und stehen zusätzlich als Download zur Verfügung. 2019, 196 S., schwarzweiße Kopiervorlagen, **Beigabe: 600 Gebärdenkarten zusätzlich als Download**, Format 16x23cm, Ringbindung | Alter: 3–10

ISBN 978-3-8080-0829-4 | Bestell-Nr. 3657 | 22,95 Euro



BORGSMANN MEDIA

verlag modernes lernen borgmann publishing

Schleefstraße 14, D-44287 Dortmund
Telefon 02 31 12 80 08, Fax 02 31 12 56 40
Leseproben + Bestellen im Internet:
www.verlag-modernes-lernen.de

