

# Das Camperdown-Programm

## Eine Möglichkeit der Therapie von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen

Christine Metten

**ZUSAMMENFASSUNG.** Das Camperdown-Programm zur Behandlung von stotternden Jugendlichen und Erwachsenen wurde – genau wie das Lidcombe-Programm – am Australian Stuttering Research Centre entwickelt. Es ist ein evidenzbasiertes Fluency-Shaping-Therapieverfahren, das gegebenenfalls durch andere Therapiekomponenten, wie z.B. das Verwenden von Doppelaufgaben oder eine zusätzliche kognitive Verhaltenstherapie ergänzt werden kann. Die Therapie erfolgt in 4 Stufen. In Stufe 1 lernen die Patienten prolongiertes Sprechen anhand eines Sprechmodells und experimentieren mit der Sprechnaturalität und dem Stotterschweregrad. In Stufe 2 wird mithilfe von Sprechzyklen intensiv geübt, stotterfrei immer natürlicher zu sprechen. Stufe 3 dient dem Lösen von Problemen und der Entwicklung von Strategien für den Alltag. In Stufe 4 werden die Therapieeinheiten langsam abgebaut. Das Programm kann in Einzel-, Gruppen- oder Ferntherapie durchgeführt werden.

Schlüsselwörter: Stottern – Sprechverhaltenstherapie für Jugendliche und Erwachsene – Camperdown-Programm – Fluency Shaping – Doppelaufgaben

### Christine Metten (PhD)

absolvierte von 1998 bis 2001 die Logopädieausbildung an der Lehranstalt Gießen. Es folgte das Studium für Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen, das sie 2005 mit dem Diplom abschloss. Von 2006 bis 2009 schrieb sie am Australian Stuttering Research Centre der University of Sydney ihre Doktorarbeit zu dem Thema „Doppelaufgaben und Stottern“ und arbeitete dabei mit dem Camperdown-Programm. Seit 2009 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Fresenius in Hamburg. Praktische Erfahrungen sammelte sie außerdem u.a. in logopädischen Praxen und Stotterintensivtherapien.



## Einleitung

Das Camperdown-Programm ist ein rekonstruierendes Sprechtrainingsprogramm für stotternde Jugendliche und Erwachsene (Baumgartner 2010). Es gehört zu den Fluency-Shaping-Therapieverfahren. Das bedeutet, dass die gesamte Sprechweise geformt wird, im Gegensatz zur Stottermodifikation, bei der an den Stottersymptomen gearbeitet wird.

Entwickelt wurde das Programm am Australian Stuttering Research Centre in Sydney in dem Stadtteil Camperdown (O'Brian et al. 2003). Die Anfänge des Programms liegen bereits über 10 Jahre zurück. Seitdem wurde es immer wieder angepasst und ergänzt (O'Brian et al. 2001). Die aktuelle Anleitung zum Programm kann von der Website des Australian Stuttering Research Centres ([http://sydney.edu.au/health\\_sciences/asrc/](http://sydney.edu.au/health_sciences/asrc/)) heruntergeladen werden.

Die Therapie wird als Einzel- und Gruppentherapie sowie als Ferntherapie (Telehealing) angeboten. Letzteres ist vor allem in Ländern wie Australien interessant, in denen manche Patienten kaum Möglichkeiten auf eine gute Versorgung haben, weil sie sehr weit weg von Dörfern und Städten leben. In Australien benötigt ein Patient für das Camperdown-Programm im Durchschnitt 20

Therapiestunden (Baumgartner 2010). Wie das Lidcombe-Programm so beruht auch das Camperdown-Programm nicht auf einer Theorie, aus der sich dann ein Therapieverfahren entwickelt hat, vielmehr entstand das Programm aus der klinischen Erfahrung heraus (O'Brian et al. 2010).

Die Wirksamkeit des Therapieverfahrens wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen (u.a. O'Brian et al. 2003, Carey et al. 2010). O'Brian und Kollegen (2003) untersuchten 30 Patienten, von denen 16 das Programm beendeten. Diese 16 Patienten zeigten 12 Monate nach der Therapie kein oder ein minimales Stottern in Alltagssituationen bei einer normalen Sprechgeschwindigkeit.

Carey und Kollegen (2010) untersuchten 40 Patienten, von denen 20 das Camperdown-Programm in der normalen Therapiesituation durchliefen und 20 in Form einer Ferntherapie. Auch 12 Monate nach Beendigung der Therapie zeigte sich kein statistisch relevanter Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Anzahl der gestotterten Silben. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass das Programm auch über elektronische Medien wie Telefon und E-Mail vermittelt werden kann und nicht zwingend ein direkter Therapeut-Patienten-Kontakt notwendig ist.

Das Camperdown-Programm bedient sich der Sprechtechnik des prolongierten Sprechens (prolonged speech), die ein reduziertes Sprechtempo, eine ausgedehnte Stimmgebung, eine Dehnung von Wörtern oder Lauten, reduzierte Kontakte der Artikulationsorgane, einen weichen Stimm- und Sprechansatz und eine Kontrolle des Atemstroms umfasst (Packman 1994). Prolongiertes Sprechen ist mit Stottern inkompatibel.

Packman, Onslow und Menzies (2000) vermuten, dass solche Sprechtechniken funktionieren, weil sie die Sprechmotorik aufgrund einer verringerten Variabilität der Betonungen von Silben stabilisieren. Demnach zeigt sich Stottern vor allem bei einem dynamischen Wechsel von betonten zu unbetonten Silben. Studien weisen darauf hin, dass Stottertherapien, die in irgendeiner Form Sprechtechniken beinhalten, wie das prolongierte Sprechen oder auch das Zeitlupensprechen (Zückner 2008), zu den erfolgreichsten Therapieverfahren zur Behandlung von junglichem und erwachsenem Stottern gehören (Andrews et al. 1980, Bothe et al. 2006, Onslow et al. 2008).

Das Camperdown-Programm entstand aufgrund von zwei Forschungsergebnissen:

- Stotterfreies Sprechen kann auch ohne gezielte Anweisungen erreicht werden (Packman et al. 1994).
- Das therapeutische Urteilsvermögen über die Komponenten von prolongiertem Sprechen ist sehr unzuverlässig (Onslow & O'Brian 1996).

Diese beiden Ergebnisse lassen darüber spekulieren, ob prolongiertes Sprechen ohne direkte Anleitung durch den Therapeuten in gewissem Maße sinnvoll sein kann. Vielleicht ist es psychisch von Vorteil, keinen Anweisungen folgen zu müssen und dadurch selbst etwas ausprobieren zu können, ohne direkt darauf angesprochen zu werden. Auf diese Weise entsteht kein Sender-Empfänger-Problem. Außerdem könnte es bei einem Patienten zu Verwirrungen führen, wenn bei einem Therapeutenwechsel unterschiedlich über seine Sprechtechnik geurteilt wird.

Im Camperdown-Programm bekommen die Patienten deshalb keine Instruktionen, wie sie prolongiertes Sprechen anwenden sollen, sondern imitieren ein Sprechmodell in einem Video, in dem in langsamem Tempo ein Lesetext mit möglichst vielen unterschiedlichen Lauten mit prolongiertem Sprechen vorgelesen wird. Während sie das Sprechmodell nachahmen, erlernen die Patienten automatisch die Komponenten des prolongierten Sprechens, die sie individuell für ein stotterfreies Sprechen benötigen. Dadurch wird ein therapeutischer Effekt ohne gezielte Anweisungen erreicht und der Einfluss des unzuverlässigen therapeutischen Urteilsvermögens vermindert.

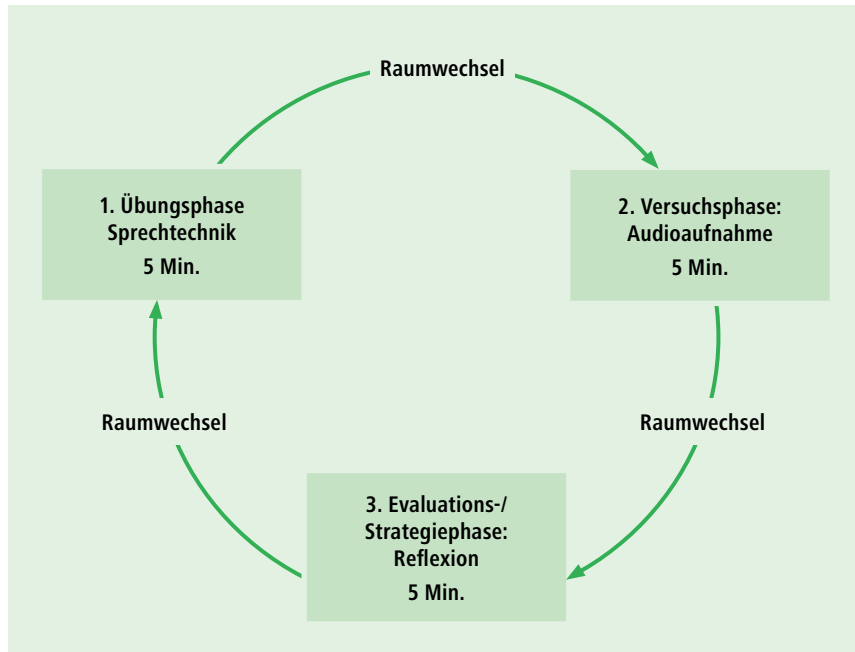
### Aufbau des Therapieverfahrens

Grundsätzlich ist das Camperdown-Programm – ebenso wie das Lidcombe-Programm – in seiner Handhabung gut erlernbar (Baumgartner 2010).

■ **Tab. 1: Aufbau des Camperdown-Programms in vier Stufen**

Stufe	Vorgehen
<b>Stufe 1</b>	Der Patient imitiert das Sprechmodell und lernt die Stotterschweregradskala und die Sprechnatürlichkeitsskala kennen.
<b>Stufe 2</b>	Am Gruppentag nehmen in der Regel drei Patienten und drei Logopäden teil. Die Patienten rotieren durch Sprechzyklen (Abb. 1). Jeder Zyklus besteht aus drei 5-Minuten-Phasen: 2 Sprechphasen (Übungsphase und Versuchsphase) und einer Evaluationsphase.
<b>Stufe 3</b>	Dem Gruppentag folgen wöchentliche Einzeltherapiestunden, in denen Probleme gelöst und Strategien entwickelt werden, die den Transfer in die Spontansprache erleichtern.
<b>Stufe 4</b>	Die Therapiesitzungen werden langsam abgebaut, sobald die Patienten sowohl in als auch außerhalb der Therapie in der Spontansprache SSG 1 und NAT 1-3 verwenden können.

■ **Abb. 1: Aufbau eines Sprechzyklus in drei Phasen**



Die Patienten benutzen während des gesamten Therapieverfahrens zwei verschiedene Messskalen:

- die Stotterschweregradskala (SSG),
- die Sprechnatürlichkeitsskala (NAT).

Zunächst messen die Patienten ihren Stotterschweregrad auf einer 9-Punkte-Skala. Dabei bedeutet 1 gar kein Stottern und 9 ein sehr starkes Stottern.

Außerdem lernen die Patienten ihre Sprechnatürlichkeit auf einer 9-Punkte-Skala zu messen. Dabei bedeutet 1 ein sehr natürliches Sprechen und 9 ein sehr unnatürliches Sprechen. Das Sprechmodell entspricht der Natürlichkeitsstufe 7-9.

Während der Therapie benutzen die Patienten das prolongierte Sprechen ohne zu stottern und steigern dabei allmählich ihre

Sprechnatürlichkeit (z.B. SSG 1, NAT 3). Das Ziel der Therapie ist es, eine Sprechnatürlichkeit von 1, 2 oder 3 zu erreichen, weil das der Natürlichkeit von Normalsprechern entspricht (Ingham et al. 1985, Runyan et al. 1990). Audioaufnahmen während der Therapie helfen dem Patienten, sich selbst zu kontrollieren und zu evaluieren.

Das Camperdown-Programm besteht aus vier verschiedenen Stufen (Tab. 1):

► In *Stufe 1* haben die Patienten 2 bis 6 Einzeltherapiestunden mit dem Ziel, prolongiertes Sprechen genau wie das Modell in mindestens 3 Minuten Spontansprache anzuwenden. Dabei lernen sie das Verwenden der Stotterschweregradskala sowohl in der Therapie als auch zuhause. Zusätzlich wird schon mit der Sprechnatürlichkeit experimentiert, indem der Patient versucht, dass sein Sprechen ohne zu stottern natürlicher klingt.

► *Stufe 2*, die in der Tabelle als Gruppentherapie beschrieben wird, kann ebenfalls als Einzeltherapie durchgeführt werden. Sollte eine Gruppentherapie mit drei Patienten stattfinden, dann bietet es sich an, pro Sprechzyklus durch drei verschiedene Räume zu rotieren (Abb. 1). In jedem Raum befindet sich einer der drei Patienten. Nach 5 Minuten findet ein Raumwechsel statt und jeder Patient geht einen Raum weiter. Außerdem sitzt in jedem Raum ein Therapeut. Bei zwei Therapeuten sollten die Versuchs- und Evaluationsphasen abgedeckt sein. Das Rotieren durch Räume mit verschiedenen Therapeuten gibt den Sprechzyklen eine klare Struktur und sorgt gleichzeitig für Abwechslung.

Außerdem kann auf diese Weise jeder Therapeut mit jedem Patienten arbeiten und umgekehrt. In Raum 1 findet die Übungsphase statt. Der Patient imitiert das Sprechmodell in der Regel auf Natürlichkeitsstufe 7 bei einem Stotterschweregrad von 1. In der Versuchsphase in Raum 2 muss sich der Patient zunächst festlegen, mit welcher Sprechnaturalität er sich vornimmt, bei SSG 1 zu sprechen. Dann wird eine Audioaufnahme gemacht und der Patient überlegt, ob er sein Ziel erreicht hat, bevor er in der Evaluationsphase (Raum 3) seine Aufnahme genau analysiert und sich Strategien für den nächsten Zyklus überlegt. Die Sprechzyklen werden auf einem übersichtlichen Protokollbogen dokumentiert. Bei einer Einzeltherapie ist das Vorgehen dasselbe. Hier wird ein Raum allein genutzt

► In *Stufe 3* wird in Einzeltherapiesitzungen individuell mit dem Patienten an noch bestehenden Problemen gearbeitet und es werden Strategien überlegt, wie der Patient weiter vorgehen könnte.

► Zeigt der Patient sowohl in als auch außerhalb der Therapie SSG 1 und NAT 1 bis 3, werden in *Stufe 4* die Therapieeinheiten langsam abgebaut. Hier ist das Ziel, dass der Patient immer mehr zu seinem eigenen Therapeuten wird. In der Regel werden von Zeit zu Zeit Nachsorgetage angeboten.

## Erweiterungen des Therapieverfahrens mit Doppelaufgaben

Stottern mit Sprechtechniken zu kontrollieren, wie es im Camperdown-Programm gelernt wird, erfordert ständige Aufmerksamkeit auf das Sprechen. Oft fällt es Patienten leicht, ihr Sprechen in der Therapiesituation zu kontrollieren, im Alltag jedoch geht diese Kontrolle häufig verloren (Boberg 1981, Craig & Hancock 1995, Ingham 1985). Deshalb ist es sinnvoll, das Camperdown-Programm mit Doppelaufgaben zu kombinieren (Metten et al. 2011).

Im Alltag müssen wir oft mehrere Dinge gleichzeitig erledigen, sodass es schwer ist, sich zusätzlich auf eine erlernte Sprechtechnik zu konzentrieren. Aus diesem Grund kann bereits in der Therapie geübt werden, sich auf die Sprechtechnik und gleichzeitig auf andere Aufgaben konzentrieren zu können, um sich schließlich auf das von Multitasking geprägte Leben vorzubereiten. Dabei sind Aufgaben sinnvoll, bei denen dieselben Verarbeitungsmechanismen wie beim Sprechen verwendet werden, um so zunächst eine künstliche Situation zu schaffen, bei der prolongiertes Sprechen zusammen mit einer erschwerten Aufgabe geübt wird. Später

soll prolongiertes Sprechen auch im Alltag gelingen, wenn zusätzliche Aufgaben erfüllt werden müssen.

Metten und Kollegen (2011) benutzten in ihrer Studie eine Aufgabe, bei der die Patienten mittels eines Handys über semantische Kategorien entscheiden mussten und dabei gleichzeitig prolongiertes Sprechen üben. Die Patienten sahen einzelne Wörter auf ihrem Handy und sollten mittels zwei Tasten entscheiden, ob das jeweilige Wort in dieselbe semantische Kategorie gehörte wie das Wort, das sie vorher auf dem Bildschirm sahen.

Zusätzlich zu der Sprechnaturalität und dem Stotterschweregrad wurde noch die Aufmerksamkeitsverteilung bestimmt. Die Patienten überlegten sich, wie viele Aufmerksamkeitspunkte von 10 sie jeweils für das Sprechen mit Sprechtechnik und wie viele Punkte sie für die Kategorieaufgabe aufwandten, z.B. Sprechen 7 Punkte, Kategorieentscheidung 3 Punkte.

Erste Studienergebnisse deuten darauf hin, dass durch diese Übung die Toleranz der Patienten gegenüber Fehlern stieg, die bei Aufgaben gemacht wurden, denen nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Damit sank die Frustrationsgrenze. Darüber hinaus schien es den Probanden leichter zu fallen, im Alltag das prolongierte Sprechen anzuwenden.

## Psychotherapeutische Erweiterung

Das Camperdown-Programm ist ein Fluency-Shaping-Verfahren und wirkt deshalb zunächst nur auf das Sprechverhalten. Doch selbst die Entwickler des Programms räumen ein, dass es wichtig ist, Stottern mehrdimensional zu betrachten und auch die Gefühlswelt der Patienten mit einzubeziehen und zu behandeln (Menzies et al. 2008).

So haben Menzies und Kollegen (2008) in einer Studie mit 32 stotternden Patienten herausgefunden, dass die therapeutische Arbeit am Sprechverhalten alleine nicht positiv auf Ängste einwirkt, sondern dass es zusätzlich notwendig ist, gezielt kognitive Verhaltenstherapie anzubieten. Umgekehrt wirkt sich die therapeutische Arbeit allein an dem emotional sozialen Verhalten nicht auf das Sprechen aus. Hier müssen gesondert Sprechübungen angeboten werden.

In Stufe 3 des Camperdown-Programms lässt sich gut mit dem Patienten individuell an Themen wie z.B. Angst und Vermeidung arbeiten, sodass in dem Fluency-Shaping-Verfahren nicht nur auf das Sprechverhalten eingegangen wird. Auf diese Weise kann das

Programm zeitgemäß im Sinne der ICF eingesetzt werden.

## Fazit

Das Camperdown-Programm ist ein evidenzbasiertes Therapieverfahren, das eine Möglichkeit der Therapie stotternder Jugendlicher und Erwachsener darstellt. Die Vorgehensweise ist öffentlich zugänglich dokumentiert und die therapeutische Handhabung ist gut erlernbar. Es handelt sich um ein Fluency-Shaping-Verfahren, das aus demselben Haus kommt wie das Lidcombe-Programm zur Behandlung von stotternden Kindern. Da das Camperdown-Programm in der Hauptsache die Sprechweise therapiert, kann es an seine Grenzen stoßen und durch zusätzliche Komponenten wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie oder das Anwenden von Doppelaufgaben erweitert werden.

## LITERATUR

- Andrews, G., Guitar, B. & Howie, P. (1980). Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 14, 287-307
- Baumgartner, S. (2010). Sprechverhaltenstherapie am Beispiel des Camperdown Programms. *Sprachheilarbeit* 6, 301-309
- Boberg, E. (1981). *Maintenance of fluency: proceedings of the Banff conference*, New York
- Bothe, A.K., Davidow, J.H. & Bramlett, R.E. (2006). Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioural, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology* 15 (4), 321-341
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S. & Jones, M. (2010). A randomised controlled non-inferiority trial to telehealth treatment for chronic stuttering: the Camperdown Program. *International Journal of Language and Communication Disorders* 45 (1), 108-120
- Craig, A. & Hancock, K. (1995). Self-reported factors related to the relapse following treatment for stuttering. *Australian Journal of Human Communication Disorders* 23, 48-60
- Ingham, R. (1985). Generalization and maintenance of treatment. In: Curlee, R.F. & Perkins, W.H. (Hrsg.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (447-471). Philadelphia: Taylor & Francis
- Ingham, R., Gow, M. & Costello, J.M. (1985). Stuttering and speech naturalness: some additional data. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 50, 217-219
- Metten, C., Bosshardt, H.-G., Jones, M., Eisenhuth, J., Block, S., Carey, B., O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. & Menzies, R. (2011). Stuttering and

- dual tasking: from the laboratory to the clinic. *Disability and Rehabilitation* 33 (11), 933-44
- Menzies, R., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St. Claire, T. & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive behaviour therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 51, 1451-1464
- O'Brian, S., Cream, A., Onslow, M. & Packman, A. (2001). A replicable, non-programmed, instrument-free method for the control of stuttering with prolonged speech. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing* 6, 91-96
- O'Brian, S., Onslow, M., Cream, A. & Packman, A. (2003). The Camperdown Program: outcomes of a new prolonged-speech treatment model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 46, 933-946
- O'Brian, S., Packman, A. & Onslow, M. (2010). The Camperdown Program. In: Guitar, B. & McCauley, R. (Hrsg.), *Treatment of stuttering* (256-276). Baltimore: Wolters Kluwer
- Onslow, M., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R. & Packman, A. (2008). Defining, identifying and evaluating clinical trials of stuttering treatments: a tutorial for clinicians. *American Journal of Speech-Language Pathology* 17, 401-415
- Onslow, M. & O'Brian, S. (1996). Reliability of clinicians' judgements about prolonged speech targets. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 41, 969-975
- Packman, A., Onslow, M. & Menzies, R. (2000). Novel speech patterns and the treatment of stuttering. *Disability and Rehabilitation* 22, 65-79
- Packman, A., Onslow, M. & Van Doorn, J. (1994). Prolonged speech and modification of stuttering: perceptual, acoustic, and electroglottographic data. *Journal of Speech and Hearing Research* 37, 724-737
- Runyan, C.M., Bell, J.N., & Prosek, R.A. (1990). Speech naturalness ratings of treated stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 55, 434-438
- Zückner, H. (2008). *Intensiv-Modifikation Stottern: Die Modifikation – Komplettpaket*. Neuss: Natke

**DOI dieses Beitrags (www.doi.org)**

10.2443/skv-s-2012-53020120202

**Autorin**

Christine Metten, PhD  
 Fachbereich Gesundheit  
 Hochschule Fresenius  
 Campus Hamburg  
 Alte Rabenstr. 2  
 20148 Hamburg  
 metten@hs-fresenius.de

**SUMMARY: The Camperdown Program – A way to treat stuttering teenagers and adults**

The Camperdown Program is a treatment for stuttering teenagers and adults. It was developed at the Australian Stuttering Research Centre, just like the Lidcombe Program for treating preschool children who stutter. It is an evidence based fluency shaping treatment that can be supplemented by using dual tasking or cognitive behavior therapy. The Camperdown Program consists of four stages: In stage 1 clients try to imitate a speech model by using prolonged speech. They experiment with their stuttering severity and their speech naturalness. Stage 2 includes speech cycles in which the clients practice to speak stutter-free while sounding more and more natural. In stage 3 they work on still existing problems and develop strategies for their everyday life. Finally, clients are ready to go into the maintenance stage 4. The Program can be conducted as a single or group treatment or by using telehealth delivery.

**KEYWORDS:** Stuttering – Fluency Shaping treatment for teenagers and adults – Camperdown Program – dual tasking