

## Palin Parent Child Interaction: Therapie mit kleinen stotternden Kindern und ihren Eltern<sup>1</sup>

Claudia Iven, Bernd Hansen

### Zusammenfassung:

Das Palin PCI-Konzept (Kelman & Nicholas 2014) ist ein im deutschsprachigen Raum weitgehend unbekannter evidenzbasierter Ansatz für stotternde Kinder (2;6 - 7 J.). Er unterstützt sprechflüssigkeitsfördernde Bedingungen im Alltag, ist teilhabeorientiert und ICF-kompatibel.

Die multifaktorielle Betrachtung des Stotterns leitet über zur ausführlichen Erfassung der individuell bedeutsamen Faktoren. Mit den Eltern werden konkrete Schritte erarbeitet, wie sie die Sprechflüssigkeit im Alltag unterstützen können.

### Schlüsselwörter:

Palin PCI Ansatz - Stottern – Frühintervention – Interaktions-Strategien - Extra-Spielzeit - Evidenzbasierung

### Zitation:

Iven, C. & Hansen, B. (2014) Palin Parent Child Interaction: Therapie mit kleinen stotternden Kindern und ihren Eltern. Sprachtherapie aktuell: Schwerpunktthema Unterstützte Kommunikation = Sprachtherapie?! 1: e2014-06; doi: 10.14620/stadbs140906

## 1. Einleitung

Am Londoner Michael Palin Centre for Stammering wurde in den letzten Jahren ein Therapiekonzept für sehr junge unflüssig sprechende Kinder konzipiert, das es wert ist, auch in Deutschland auf einer breiteren Basis wahrgenommen zu werden. 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:

**Theoretische Fundierung:** Der Ansatz bezieht aktuelle Forschungsergebnisse über die Entstehung und Entwicklung des Stotterns ein, formuliert ein multifaktorielles Modell und leitet davon ein ICF-kompatibles, an den individuellen Klientenzielen und -bedürfnissen orientiertes Therapiekonzept ab.

**Junge Zielgruppe:** Die Therapie ist für unflüssig sprechende Kinder im Alter von 2;6 bis 7 Jahren geeignet.

**Elterneinbezug:** Die Eltern mit ihren Kompetenzen, ihrem Alltagswissen und ihrer Motivation werden als bedeutender Veränderungsfaktor intensiv in das lösungs- und ressourcenorientierte Konzept der Therapie eingebunden.

**Fokus Sprechflüssigkeit:** Es wird auf allen Ebenen daran gearbeitet, dass die Kommunikationsumgebung für das Kind so sprechflüssigkeitsfördernd wie möglich ist.

**Strukturiertheit:** Das Manual zum Palin PCI-Ansatz beschreibt die genauen Praxisschritte der Diagnose und Therapie, leitet durch die einzelnen therapeutischen Sitzungen und beschreibt, wie man den Ansatz auch unter erschwerten Bedingungen umsetzen kann.

**Individualität:** Alle Therapieschritte werden an die Lebenswirklichkeit und Bedürfnisse des Kindes und seiner Eltern angepasst, um konkret im Alltag umsetzbar zu sein.

<sup>1</sup> Erweiterte Fassung der Erstveröffentlichung:

Iven, C. & Hansen, B. (2014b): Der Palin PCI-Ansatz. Therapie für stotternde Kinder ab 2;6 Jahren. Logos. Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie (22), 145-149

**Dauer und Evidenzbasierung:** In der Regel genügen bei sehr jungen Kindern die im Manual beschriebenen sechs Therapiesitzungen plus eine sechswöchige Festigungsphase und die Verlaufskontrolle, um einen deutlichen Zuwachs an Sprechflüssigkeit zu erreichen. Mehrere Studien zu den Therapieeffekten und zur Evidenz belegen die Erfolge dieses Konzepts. Dieser Beitrag bietet einen Überblick über die Grundlagen, Strukturen und Vorgehensweisen der Arbeit nach dem Palin PCI-Ansatz.

## 2. Theoretische Fundierung

Die Autorinnen des Konzepts betrachten Stottern als heterogenes und auf jeweils individuellen Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen beruhendes Phänomen. Folgerichtig und ganz im Sinne der ICF (DIMDI 2005) geht es im Palin PCI-Ansatz darum, die Struktur-, Funktions-, Person- und Umgebungsfaktoren zu erfassen, die zur Entstehung und Ausprägung der aktuell beobachtbaren Sprechunflüssigkeiten beigetragen haben (vgl. hierzu auch Hansen, Iven & Rapp 2014, Iven & Hansen 2014a). Mit Hilfe eines multifaktoriellen Modells (Kelman & Nicholas 2014, 16) werden die aktuelle Forschungslage und die klinische Expertise des Palin-Therapeutenteams zusammengeführt.

An Strukturfaktoren werden z. B. die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu genetischen Prädispositionen, neurophysiologischen Komponenten und sprechmotorischen Voraussetzungen einbezogen. Auf der Funktionsebene rücken vor allem die Einflüsse des individuellen Spracherwerbs (z.B. Semantik, Phonologie), oder die im Einzelfall möglicherweise relevanten Bedingungen von Mehrsprachigkeit in den Fokus der Betrachtung. Die individuell ausgeprägten Struktur- und Funktionsfaktoren werden als jeweils einzigartig zusammengesetztes 'Ursachenbündel' für die Entstehung des Stotterns verstanden. „Ihre Interaktion mit psychologischen und Umgebungsfaktoren hat entscheidenden Einfluss auf die Schwere der Störung, ihre Chronifizierung und die Auswirkungen auf das Kind und seine Familie. Jedes Kind weist eine individuelle Kombination der Faktoren auf, die zu seinem Risiko zu stottern und zur Prognose beitragen“ (Kelman & Nicholas 2014, 15).

Das Palin PCI-Konzept bietet einen strukturierten Rahmen für eine begründete Differentialdiagnose: Aus der Zusammenstellung aktueller Studienergebnisse dazu, bei welchen Ausgangslagen eher mit einer Chronifizierung oder eher mit einer sogenannten Spontanremission zu rechnen ist (a.a.O., 23 ff), werden sinnvolle Entscheidungen über notwendige diagnostische Schritte und therapeutische Versorgungswege begründet. Ein definiertes Ziel der Palin PCI-Therapie ist es, herauszufinden, "welche Kinder ein Chronifizierungsrisiko haben und diesen Kindern die effektivste Intervention mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis anzubieten" (a.a.O., 37).

„Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nichts bei allen wirkt - nicht Penizillin, nicht Aspirin, nicht Wirbelsäulenchirurgie -, zeigen die Autorinnen eine schlüssige Abfolge von Schritten von der Diagnose bis zur Behandlung auf, ohne in die 'Eine Therapie für alle'-Falle zu tappen, die in der Therapie des Stotterns für Kinder so oft zu finden ist.“  
(Edward C. Conture, Vorwort zum Palin PCI-Manual, Kelman & Nicholas 2014, 9)

Methodisch beruht das Konzept auf einem systemisch-lösungsorientierten Ansatz, der aus der Familientherapie entwickelt und für die Intervention mit Eltern stotternder Kinder angepasst wurde. Die Autorinnen beschreiben eine praxiserprobte Kombination von indirekten (Interaktions- und Familien-Strategien) und direkten Strategien (Kind-Strategien, Sprechmodifikation, Kommunikationsfähigkeiten).

## 3. Zielgruppe

Der Palin PCI-Ansatz richtet sich an Eltern unflüssig sprechender und stotternder Kinder im Alter von 2;6 bis 7 Jahren. Bei dieser jungen Zielgruppe scheint es günstig, dass die Kinder noch nicht auf ihr Sprechproblem aufmerksam sein müssen und therapeutisch nicht mit

Maßnahmen der Identifikation oder Desensibilisierung gearbeitet werden muss. Durch die hohe Flexibilität der therapeutischen Schritte und Veränderungsschwerpunkte ist das Arbeiten nach dem Palin PCI-Ansatz auch möglich für unflüssig sprechende Kinder, „...die

- sich ihrer auffälligen Sprechweise (noch) nicht bewusst sind
- noch nicht über metalinguistische Fähigkeiten verfügen, um ihr Sprechen aktiv verändern zu können
- auf einen bewussten Umgang mit Stottern und auf desensibilisierende Maßnahmen empfindlich reagieren
- eine verringerte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne haben
- Sprachentwicklungsprobleme, Lernstörungen oder andere Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen.“ (Iven & Hansen 2014a, 20)

#### 4. Elterneinbezug

Als ressourcen- und lösungsorientiertes Konzept setzt der Palin PCI-Ansatz auf die intensive Einbindung, Beratung und Unterstützung der Eltern. „Elternberatung im Kontext der Sprachtherapie ist grundsätzlich als ein zielgerichteter Prozess zu verstehen: Die Eltern werden darin unterstützt, ihre eigenen Ressourcen zu entdecken, zu erweitern und einzusetzen, um Probleme und Aufgaben zu bewältigen, die mit der kindlichen Sprach- oder Redeflussstörung verbunden sind“ (Unger & Berg 2013, 19).

Der Therapieprozess versteht sich dabei als gemeinsame, kooperative Erkundung dessen, was zur Unterstützung von Sprechflüssigkeit im Alltag bereits gelingt (‘Was funktioniert?’), als systematischer Ausbau dieser Kompetenzen (‘Mehr davon.’) und als Beratung im Hinblick auf alternative Handlungsoptionen (‘Was funktioniert nicht gut? Mach etwas ander(e)s.’) (vgl. Hansen & Iven 2002). Um die bestmöglichen Bedingungen für die Sprechflüssigkeit des Kindes herzustellen, werden diejenigen Interaktions-, Familien- und Kind-Strategien miteinander verknüpft, die sich aus der Diagnostik der individuellen Stärken und Bedürfnisse des Kindes ergeben haben.

Die Autorinnen des Palin PCI-Konzepts führen aus, dass sich die Eltern stotternder Kinder in ihren Persönlichkeitsstrukturen und Erziehungshaltungen nicht grundsätzlich von Eltern flüssig sprechender Kinder unterscheiden. Sie werden also keinesfalls als Ursachenfaktor für das Stottern betrachtet. Allerdings konstatieren die Autorinnen zu Recht, dass sich die Eltern-Kind-Interaktion massiv verändern kann, *wenn* Sprechunflüssigkeiten und Stottern auftreten: Die elterliche Besorgnis, ihre Angst, ihre kommunikative Unsicherheit oder ihr Stress können sich eher hinderlich auf die Überwindung der Sprechunflüssigkeiten auswirken (Kelman & Nicholas 2014, 20f.). Das Stottern des Kindes wirkt also auf die Eltern und auf die Alltagskommunikation ein. Es gilt aber auch umgekehrt, dass der elterliche Interaktionsstil die Sprechflüssigkeit positiv beeinflussen kann und dass Eltern ihre Interaktionsangebote aktiv und zielgerichtet verändern können.

Der Palin PCI-Ansatz bezieht möglichst beide Eltern ein und setzt auf die elterlichen Kompetenzen zur Ressourcen-Wahrnehmung, Kooperation und Problemlösung. Methodisch getragen wird das Vorgehen von intensiven Video-Feedbacks, bei denen den Eltern mit spezifischen Fragetechniken dabei geholfen wird zu erkennen, wann sie die Sprechflüssigkeit ihres Kindes bereits gut unterstützen.

#### 5. Fokus Sprechflüssigkeit

Offensichtlich muss es in einer Therapie des Stotterns immer darum gehen, die Symptomatik selbst zu verringern, ebenso wie deren Einflüsse auf die Betroffenen und ihre Kommunikationspartner. Die Palin PCI-Therapie fokussiert aber nicht auf die Symptommenge, die abgebaut werden soll, oder auf einen zu verringernden ‘Schweregrad’ des Stotterns, wie immer der definiert werden könnte (zur Kritik an den Versuchen, Stottern

quantifizieren zu wollen, vgl. Hansen & Iven 2010). Die Ziele der PCI-Therapie umfassen lösungs- und sprechflüssigkeitsorientierte Aspekte:

- Das Wissen der Eltern über Stottern und Sprechflüssigkeit vergrößern und ihre Überzeugung stärken, dass sie damit umgehen können;
- die als individuell relevant erkannten Faktoren (physiologisch, linguistisch, umgebungsbedingt, psychologisch) für Sprechflüssigkeit gezielt stärken;
- herausfinden, wann sprechflüssigkeitsfördernde Bedingungen herrschen und was das Kind braucht, um flüssig(er) zu sprechen.

Die Palin PCI-Faustregel lautet: „Das Kind muss sich selbst genug Zeit lassen können für die Sprechplanung und -ausführung, mit einem Tempo und Niveau, die seine Sprechflüssigkeit unterstützen werden“ (Kelman & Nicholas 2014, 106).

## 6. Strukturiertheit

Trotz seiner großen Flexibilität und individuellen Anpassung zeichnet sich der Palin PCI-Ansatz durch eine klare Struktur aus, die alle konkreten Schritte und notwendigen Materialien der Diagnose, Beratung und Therapie beinhaltet.

### 6.1 Struktur des Diagnoseprozesses

Zunächst wird ein Screeningverfahren durchgeführt, mit dem im Rahmen eines Elterngesprächs ermittelt wird, ob bei dem unflüssig sprechenden Kind überhaupt Risikofaktoren für eine Chronifizierung bestehen (sogenannte „Warnlocken“, Kelman & Nicholas 2014, 38).

Hinweise auf das individuelle Chronifizierungsrisiko 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)

Wenn eins oder mehrere dieser Warnzeichen vorliegen, wird das Kind in das umfassende Diagnose-Programm aufgenommen. In zwei diagnostischen Sitzungen von jeweils ca. 1,5 Stunden werden Informationen zu folgenden Bereichen erhoben:

- *Untersuchung des Kindes* mit standardisierten und informellen Verfahren sowie mit speziell entwickelten Fragebögen: 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 Elternteils im Spiel mit dem Kind, Analyse der Interaktionsstruktur und der sprechflüssigkeitsfördernden Angebote des Elternteils;
- *Elterngespräch und Anamnese*: Erfassung der im Einzelfall relevanten Risikofaktoren und Entwicklungsbedingungen, des elterlichen Besorgnisgrades, der Therapieziele (Kelman & Nicholas 2014, 44 ff).

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

**Tabelle 1** - Das Palin PCI Diagnosekonzept: Von der Diagnose zur Therapieplanung (aus Iven/Hansen 2014a, 20)

## 6.2 Struktur der Therapie

In der Diagnosephase kristallisieren sich die für die jeweilige Familie wichtigen therapeutischen Veränderungsschwerpunkte heraus, mit deren Hilfe es den Eltern gelingen kann, die Kommunikationsbedingungen für flüssiges Sprechen zu optimieren. Im Kern geht es darum, in kurzen, geplanten Eltern-Kind-Interaktionszeiten („Extra-Spielzeiten“) einen anderen kommunikativen Stil einzuüben, der dem Kind mehr Sprechflüssigkeit ermöglicht.

Merkmale der „Extra-Spielzeiten“ (Kelman & Nicholas 2014, 86 ff)

- fest eingeplante fünfminütige Interaktionszeiten von Elternteil und Kind mit eindeutiger Zielsetzung
- pro Elternteil drei bis fünf Extra-Spielzeiten pro Woche, je nachdem, was im Alltag umsetzbar ist
- Verfolgung von Interaktionszielen, z. B.: eigene Sprechgeschwindigkeit verringern; dem Kind Zeit geben, um eine Äußerung zu beginnen/zu beenden; eigene Sprachkomplexität an die Fähigkeiten des Kindes anpassen; im Spiel der Führung des Kindes folgen; Blickkontakt verbessern
- strukturierte Rückmeldung an die Therapeutin mit Hilfe eines Feedback-Bogens

Die Interaktionsziele für die Extra-Spielzeiten werden von den Eltern selbst ausgewählt, nachdem sie im Video die Hilfestellungen erkannt haben, mit denen sie ihr Kind bereits wirkungsvoll unterstützen. Sie werden also dazu angeregt, von dem, was sie unbewusst schon hilfreich einsetzen, gezielt mehr anzuwenden.

Die Therapie findet in sechs Eltern-Kind-Sitzungen statt, die einmal wöchentlich durchgeführt werden. Nach diesen sechs Wochen schließt sich eine sechswöchige Festigungsphase an, in der die Eltern die Extra-Spielzeiten weiter umsetzen, aber nur telefonische Therapiekontakte stattfinden. Im Anschluss erfolgt eine Evaluationssitzung mit Eltern und Kind, in der die erreichten Fortschritte ermittelt und eventuell erforderliche weitere Therapiemaßnahmen geplant werden (vgl. Kelman & Nicholas 2014, 85 ff, Iven & Hansen 2014a, 21f.). Wenn nötig, schließen sich an die Phase der Interaktions- und Familienstrategien noch weitere Sitzungen zur direkten Einflussnahme auf das Sprechmuster an: Mit den sogenannten „Kind-Strategien“ (Kelman & Nicholas 2014, 149 ff) werden klassische Therapieangebote zur Sprechveränderung möglich.



**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 Familienstrategien werden zu Hause weiter angewandt, wöchentliche Rückkopplung mit der Therapeutin 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 drei, sechs und 12 Monaten, jeweils mit aktualisierten Therapieentscheidungen

**Tabelle 2 - Palin PCI-Therapiephasen (aus Iven & Hansen 2014a, 21)**

Für die Therapieplanung sind folgende Grundsatzfragen handlungsleitend:

- *Was braucht dieses Kind (Sprechstrategien, Kommunikationsfähigkeiten, Desensibilisierung, Unterstützung durch die Umgebung)?*
- *Ist das Kind zum jetzigen Zeitpunkt bereit für direkte Therapieangebote (Entwicklung, Motivation, Selbstwahrnehmung, Bewusstseinsfähigkeit und -willigkeit)?*
- *Wenn nein, ist ein indirekter Ansatz passender?*
- *Wenn ja, wann und wie integrieren wir direkte Therapie?*

## 7. Individualität

Der Palin PCI-Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er nichts vorschreibt, sondern dem Klientensystem Raum lässt: Stottern ist heterogen, deshalb muss die Therapie individuell zugeschnitten werden – diesem Grundsatz folgt das Konzept sehr konsequent. Das Manual gibt den Therapeutinnen viele praxisnahe Hinweise, wie sie im Elterngespräch die systemisch-lösungsorientierte Grundhaltung umsetzen können, mit deren Hilfe die Eltern in die Lage versetzt werden, ihre eigenen Fähigkeiten und Problemlösungs-Ressourcen zu entdecken. Umfangreiche Beispiele mit konkreten Fragen, Gesprächsführungs-Leitfäden und dem Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen machen nachvollziehbar, wie ein PCI-Elterngespräch geführt werden kann.

### Beispiele für lösungsorientierte Fragen nach dem gemeinsamen Anschauen des Interaktionsvideos:

- *„Wie typisch ist das, was wir auf dem Video sehen?“*

Diese Frage ermöglicht den Eltern mitzuteilen, ob sie sich bei der Aufnahme eventuell unwohl gefühlt haben. Wenn Eltern sagen, dass die Aufnahme nicht sehr repräsentativ war, bittet die Therapeutin sie, zu schildern, was normalerweise stattdessen passiert.

- *„Was tun Sie, um Ihrem Kind zu helfen, flüssiger zu sprechen?“*

Diese Frage erinnert die Eltern daran, was sie als hilfreich beschrieben haben, z. B. *„Ich lasse ihn ausreden“*, *„Ich versuche ruhig zu bleiben, damit er nicht hibbelig wird“*

Die Therapeutin fragt, wann das hilfreiche Verhalten auf dem Video zu sehen war:

*„Haben Sie bemerkt, wann Sie ihn haben ausreden lassen? Wie haben Sie das gemacht?“*

*„Haben Sie ihm manchmal geholfen, ruhig zu bleiben?“*

*„Haben Sie Momente bemerkt, in denen Sie ihm geholfen haben, sich Zeit zu lassen?“*

Für Eltern ist es oft ungewohnt, über die Dinge zu sprechen, die schon funktionieren, und sie gehen schnell dazu über, negative Beobachtungen zu kommentieren. In diesem Fall leitet die Therapeutin sie konsequent zurück zu den positiven Aspekten ihrer Interaktion. Dazu schließt sie an die negativen Beobachtungen der Eltern an und kehrt sie mit ihren Nachfragen um, z. B.:

Elternteil: *„Ich stelle zu viele Fragen.“*

Therapeutin: „Wir stellen alle manchmal Fragen, besonders, wenn wir ein Kind zum Sprechen bringen wollen. Haben Sie bemerkt, wann Sie etwas gesagt haben, das keine Frage war? [falls nötig, einen passenden Ausschnitt erneut zeigen] Was haben Sie getan, anstatt eine Frage zu stellen?“

- „Was davon hilft?“

Die Eltern werden angeregt, darüber nachzudenken, wie diese bestimmte Strategie die Sprechflüssigkeit ihres Kindes fördern könnte, z. B.:

„Sie haben bemerkt, wie Sie Ihrem Kind helfen, sich Zeit zu lassen, indem Sie selbst sehr entspannt gesprochen haben. Inwiefern hilft das seiner Sprechflüssigkeit?“

- „Wovon könnten Sie mehr tun?“

Aus dieser Diskussion leitet sich für jeden Elternteil die eine Strategie ab, an der er/sie in den Extra-Spielzeiten arbeiten möchten. Jeder Elternteil entscheidet sich für ein eigenes Handlungsziel und es wird ausführlich besprochen, wie es umgesetzt werden kann. (vgl. Kelman & Nicholas 2014, 90/91)

Neben den Interaktionsstrategien kommen auch individuell relevante Familienstrategien zum Einsatz, mit denen die kommunikative Umgebung des Kindes so verändert werden kann, dass möglichst sprechflüssigkeitsfördernde Bedingungen bestehen. Familienstrategien können sich z. B. auf den offenen Umgang mit den Sprechunflüssigkeiten beziehen (Enttabuisierung), auf das Turn taking in Familien mit Geschwisterkindern, auf Erziehungsfragen oder Alltagsroutinen (Kelman & Nicholas 2014, 115 ff).

Grundsätzlich bedeutet Individualisierung bei den Interaktions- und Familienstrategien, dass

- die in der Diagnose erkannten Bedingungen des einzelnen Kindes therapieleitend sind
- die Ziele und Umsetzungswege von den Eltern selbst ausgewählt werden
- das Video-Feedback die Eltern unterstützt, individuell hilfreiche Kommunikationsstrategien wahrzunehmen (Kompetenzgefühl)
- eine Anpassung an nicht-optimale Bedingungen möglich ist (z. B. zeitlicher Rahmen der Eltern, Sprachbarrieren, alleinerziehende Eltern, Therapie in Einrichtungen).

## 8. Dauer und Evidenzbasierung

Die Effektivität der Palin PCI-Therapie wurde und wird mit einer Reihe von Studien überprüft.

Im Michael Palin Centre wurden mehrere kontrollierte multiple Einzelfallstudien durchgeführt (Millard, Nicholas & Cook 2008; Millard, Edwards & Cook 2009, Nicholas 2004; vgl. dazu auch Onslow & Millard 2012, Kelman & Nicholas 2014). Als Beispiel sei hier die Langzeitstudie von Millard et al. (2008) herausgegriffen: Hier waren 12 Kinder im Alter zwischen 3;0 und 4;11 Jahren beteiligt, deren Stotterbeginn bereits 12 Monate zurücklag, um Einflüsse der Spontanremission möglichst ausschließen zu können. Die Kinder wurden in einer sechswöchigen Baselinephase ohne Therapie beobachtet und erhielten dann sechs Palin PCI-Therapiesitzungen, denen die sechswöchige häusliche Festigungsphase folgte. Anschließend wurden die Kinder ein Jahr lang nachverfolgt, um Langzeiteffekte beobachten zu können. 10 der 12 Kinder hatten ihr Stottern nach der indirekten Phase der Palin PCI-Therapie (interaktions- und Familienstrategien) signifikant reduziert, was auch über den Zeitraum der Follow-Up-Untersuchungen anhielt. Ein Kind zeigte nur im Kontakt mit einem Elternteil verringerte Symptome, ein weiteres zeigte Fortschritte erst, nachdem es zusätzliche direkte Therapiebausteine angeboten bekommen hatte (Millard et al. 2008). Bei den meisten Kindern reichte also die 12-wöchige indirekte Therapie mit Interaktions- und Familienstrategien aus. Ähnliche Effekte zeigen sich auch in anderen Studien zu indirekten, familienzentrierten Therapieformen, z. B. bei Jones et al. (2005) und Yaruss, Coleman & Hammer (2006).

## 9. Fazit

Die Palin PCI-Therapie betrachtet Stottern als jeweils einzigartiges bio-psycho-soziales Phänomen. Das Konzept verfolgte damit schon lange, bevor die ICF formuliert war, einen ICF-kompatiblen Ansatz: Individuelle Person- und Kontextfaktoren werden in Diagnose, Therapie und Beratung systematisch einbezogen und die Therapie zielt konsequent teilhabeorientiert auf die Unterstützung sprechflüssigkeitsfördernder Bedingungen im Alltag (Hansen, Iven & Rapp 2014).

Die Auseinandersetzung mit diesem Ansatz erscheint aus fachwissenschaftlichen und aus therapie-methodischen Gründen sinnvoll: Die Theorie-Grundlage bezieht eine breite Evidenzbasis aus internationalen Studien und aus eigenen Untersuchungen ein. Der Evidenz-Begriff folgt dabei einem erweiterten Verständnis: Es werden nicht nur randomisierte Kontrollgruppen-Studien als 'best evidence' akzeptiert, sondern ganz im Sinne einer praxis-basierten Evidenz wird auch die klinische Expertise der forschenden Sprachtherapeuten einbezogen.

Bei der Umsetzung des Konzepts erweisen sich folgende Faktoren als besonders positiv:

- Der Aufbau ermöglicht ein systematisches, strukturiertes Arbeiten und lässt sich trotzdem individuell gestalten: Die Methoden-Bausteine (s. auch Hansen & Iven 2002) werden für den jeweiligen Einzelfall begründet ausgewählt und immer wieder angepasst. In konsequent individualisierter Haltung wird nicht das Kind an die Therapie angepasst, sondern die Therapie an das Kind und sein Familiensystem
- Die therapeutische Beziehung und die Kooperation mit der Familie wird als entscheidend für den Therapie-Erfolg betrachtet, nicht eine allgemeingültige 'korrekte' Methodenwahl.
- Der anfangs hohe diagnostische Aufwand erweist sich als ausgesprochen effizient, weil er anschließend individuell passendes, zielgerichtetes, ökonomisches und schnelles Handeln ermöglicht.

Aus Metaanalysen zum Erfolg von Stottertherapien bei Kindern ist bekannt, dass keine Überlegenheit eines speziellen Ansatzes nachweisbar ist, keine einzelne Methode für *alle* Kinder und ihre Familiensysteme wirksam ist, dass auch kurze Interventionen sehr effektiv sein können und dass Eltern die Anregungen spezieller Therapiemethoden meist erfolgreich umsetzen können (vgl. u.a. Baumgartner 2010, 2012, Bloodstein & Bernstein Ratner 2008). Außerdem zeigen Therapiestudien, dass die Sprechflüssigkeit und die Therapie-Effekte von verdeckten Gefühlen und Gedanken zu den Themen Sprechen, Sprechflüssigkeit und Stottern nachhaltig beeinflusst werden. Aus diesen Forschungsergebnissen resultiert im Palin PCI-Ansatz, dass sowohl indirekte als auch direkte Methoden Verwendung finden, um den individuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen des Kindes und seines Umfeldes gerecht zu werden und die Ressourcen des Kommunikationssystems zu stärken. Die konsequente Anwendung lösungsorientierter Methoden führt überdies dazu, dass alle am Therapieprozess beteiligten Akteure genauso viel über Sprechflüssigkeit erfahren wie über Stottern.

Letztendlich geht es nicht darum, einen Therapieansatz für Kinder zu präferieren und anderen die Wirksamkeit abzuspochen: Auch das Palin PCI-Konzept kann modifiziert und durch andere Methoden sinnvoll ergänzt werden. Der Ansatz stellt mit seiner ICF-Passung und der lösungsorientierten Vorgehensweise allerdings nach unserer Auffassung eine äußerst sinnvolle Ergänzung des therapeutischen Methodenrepertoires dar.



## Literatur

Baumgartner, St. (2010): Conclusio: Neue Forschung, altes Wissen und die ICF – Was brauchen der stotternde Mensch und sein Therapeut? In C. Iven & B. Kleissendorf (Hrsg.), *St-t-tt-tottern. Aktuelle Impulse für Diagnostik, Therapie und Evaluation* (152-168). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Baumgartner, St. (2012): *Sprechwerkzeuge stottern nicht. Zur Komplexität von Stottertherapie*. Forum Logopädie (26), Heft 2, 6-11.

Bloodstein, O. & Bernstein Ratner, N. (2008): *A Handbook on Stuttering*. 6th Edition, Clifton Park: Delmar.

DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, verfügbar unter [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de).

Hansen, B. & Iven, C. (2002): *Stottern und Sprechflüssigkeit. Sprach- und Kommunikationstherapie mit unflüssig Sprechenden (Vor-)Schulkindern*. München: Urban & Fischer.

Hansen, B. & Iven, C. (2010): *Diagnostik des Stotterns bei Kindern. Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der ICF*. Sprachheilarbeit (55) 71-78.

Hansen, B., Iven, C. & Rapp, M. (2014): ICF in der Therapie von Redefluss-Störungen. In H. Grötzbach, J. Hollenweger Haskell & C. Iven (Hrsg.): *ICF und ICF-CY in der Sprachtherapie* (235-248). 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), Heft 2, 18-23.

Iven, C. & Hansen, B. (2014b): *Der Palin PCI-Ansatz. Therapie für stotternde Kinder ab 2;6 Jahren*. Logos. Die Fachzeitschrift für akademische Sprachtherapie und Logopädie (22), 145-149.

Jones, M., Onslow, M., Packmann, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, T. & Gebski, V. (2005): *A Randomised Controlled Trial of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention*. British Medical Journal (331) 659-661.

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.

Millard, S.K., Nicholas, A. & Cook, F.M. (2008): *Is Parent Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* Journal of Speech, Language, and Hearing Research (51), 636-650.

Millard, S.K., Edwards, S., & Cook, F.M (2009): *Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence*. International Journal of Speech-Language Pathology (11), 61-76.

Nicholas, A., Millard, S.K. & Cook, F.M. (2004): *Parent-child Interaction Therapy: Child and Parent Variables Pre and Post Therapy*. In A. Packmann, A. Meltzer & H.F.M. Peters (Eds.), *Fluency Disorders: Theory, Research and Therapy in Fluency Disorders*. Proceedings of the Fourth

World Congress on Fluency Disorders (108-116). Nijmegen: University of Nijmegen Press.

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.

Unger, J.P. & Berg, M. (2013): *Elternberatung in der Therapie des frühkindlichen Stotterns*. Sprache-Stimme-Gehör (37), 19-23.

Yaruss, J.S., Coleman, C. & Hammer, D. (2006): *Treating Preschool Children who Stutter: Prescription and Preliminary Evaluation of a Family-focused Treatment Approach*. Language, Speech, and Hearing Services in Schools (37), 118-136.

## **Palin Parent Child Interaction Therapy (Palin PCI): An Approach for young Stuttering Children and their Parents**

### **Key words:**

Palin PCI Approach – Stuttering – Early Intervention – Interaction Strategies – Special Times – evidence based

### **Summary:**

The Palin PCI approach (Kelman & Nicholas 2014) is hardly known in German speaking countries. The evidence based approach for stuttering children aged 2;6 to 7 years regards on the fluency-enhancing conditions in the child's daily live and focuses on participation and other ICF related factors.

The multidimensional perspective on stuttering leads to a comprehensive assessment of individual aspects. The program helps parents to establish specific interaction styles to enhance speech fluency.



Dr. Bernd Hansen (Dipl.-Sprachheilpädagoge, Akademischer Sprachtherapeut und Dozent an der Universität Flensburg) und Dr. Claudia Iven (Dipl.-Sprachheilpädagogin, Akademische Sprachtherapeutin, freiberufliche Dozentin und Autorin) haben sich seit über 20 Jahren auf das Thema Stottern spezialisiert und dazu gemeinsam veröffentlicht. Außerdem befassen sie sich intensiv mit den Themen der Eltern-/Angehörigenberatung, Supervision sowie der ICF-Anwendung in der sprachtherapeutischen Praxis. Gemeinsam haben sie sich das Palin PCI-Konzept in London „vor Ort“ angeschaut und es für den deutschsprachigen Raum übersetzt.