

Artikel erschienen in:

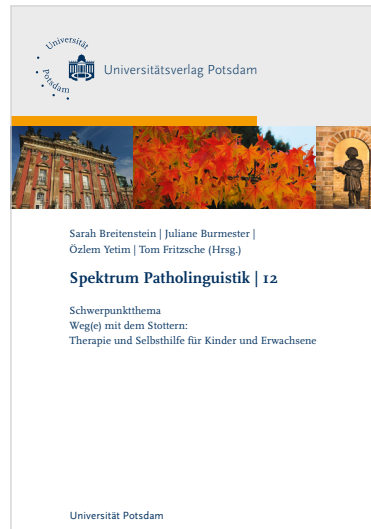
Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.)

Spektrum Patholinguistik Band 12. Schwerpunktthema: Weg(e) mit dem Stottern: Therapie und Selbsthilfe für Kinder und Erwachsene

2020 – viii, 257 S.

ISBN 978-3-86956-479-1

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-43700>



Empfohlene Zitation:

Claudia Iven | Bernd Hansen: Palin Parent-Child Interaction Therapy, In: Sarah Breitenstein, Juliane Burmester, Özlem Yetim, Tom Fritzsche (Hrsg.): Spektrum Patholinguistik 12, Potsdam, Universitätsverlag Potsdam, 2020, S. 1–11.

DOI <https://doi.org/10.25932/publishup-46946>

Soweit nicht anders gekennzeichnet ist dieses Werk unter einem Creative Commons Lizenzvertrag lizenziert: Namensnennung 4.0. Dies gilt nicht für zitierte Inhalte anderer Autoren: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Palin Parent-Child Interaction Therapy: Ein Konzept für stotternde Kinder ab 2;6 Jahren

Claudia Iven¹ & Bernd Hansen²

¹ dbs e. V.

² Europa-Universität Flensburg

1 Grundlegende Informationen zum Konzept

Das Michael Palin Center for Stammering wurde 1993 in London eröffnet. Von Beginn an standen stotternde Kinder ab 2;6 Jahren und ihre Familien im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen des Zentrums. Die zuständigen Fachkräfte bieten mittlerweile Fortbildungen zum Thema Stottern an und haben das vorliegende Konzept im Laufe der letzten Jahre konsequent weiterentwickelt und evaluiert. Im Jahre 2014 wurde die Konzeption durch die Übersetzung des englischsprachigen Manuals von Kelman und Nicholas (2008) durch die AutorInnen dieses Artikels auch dem deutschsprachigen Raum zugänglich. Der „Palin PCI-Ansatz („**Palin Parent-Child Interaction Therapy**“, Kelman & Nicholas 2008, 2014) unterscheidet sich durch einige zentrale Merkmale von anderen Ansätzen der Früh-Intervention bei stotternden und unflüssig sprechenden Kindern“ (Iven & Hansen, 2014b, 141). So ist die Zielgruppe der PCI-Therapie folgendermaßen zu charakterisieren:

- stotternde Kinder ab 2;6 Jahre und jederzeit nach Stotterbeginn
- alle unflüssig sprechenden Kinder, auch die,
 - die sich ihrer Sprechweise (noch) nicht bewusst sind
 - die noch nicht über metalinguistische Fähigkeiten verfügen, um ihr Sprechen aktiv verändern zu können
 - die auf einen bewussten Umgang mit Stottern und auf desensibilisierende Maßnahmen empfindlich reagieren

- die eine verringerte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne, SES, Lernstörungen oder andere Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen.

Das Konzept beinhaltet folgende besondere Orientierungspunkte und Bestandteile:

- eine theoretische Fundierung und Bezugnahme auf ein umfassendes Entstehungsmodell als Ausgangspunkt der Therapie
- die ICF-Orientierung: Es werden sowohl die Körperstrukturen und -funktionen als auch Umfeld- und Aktivitätskomponenten berücksichtigt.
- eine therapeutische Grundhaltung, in der die Eltern als Experten, kooperativ, unterstützend und lösungsorientiert verstanden werden
- die Integration von sowohl indirekten als auch direkten Vorgehensweisen
- ein ausführlicher Diagnoseprozess, der individuell relevante Therapieschwerpunkte ermittelt
- die Fokussierung auf Sprechflüssigkeit, ohne das Stottern zu tabuisieren
- die Verknüpfung von sog. Interaktions-, Familien- und Kind-Strategien, um Sprechflüssigkeit zu fördern, immer basierend auf den individuellen Stärken und Bedürfnissen des Kindes und des Umfeldes
- die Kombination verschiedener methodischer Vorgehensweisen wie z. B. Elternberatung, Video-Feedback, Ressourcen-Wahrnehmung und Extra-Spielzeiten.

2 Theoretische Fundierung und multifaktorielles Modell

Im Rahmen des Konzeptes wird vor dem Hintergrund des multifaktoriellen Ursachenmodells deutlich, das Stottern nur aus komplexen und individuellen Zusammenhängen heraus verstehbar wird. Diese Zusammenhänge sind von Kind zu Kind im Rahmen seines Entwicklungsprozesses unterschiedlich. Ausgangspunkt der Entstehung des Stotterns sind (neuro)physiologische und linguistische Faktoren. Psychologische und Umgebungsfaktoren modellieren dann die hör- und sichtbaren Symptome von Sprechunflüssigkeit und Stottern. Dieses jeweils einzigartig zusammengesetzte Ursachenbündel wird für die Entstehung des Stotterns verantwortlich gemacht. Aus diesem Verständnis heraus ergeben sich zentrale Zielsetzungen der Palin PCI-Therapie:

- Die Sprechflüssigkeit erhöhen bis hin zur Remission.
- Das Stottern des Kindes verringern.
- Den Einfluss des Stotterns auf das Kind verringern.
- Den Einfluss des Stotterns auf die Eltern verringern.
- Das Wissen der Eltern über Sprechflüssigkeit und Stottern vergrößern und ihre Überzeugung stärken, damit umgehen zu können.

3 Lösungsorientierte therapeutische Grundhaltung

Die therapeutische Grundhaltung ist geprägt durch ein kollaborativ ausgerichtetes Menschenbild und als Konsequenz daraus durch die Umsetzung einer systemisch-lösungsorientierten Vorgehensweise. Der Mensch wird als fähig betrachtet, Gefühle und Gedanken zu haben, handlungsfähig zu sein, sich autonom zu entscheiden und über all dies auch mündlich Auskunft zu geben. Dieses als regulative Zielidee zu verstehende Menschenbild prägt die Haltung einer PCI-Therapeutin oder eines PCI-Therapeuten hinsichtlich des Verständ-

nisses der Zusammenarbeit von Eltern, Kind und Fachkräften sowie der Sichtweise hinsichtlich der Bedeutung von Eltern-Kind-Interaktionen. Zusammenfassend lassen sich folgende Prämissen skizzieren:

- Eltern stotternder Kinder sind nicht anders als Eltern flüssig sprechender Kinder.
- **Jedoch: Stottern wirkt sich auf die Eltern und auf die Alltagskommunikation aus.**
- Der elterliche Interaktionsstil kann die Sprechflüssigkeit positiv beeinflussen.
- Interaktionsstile können verändert werden: Kleine Veränderungen können viele andere und größere Veränderungen nach sich ziehen („Mobile-Metapher“).
- Zusammenarbeit heißt, dass die TherapeutInnen die Eltern ermutigen, anregen und unterstützen, und dass sie die Eltern als ExpertInnen betrachten und auf direktistische Ratschläge verzichten („Ratschläge sind auch Schläge“) (vgl. Hansen & Iven, 2016).

Aus dem o. a. Verständnis heraus lässt sich der therapeutische Interaktionsstil im Rahmen der Palin PCI-Therapie durch zwei Prinzipien verdeutlichen:

Prinzip 1 *Fragen, nicht vorschreiben*

z. B.: Wann spricht Ihr Kind flüssiger? Was könnte Ihrem Kind helfen, flüssiger zu sprechen?

Prinzip 2 *Entdecken, nicht zeigen*

z. B.: Eltern auf Videoaufnahmen Sequenzen entdecken lassen, in denen sie sprechflüssigkeitsförderndes Handeln zeigen oder sprechflüssigkeitsfördernde Bedingungen herrschen.

Zuvorderst kommt es darauf an zu ermitteln, was unter Alltagsbedingungen schon gelingt (Was funktioniert?), diese Bedingungen dann zielgerichtet öfter herzustellen (Mach mehr davon!) und unter Um-

ständen gemeinsam nach Handlungsalternativen zu suchen (Wenn etwas nicht funktioniert, mach etwas anderes!).

4 Diagnostisches Vorgehen: Screening und umfassende Diagnostik

Am Beginn des diagnostischen Prozesses steht die Ermittlung des individuellen Chronifizierungsrisikos unter Verwendung eines Screeningverfahrens. Hinweise auf ein solches Chronifizierungsrisiko (Warnzeichen) ergeben sich aus folgenden Faktoren:

- Verschlechterung der Symptomatik (qualitativ, quantitativ)
- Dauer der Symptomatik (seit mehr als einem Jahr)
- chronisch stotternde enge Verwandte
- Problemwahrnehmung des Kindes, seine Besorgnis bezüglich Sprechen oder Stottern
- Problemwahrnehmung und Besorgnis der Eltern
- Sprachentwicklungsprobleme, unausbalancierte Entwicklungsverläufe oder für das Alter sehr fortgeschrittene Sprachentwicklung (vgl. Iven & Hansen, 2014a, 20).

Die unflüssig sprechenden Kinder werden in ein umfassendes Diagnoseprogramm aufgenommen, wenn eins oder mehrere der o. a. Warnzeichen vorliegen (s. Tabelle 1). In diesem Fall werden Informationen im Rahmen von zwei diagnostischen Sitzungen (jeweils ca. 1,5 Std.) zu folgenden Bereichen erhoben:

- *Sprach- und Kommunikationskompetenz des Kindes:* Sprach-, Sprech- und Kommunikationsentwicklung, Einschätzung der beobachtbaren Sprechunflüssigkeiten, Erfassung der Perspektive des Kindes zu seinen Sprechfähigkeiten und seiner Belastung durch auftretende Unflüssigkeiten
- *Eltern-Kind-Interaktion:* Kurze Videoaufnahme jedes Eltern-teils im Spiel mit dem Kind, Analyse der Interaktionsstruktur

und der sprechflüssigkeitsfördernden Angebote des Eltern-
teils

- *Elterngespräch und Anamnese*: Erfassung der im Einzelfall relevanten Risikofaktoren und Entwicklungsbedingungen, des elterlichen Besorgnisgrades, der Therapieziele (Iven & Hansen, 2014c, 4).

Tabelle 1

Das Palin PCI Diagnosekonzept: Von der Diagnose zur Therapieplanung
(Iven & Hansen, 2014a, 20)

Erste Diagnose- sitzung	Nach der ersten Diagnosesitzung	Zweite Diagnose- sitzung
<ul style="list-style-type: none"> • PCI-Video: Interaktionssituation Eltern und Kind • Untersuchung Analyse von <ul style="list-style-type: none"> – Sozialkompetenz – Sprachentwicklung – Sprechfähigkeiten – Sprech(un)-flüssigkeit und Stottern – Perspektive des Kindes bzgl. Stottern 	<ul style="list-style-type: none"> • Transkript der Spontansprache des Kindes • Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse • Einschätzung der Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • Elterngespräch/ Anamnese • Zusammenfassung der Risikofaktoren • Mitteilung der Untersuchungsergebnisse und Therapieempfehlung • Formulierung der individuellen Therapieziele • Ableitung der für diese Familie relevanten Strategien

5 Therapeutisches Vorgehen: Gesamttablauf

Ziel des Vorgehens der Palin PCI-Therapie ist es, „in einer unterstützenden Umgebung die Fähigkeiten des Kindes für Sprechflüssigkeit zu entwickeln“ (Iven & Hansen, 2014a, 21). Drei Säulen bilden hierzu den Kern des therapeutischen Prozesses. In den ersten sechs Therapieeinheiten, die einmal pro Woche durchgeführt werden, stehen die sog. Interaktions- und Familienstrategien im Zentrum:

Interaktions-Strategien:

Mit Hilfe von Videoanalysen erkennen die Eltern ihre Kompetenzen zur Sprechflüssigkeits-Unterstützung. Sie werden dadurch in die Lage versetzt, bewusste Interaktionsstile zu entwickeln, die dem stotternden Kind ermöglichen, flüssiger sprechen zu können. Gleichzeitig werden grundlegende kommunikative Kompetenzen ausgebaut. Durch die Etablierung sog. „Extra-Spielzeiten“ im häuslichen Umfeld wird den Eltern bewusst gemacht, was bereits funktioniert. „Extra-Spielzeiten“ sind vorab geplante Interaktionszeiten von Eltern(teil) und Kind mit festgelegter Zielsetzung. Die in der Therapie ausgewählten Interaktionsstrategien, z.B. die Komplexität der an das Kind gestellten Fragen zu überdenken oder der Führung des Kindes im Spiel zu folgen, werden in fünfminütigen zu Hause durchgeführten spielerischen Einheiten umgesetzt. Zu bedenken ist, dass die Interaktionsstrategien von den Eltern anhand der therapeutisch angeleiteten Videoanalysen selbst ausgewählt werden, die Eltern durch Videofeedback unterstützt werden und dass Strategien im Mittelpunkt stehen, die die Eltern im Alltag und auf den Videos bereits erkennen und schon beherrschen.

Familien-Strategien:

Die Auswertung der aus dem diagnostischen Prozess gewonnenen Informationen verschafft den Eltern die Möglichkeit, Einflussfaktoren, die sich auf die Sprechflüssigkeit des Kindes im Alltagsleben auswirken, zu identifizieren. Familien-Strategien dienen z. B. zur Unterstützung sprechflüssigkeitsfördernder Alltagsroutinen. Relevante Themen können u. a. sein: Stottern und Mehrsprachigkeit, offener Umgang mit dem Stottern und Turn-taking in der Familie.

Die beiden o. g. Strategien werden im Rahmen einer sechswöchigen Erarbeitungsphase therapeutisch intensiv aufgearbeitet. Nach den sechs Wochen erfolgt eine sechswöchige Festigungsphase, in der die Familien die vorher ausgewählten Zielbereiche weiter umsetzen (s. Tabelle 2). In dieser Zeit stehen die TherapeutInnen für telefonische Rückmeldungen und Beratungen zur Verfügung. Ergibt

sich aus der sich dann anschließenden Evaluation weiterer Bedarf, ist es möglich, auch sog. Kind-Strategien zu berücksichtigen.

Kind-Strategien:

Diese sogenannten Kind-Strategien beziehen sich auf zentrale Parameter des flüssigen Sprechens im Sinne von Strategien zur Sprechmodifikation, wie z. B. die Erarbeitung weicher Stimmeinsätze („Flugzeugsprache“), die graduelle Reduktion des Sprechtempos („Schildkrötensprache“) und der Einsatz von Pausen am Äußerungsbeginn („Bussprache“).

Tabelle 2

Palin PCI-Therapiephasen (Iven & Hansen, 2014a, 21)

Erarbeitung: 6 Sitzungen, jeweils 1 pro Woche; Einführung von Extra-Spielzeiten zu Hause, Besprechung und Anwendung von Interaktions- und Familienstrategien

Festigung: sechswöchige Phase der Anwendung im Alltag; Interaktions- und Familien-Strategien werden zu Hause weiter angewandt, wöchentliche Rückkopplung mit der Therapeutin oder dem Therapeuten per Telefon und mit Arbeitsblättern

Evaluation: Elterngespräch mit Einschätzung der erzielten Veränderungen und des weiteren Therapiebedarfs

ggf. zusätzliches Angebot von **Kind-Strategien**

Nachsorge: Elterngespräche und erneute Beurteilung nach 3, 6 und 12 Monaten, jeweils mit aktualisierten Therapieentscheidungen

6 Einordnung und Diskussion

Die Palin PCI-Therapie betont, dass das Stottern nur aus einzigartigen bio-psycho-sozialen Verknüpfungen heraus zu verstehen ist. Darauf beruht auch die Beurteilung, dass es sich bei diesem Ansatz um ein ICF-kompatibles Vorgehen handelt: Individuelle Personen- und Kontextfaktoren werden in Diagnose, Therapie und Beratung systematisch einbezogen, und die Therapie zielt konsequent teil-

habeorientiert auf die Unterstützung sprechflüssigkeitsfördernder Bedingungen im Alltag (Hansen, Iven & Rapp, 2014).

Im Rahmen der Leitlinie zu Redeflussstörungen (Neumann et al., 2017) wird der hier beschriebene Ansatz unter den indirekten Methoden empfohlen (S. 121): „Indirekte Methoden sollten bei Kindern im Alter von 3–6 Jahren eingesetzt werden“ (Neumann et al., 2017, 122). Durch gelassene Reaktionen auf das Stottern, die Verlangsamung elterlicher Sprechvorbilder und beispielsweise die linguistische Vereinfachung der an das Kind gerichteten Sprache sollen mit Hilfe der Kollaboration mit den Eltern Bedingungen hergestellt werden, die die Sprechflüssigkeit des Kindes erweitern (Neumann, 2017, 122).

Der Einordnung des Ansatzes unter die indirekten Methoden (Neumann, 2017, 121) kann allerdings nur eingeschränkt zugestimmt werden, da das Palin PCI-Konzept durchaus direkte Strategien, d. h. auch direkte Arbeit mit dem Kind, wenn notwendig, einbezieht. Der Aussage im Rahmen der Empfehlungen der Leitlinie, dass indirekte Methoden bei Kindern im Alter von 3–6 eingesetzt werden sollten, kann allerdings durchaus zugestimmt werden (Neumann et al., 2017, 122). Die Wirksamkeit des hier beschriebenen Ansatzes wurde in mehreren randomisierten Kontrollgruppenstudien belegt und erfüllt unter Berücksichtigung der klinischen Expertise der forschenden SprachtherapeutInnen die Anforderungen an „praxis-basierte Evidenz“ (Millard, Edwards & Cook, 2009; Millard, Nicholas & Cook, 2008; Onslow & Millard, 2012). Die ausgeprägte Strukturierung und Systematisierung des Ansatzes, die ein standardisiertes und trotzdem klientenangepasstes Vorgehen ermöglichen, lässt eine Einzelfallorientierung und eine Kombinierbarkeit mit anderen Ansätzen zur Stottertherapie mit Kindern jederzeit zu. Die Aussage der Leitlinie, dass diese Form der Therapie in ihrer manualgestützten Form im deutschsprachigen Raum bisher wenig verbreitet ist (Neumann et al., 2017, 121), schmälert ihren Wert für den therapeutischen Alltag keineswegs. Vielmehr ergibt sich daraus die Forderung, wie bei den Konzepten der Non-Avoidance-Therapie und beispielsweise des Lidcombe-Programms, das Palin PCI-Konzept in die deutschsprachige ‚Sprachtherapielandschaft‘ zunehmend hineinzutragen.

7 Literatur

- Hansen, B. & Iven, C. (2016). Palin PCI für stotternde Vorschulkinder. *Sprachtherapie aktuell* 3(1). e2016-07; doi: 10.14620/stadbs160907.
- Hansen, B., Iven, C. & Rapp, M. (2014). ICF in der Therapie von Redeflussstörungen. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.), *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (2. Auflage, S. 235–248), Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Milton Keynes: Speechmark Publishing Ltd.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2014). *Der Palin PCI-Ansatz. Eine Konzeption zur Therapie frühkindlichen Stotterns*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Iven, C. & Hansen, B. (2014a). Palin Parent Child Interaction Therapy: Ein Konzept für stotternde Kinder und ihre Eltern. *Forum Logopädie*, 28(2), 18–23.
- Iven, C. & Hansen, B. (2014b). Der Palin PCI-Ansatz. Therapie für stotternde Kinder ab 2;6 Jahren. *Logos*, 22, 145–149.
- Iven, C. & Hansen, B. (2014c). Palin Parent Child Interaction: Therapie mit kleinen stotternden Kindern und ihren Eltern. *Sprachtherapie aktuell*, 1, e2014-06. doi:10.14620/stadbs140906
- Millard, S. K., Edwards, S., & Cook, F. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61–76.
- Millard, S. K., Nicholas A., & Cook F. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 636–650.
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H.-G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2017). *Stottern und Poltern: Entstehung, Diagnose, Behandlung. Die Leitlinie zu Redeflussstörungen*. Frankfurt/M.: Peter Lang Verlag.

Onslow, M., & Millard, S.K. (2012). Palin Parent Child Interaction Therapy and the Lidcombe Program: Clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders, 37*, 1–8.

Kontakt

Dr. Claudia Iven
iven@dbs-ev.de

Dr. Bernd Hansen
bernd-hansen@uni-flensburg.de