

NOWA LOGOPEDIA



TOM 4



INTERAKCYJNE UWARUNKOWANIA ROZWOJU I ZABURZEŃ MOWY

KRAKÓW
COLLEGIUM COLUMBINUM

Komitet Naukowy „Nowej Logopedii”:

prof. Jagoda Cieszyńska-Rożek (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)
prof. Ewa Czaplewska (Uniwersytet Gdański)
prof. Danuta Pluta-Wojciechowska (Uniwersytet Śląski)
prof. Teodozja Rittel (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)
prof. Tomasz Woźniak (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)
dr Barbara Kamińska (Uniwersytet Gdański)
dr Marta Korendo (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)
dr Zdzisława Orłowska-Popek (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)
dr Anna Skoczek (Akademia Ignatianum w Krakowie)
dr Sławomir Śniatkowski (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)
dr Ewa Zawisza (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)
dr n. med. Tomasz Zyss (Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpital Uniwersytecki CMUJ
w Krakowie, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie)

Recenzenci:

prof. zw. dr hab. J. Ożdżyński
prof. UG dr hab. S. Milewski

Redakcja merytoryczna:

Mirosław Michalik, Anna Siudak, Halina Pawłowska-Jaroń

Rysunek na okładkę wykonała: Urszula Jaroń
Projekt okładki: Agnieszka Walecka-Rynduch
Redaktor Wydawnictwa: Elżbieta Białoń
Redaktor techniczny: Jacek Zaryczny

Wydanie publikacji dofinansował

Małopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego

© Małopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, Kraków 2013

© Collegium Columbinum, Kraków 2013

Wydawca: Collegium Columbinum

31-831 Kraków, ul. Fatimska 10, tel./fax: (+48) 12 641-42-54

32-720 Nowy Wiśnicz, ul. Zamkowa 10 (*Palais Valdolfo*)

tel./fax: (+48) 14 685-54-65

www.columbinum.com.pl

columbinum@columbinum.com.pl i-księgarnia@columbinum.com.pl



ISBN 978-83-7624-085-5

ISSN 2299-9426

SPIS TREŚCI

Mirosław Michalik, Anna Siudak, Halina Pawłowska-Jaroń Wstęp	7
Część I	
TEORETYCZNE, METODOLOGICZNE I TRANSDYSCYPLINARNE PODSTAWY LOGOPEDII	
Mirosław Michalik Teoria logopedii jako interakcja. Między interakcjonizmem symbolicznym a lingwistyką mentalną	13
Sławomir Śniatkowski Pojęcie interakcji w różnych aspektach komunikacji językowej	33
Tomasz Zyss Historia badań nad mózgową lateralizacją funkcji językowych	43
Maciej Migocki Kwestie moralne w komunikacji logopedzi – rodzice – dzieci	67
Część II	
INTERDYSCYPLINARNE ASPEKTY DIAGNOZY I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ	
Jolanta Panasiuk Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń rozwojowych	81
Mirosław Michalik Porażona interakcja. Koncepcja interakcji językowej jako głos w sprawie dyzartrii o podłożu mózgowego porażenia dziecięcego	107
Halina Pawłowska-Jaroń Interakcyjny charakter pierwotnych i wtórnych zaburzeń rozwoju u dzieci ze spektrum FASD	139
Anna Skoczek Milczące dzieci – zaburzone interakcje w mutyzmie	149
Danuta Pluta-Wojciechowska „Myśl ucieleśniona” w mowie dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia	167

Justyna Serwin	
Zaburzenia zdolności interakcyjnych u osób z rozszczepem	195
Monika Łuszczuk	
Czynnościowe uwarunkowania zaburzeń artykulacji	209
Anna Siudak	
Alternatywna metoda odbudowywania kompetencji językowej u pacjentów z afazją globalną	221
Ewa Bielenda-Mazur	
Kilka uwag o sytuacji trzylatka z alalią w grupie przedszkolnej	257
Anna Kram, Justyna Mroczek	
Anna Olczyk-Bilska, Katarzyna Piątek	
Lateralizacja a funkcje poznawcze jako interakcyjne uwarunkowania zaburzeń natury dyslektycznej	265
Magdalena Knapk	
Lateralizacja a zaburzenia przetwarzania porządków linearnych w języku dzieci pięcio- i sześcioletnich	281
 Część III	
PROCEDURY I STRATEGIE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO	
Katarzyna Węsierska	
Badanie wpływu zastosowania podejścia <i>Palin PCI</i> w terapii jąkania u polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku	295
Marzena Błasiak-Tytuła	
Kompetencje językowe bilingwalnych bliźniaczek	317
Kamila Kuros	
Postawa najbliższego otoczenia a rozwój kompetencji interakcyjnej dziecka bilingwalnego – studium przypadku	331
Łukasz Maj	
Tekst jako kategoria interakcyjna. Aplikacje diagnostyczno- -terapeutyczne w przypadku pragnozji	355
Iwona Deptuch	
Interakcyjne uwarunkowania terapii pacjenta z afazją – studium przypadku	377
Dorota Konieczna	
Nauka czytania jako technika terapii osoby z dysfunkcjami lewej półkuli mózgu – przykład Izy	389

Katarzyna Węsierska
Uniwersytet Śląski w Katowicach
Centrum Logopedyczne w Katowicach

BADANIE WPŁYWU ZASTOSOWANIA PODEJŚCIA *PALIN PCI* W TERAPII JĄKANIA U POLSKOJĘZYCZNEGO DZIECKA – STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Dziecko uczy się języka w rodzinie w spontanicznych wypowiedziach, naturalnych aktach mowy (Bula, Niesperek-Szamburska 2004: 15).

Płynność mowy (...) jest wskaźnikiem opanowania danej umiejętności ruchowej i jednocześnie stopnia jej automatyzacji, im bowiem funkcja ruchowa sprawniejsza, tym bardziej zautomatyzowana. Ponieważ mowa jest w pewnym sensie monetą obiegową w kontaktach społecznych, przeto jej płynność jest wyrazem łatwości i gładkości tych kontaktów (Kempiński 1989: 117).

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono wyniki badania skuteczności zastosowania brytyjskiego podejścia terapeutycznego *Palin PCI* w przypadku występowania objawów jąkania u czteroletniego polskojęzycznego dziecka. Autorka zaprezentowała założenia metody interakcyjnej rodzic-dziecko *Palin PCI*. Następnie dokonała opisu i analizy eksperymentalnego studium indywidualnego przypadku z wykorzystaniem metody interakcyjnej w terapii jąkania wczesnodziecięcego. Badanie kontrolne przeprowadzone po okresie monitoringu wykazało, że zastosowanie podejścia *Palin PCI* spowodowało znaczne osłabienie objawów niepełności w mowie dziecka. Natomiast u rodziców chłopca zaobserwowano zdecydowany wzrost poczucia kompetencji w radzeniu sobie z problemem jąkania się ich dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: jąkanie, dziecko w wieku przedszkolnym, interakcja rodzic-dziecko, terapia, studium indywidualnego przypadku

EVALUATING AN IMPACT OF PALIN PCI APPROACH ON POLISH-SPEAKING STUTTERING CHILD: A SINGLE CASE STUDY

SUMMARY

This paper presents the results of a study measuring the efficacy of using the British therapeutic approach *Palin PCI* with stuttering symptoms in a four year old Polish-speaking child. The author presented the foundation of the parent-child interaction approach. Subsequently she has made a description and analysis of the experimental single-case study of the use of this approach in the treatment of early childhood stuttering in Poland. Outcome measures carried out after the monitoring phase showed that the use of the *Palin PCI* approach resulted in a significant decreasing of stuttering symptoms. In addition, BP's parents observed a significant improvement in their competence in dealing with the stuttering problem of their child.

KEY WORDS: stuttering/stammering, preschool child, parent-child interaction, therapy, single-case study

WPROWADZENIE

W większości przypadków chroniczne jąkanie zaczyna się w okresie przedszkolnym. Rozpowszechnienie zaburzeń płynności mowy jest znacznie większe wśród dzieci w wieku przedszkolnym niż u osób dorosłych. Szacuje się, że około 5% dzieci w wieku od 2 do 6 roku życia doświadcza problemów związanych z niepłynnością mowy, podczas gdy u osób dorosłych jąkanie występuje u około 1% populacji (Andrews, Harris 1964, cyt. za: Howell 2011; Ward 2006; Yairi, Seery 2011). Stosunkowo duża grupa dzieci manifestujących objawy zaburzeń płynności mówienia przezwycięży ten problem – niektóre dane wskazują, że aż od 65 do 80% (Howell, 2011; Yairi, Ambrose 2005). Niektóre z nich uporały się z objawami jąkania nawet bez wsparcia terapeutycznego. Tym niemniej u pozostałych jąkanie będzie się utrzymywać, przybierając z czasem postać chroniczną i stając się długofalowym problemem z całym spektrum negatywnych konsekwencji (Czubarą 2010; Kloth i in. 1999; Yairi, Ambrose 1999). Etiologia jąkania nie jest w pełni rozpoznana, obecnie przyjmuje się, że jest to kompleksowy problem – nie ma jednej prostej przyczyny ani jednej prostej metody terapii. Jąkanie jest różnorodne i zmienne (Ward 2006).

Wczesna interwencja w jąkanu u dzieci jest skuteczna, co potwierdzają wyniki badań (Manning 2010; Onslow, Costa, Rue 1990; Onslow, Andrews, Lincoln 1994; Millard, Edwards, Cook 2009). Dość często można zatem spotkać się ze stanowiskiem zalecającym podjęcie oddziaływań terapeutycznych wobec wszystkich dzieci z objawami jąkania (...). Taki

postulat wydaje się nierealny. Tym niemniej wykorzystanie badań przesiewowych pozwala na wyselekcjonowanie dzieci z grupy ryzyka, zagrożonych nasilaniem się objawów, i objęcie ich odpowiednią opieką logopedyczną. Wśród różnych form oddziaływania logopedycznego w przypadku jąkania u dzieci wyróżnia się rozmaite formy poradnictwa i konsultacji dla rodziców, metody interwencji pośredniej zorientowane na pracę z rodziną w celu przywracania płynności w mowie dziecka (zmiana stylów interakcji z dzieckiem, modyfikowanie warunków otoczenia), metody bezpośrednie ukierunkowane na pracę z samym dzieckiem w celu uzyskiwania przez nie płynności w mowie (np. nauka technik upłynniających mowę, metody behawioralne) oraz programy, które są kombinacją wykorzystania metod interwencji pośredniej i bezpośredniej.

Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko Palin PCI (ang. *Parent-Child Interaction Approach – Palin PCI*)¹ jest przykładem terapii jąkania wczesnodziecięcego opartej na wynikach badań naukowych, która łączy wykorzystanie metod interwencji pośredniej i bezpośredniej (Botterill, Kelman 2010; Kelman, Nicholas 2008; Ward 2006; Węsierska 2010; Węsierska 2012a, Węsierska 2012b). Począwszy od lat 90. ubiegłego wieku skuteczność tej formy terapii jest stale weryfikowana w badaniach naukowych (Matthews, Williams, Pring 1997; Millard, Nicholas, Cook 2008; Millard, Edwards, Cook 2009). W tym podejściu terapeutycznym nacisk kładziony jest na zmiany w sposobach komunikowania się dorosłych opiekunów z jąkającym się dzieckiem. Znaczenie interakcji dorosły-dziecko w upłynnianiu mowy dziecka potwierdzają doniesienia z badań. Wyniki badań sugerują między innymi, że styl interakcji rodziców dzieci jąkających się nie różni się od stylu interakcji rodziców dzieci, które się nie jękają (Zebrowski 1995). Jednakże pojawienie się objawów jąkania wpływa na jakość interakcji rodzica z dzieckiem. Zarówno matki dzieci jąkających się, jak i te, których dzieci nie manifestowały objawów jąkania, miały tendencję do stosowania szybszego tempa mowy, częstszego przerywania rozmówcy oraz okazywania zdenerwowania, gdy komunikowały się z jąkającym się dzieckiem. W obu grupach te zachowania były mniej nasilone, gdy rozmówcą było dziecko niejąkające się (Meyers, Freeman 1985a, 1985b). Interakcja jest procesem dwubiegunowym i jej uczestnicy wywierają na siebie wzajemny wpływ – to

¹ Nazwa podejścia terapeutycznego *Palin PCI* pochodzi od nazwiska aktora Michaela Palina, który wspierał Lenę Rustin, założycielkę ośrodka badań nad jękaniem, terapii oraz międzynarodowego centrum szkoleniowego logopedów, gdzie powstała metoda (zob. Botterill, Kelman 2010; Chęciek 1993; Kelman, Nicholas 2008; Kostecka 1998; Rustin i in. 1996; Węsierska 2010).

podstawowe założenie podejścia terapeutycznego *Palin PCI* (Kelman, Nicholas 2008; Meyers 1991; Rustin, Botterill, Kelman 1996). Autorzy metody stoją na stanowisku, że interakcje rodzica z dzieckiem mogą być modyfikowane w procesie terapii, a zachodzące zmiany w zakresie interakcji będą mieć korzystny wpływ na poprawę płynności mowy (Guitar i in. 1992; Newman, Smit 1989; Winslow, Guitar 1994). Twórcy programu *Palin PCI* uznają, że dziecko z podatnością na jąkanie gorzej sobie radzi w typowych interakcjach z osobą dorosłą i dlatego wymaga specjalnego wsparcia w tym zakresie.

METODA INTERAKCYJNA *PALIN PCI* – ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE

Podejście terapeutyczne *Palin PCI*, wykorzystywane przede wszystkim w jąkanii wczesnodziecięcej, jest rozwijane od lat i stale ewoluuje (Botterill, Kelman, Rustin 1991; Botterill, Kelman 2010; Kostecka 1998, 2001a, 2001b; Nicholas 2008; Onslow, Millard 2012; Rustin, Botterill, Kelman 1996; Węsierska 2010). Ponieważ jąkanie jest różnorodne, terapia jest indywidualnie dopasowana do potrzeb dziecka i jego rodziny. Program *Palin PCI* koncentruje się na intuicyjnym rozumieniu problemu przez rodziców. Relacja terapeutyczna opiera się na współpracy specjalisty z rodziną. Zadaniem logopedy jest wzmacnianie rodziców oraz wspieranie ich w rozwijaniu ich kompetencji w radzeniu sobie z problemem dziecka. W programie terapii wykorzystuje się *videocoaching*. Istotne jest, że informacje zwrotne terapeuty (tzw. *feedback*) koncentrują się na pozytywach. Twórcy programu zakładają, że modyfikacje w zakresie interakcji uruchamiają proces pozytywnych zmian (Botterill, Kelman 2010; Kelman, Nicholas 2008). Program wdrażany jest w dwóch etapach. W ciągu pierwszych sześciu tygodni terapii z wykorzystaniem *Palin PCI* spotkania odbywają się w poradni raz na tydzień, z obojgiem rodziców lub opiekunów – w tym czasie stosowany jest *videocoaching*. Podstawową technikę wykorzystywaną w tym podejściu terapeutycznym stanowi *czas specjalny* (ang. *special time*). Po tym etapie następuje sześć tygodni utrwalania efektów terapii w warunkach domowych (ang. *the home-based consolidation period*), które zamyka sesja ewaluacyjna (badanie kontrolne). Efekty terapii są następnie monitorowane. W terapii *Palin PCI* wykorzystuje się trzy główne grupy strategii terapeutycznych:

- strategie interakcyjne (ang. *interaction strategies*);
- strategie ukierunkowane na pracę z rodziną (ang. *family strategies*);
- strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem (ang. *child strategies*).

W pierwszej fazie terapii stosowane są zazwyczaj strategie interakcyjne i rodzinne, a gdy wykorzystanie metod interwencji pośredniej nie jest wystarczające, włączane są strategie bezpośrednio ukierunkowane na pracę dzieckiem.

Najważniejsze strategie interakcyjne to: *pozwól dziecku przejmować inicjatywę w zabawie, równowaga pomiędzy komentowaniem i zadawaniem pytań, tempo mowy dorosłych odpowiednie dla dziecka, użycie pauz, mówimy językiem adekwatnym do możliwości dziecka, dajemy dziecku czas na rozpoczęcie, zakończenie wypowiedzi, udzielenie odpowiedzi na pytanie, kontakt wzrokowy, mimika, gestykulacja.*

Z kolei strategie rodzinne wykorzystywane w *Palin PCI* to: *wzmacnianie pewności siebie dziecka, naprzemiennosc – mówienie po kolei, radzenie sobie z uczuciami, z emocjami, wygórowane ambicje – dziecko bardzo ambitne, problemy ze snem, z jedzeniem, radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka, rutyna i tempo życia, otwartość w kwestii jåkania, dwujęzyczność.*

Strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem stosowane w podejściu *Palin PCI* to: tzw. mowa żółwikowa (ang. *tortoise talking*), czyli zwalnianie tempa mowy dziecka, tzw. mowa autobusikowa (ang. *bus talking*) – stosowanie wolniejszego tempa mowy i pauz w mówieniu oraz tzw. mowa samolocikowa (ang. *aeroplane talking*), czyli delikatny start mowy. Stosowana jest również nauka skupiania uwagi dziecka i utrzymywania kontaktu wzrokowego podczas mówienia, a także prowadzenie terapii płynności mowy równolegle do terapii innych problemów logopedycznych, współpraca ze środowiskiem edukacyjnym dziecka (przedszkolem, szkołą) oraz wykorzystywanie wsparcia innych specjalistów, np. psychologa.

Niezwykle istotnym założeniem tej terapii jest stworzenie i utrzymanie partnerskiej relacji pomiędzy specjalistą i rodzicem (Botterill, Kelman 2010; Jeziorczak, Węsierska 2011; Kelman, Nicholas 2008). Rolą logopedy w procesie terapii jest wspieranie i wzmacnianie rodziców, pomaganie im w znalezieniu tego, co działa dobrze, pytanie, rekomendowanie, pomaganie w dochodzeniu do konstruktywnych wniosków – logopeda nie powinien natomiast zalecać, pouczać, osądzać.

Rodzic w procesie terapii wdraża zmiany w interakcjach, modyfikuje środowisko dziecka, podejmuje kluczowe dla przebiegu terapii decyzje, ponosi pełnię odpowiedzialności za swoje dziecko. Twórcy programu podkreślają, że rodzice są ekspertami w dziedzinie swojego dziecka.

ZASTOSOWANA METODA BADAWCZA

Wykorzystanie metodologii studium indywidualnego przypadku (ang. *single case-design*) należy do częstych praktyk w badaniach logopedycznych. Zazwyczaj są to badania o przewadze analiz jakościowych nad ilościowymi (Meline 2006). Jak stwierdzają autorzy pracy *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad metodą i terapią logopedii*, Jacek Janas-Kaszczuk i Zbigniew Tarkowski, studium przypadku należy traktować jako wartościową metodę badawczą zarówno w odniesieniu do badań diagnostycznych (eksploracyjnych), jak i w ewaluacji procesu terapeutycznego (badania weryfikacyjne) (1991). Istotnym ograniczeniem tej metody jest jednak fakt, że w wyniku jej zastosowania można stwierdzić jedynie: „że *tak bywa*, a nie że *tak jest*” (Pilch, Bauman 2001: 300). Tym niemniej – jak zauważa T. Pring – studium przypadku (ang. *single-case study*) jest użyteczną metodą w pierwszym etapie badań nad skutecznością danej metody terapeutycznej (2005). W metodzie studium indywidualnego przypadku najczęściej wykorzystywane są następujące techniki: wywiad, obserwacja, analiza dokumentów oraz testy i techniki projekcyjne. *Palin PCI* jest przykładem *evidence-based practice* – podejścia terapeutycznego opartego na podbudowie teoretycznej (Onslow, Millard 2012), stale weryfikowanego w badaniach empirycznych (Matthews, Williams, Pring 1997; Millard, Nicholas, Cook 2008; Millard, Edwards, Cook 2009).

W prezentowanych badaniach zastosowano wersję eksperymentalną metody studium indywidualnego przypadku (ang. *single-case study experimental design*). Materiał badawczy był gromadzony w następujących po sobie kolejno fazach:

- Faza A1 – faza wyjściowa bez stosowania terapii (ang. *no-treatment baseline phase*): przesiew logopedyczny, zakwalifikowanie do badań, 6-tygodniowy okres obserwacji (7.12.2011 – 6.01.2012);
- Pełne badanie logopedyczne przeprowadzone podczas dwóch sesji: 16.01.2012 i 23.01.2012;
- Faza B1 – faza terapeutyczna (ang. *treatment phase*): 6 tygodni terapii w warunkach poradni (30.01.2012 – 12.03.2012);
- Faza B2 – faza terapeutyczna: 6 tygodni utrwalania terapii w warunkach domowych (zakończone badaniem kontrolnym: 26.04.2012);
- Faza A2 – utrwalanie efektów terapii i monitoring (ang. *posttherapy follow-up phase*): półroczny okres obserwacji skuteczności zastosowanej terapii od zakończenia terapii w warunkach poradni, zakończony badaniem kontrolnym: 9.10.2012.

OPIS I ANALIZA PRZYPADKU JĄKAJĄCEGO SIĘ POLSKOJĘZYCZNEGO DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Ogólna charakterystyka przypadku BP

BP w momencie pierwszego kontaktu z logopedą miał 3 lata i 10 miesięcy. Chłopiec jąkał się od 12 miesięcy. Nie był wcześniej objęty terapią logopedyczną, został jedynie skonsultowany przez dwóch logopedów: w rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej i w przedszkolu. Obydwaj logopedzi, niezależnie od siebie, zalecili konsultację ze specjalistą z zakresu zaburzeń płynności mowy. Zaniepokojeni rodzice skorzystali również z konsultacji neurologicznej; w tym przypadku również zalecono im specjalistyczną terapię logopedyczną. Prawdopodobnie takie reakcje spowodowane były faktem, że wywiad rodzinny obciążony był jękaniem: oboje rodziców oraz dziadek ze strony matki jąkali się w dzieciństwie. Rodzice przyznawali, że do chwili obecnej w trudnych, stresujących sytuacjach doświadczają problemów w płynnym komunikowaniu się. BP wychowywał się w rodzinie pełnej, nie miał rodzeństwa. Bliższa i dalsza rodzina chłopca, oprócz języka polskiego, w codziennych kontaktach posługiwała się gwara śląską. Szczególnie ojciec oraz dziadkowie, pod opieką których chłopiec często przebywał, preferowali porozumiewanie się w codziennych interakcjach za pomocą gwary. Chłopiec uczęszczał do przedszkola, jednak nie był z tego powodu zadowolony, wolał pozostawać pod opieką dziadków, z którymi wcześniej zamieszkiwała jego rodzina.

Wyniki badania przesiewowego

Pierwszym krokiem diagnostycznym w przypadku objawów wczesnej niepełności mowy jest przeprowadzenie badania przesiewowego (ang. *initial screening*), umożliwiającego ocenę czynników ryzyka utrwalenia się objawów jękania w mowie dziecka (Gregory, Campbell, Hill 2003; Kelman, Nicholas 2008; Węsierska 2012c). W badaniu przesiewowym przeprowadzonym 7.12.2011 zebrano następujące informacje:

- obecność objawów niepełności w mowie dziecka na stałym poziomie od 12 miesięcy,
- historia jękania w rodzinie (także u osób dorosłych),
- podczas momentów jękania BP manifestował dodatkowe współruchy: szerokie, nienaturalne otwieranie ust, mrużenie oczu,
- chłopiec wydawał się świadomy swoich kłopotów z płynnym wypowiedzeniem się (tym niemniej nie przejmował się tym zanadto),

- poziom obaw rodziców w związku z jąkaniem się ich dziecka utrzymywał się na stosunkowo wysokim poziomie (w ośmiostopniowej skali od 0 do 7, gdzie 0 oznacza, że występujące objawy zupełnie nie niepokoją rodziców, a 7 – silne zaniepokojenie, oboje wybrali stopień 6) (zob. Węsierska 2012c: 427),
- w dokonanej przez rodziców ocenie nasilenia objawów jąkania (z wykorzystaniem ośmiostopniowej skali od 0 do 7, gdzie 0 oznacza płynność, a 7 – ciężkie jąkanie) mama wybrała stopień 5, a ojciec 6 (zob. Węsierska 2012c: 426),
- w rodzinie na co dzień używa się języka polskiego oraz gwary śląskiej,
- zdaniem rodziców możliwości językowe BP plasowały się na odpowiednim poziomie, choć przyznawali, że jego wymowa dość często była dla nich niezrozumiała,
- rodzice zgłaszali, że BP sprawia im problemy wychowawcze – często jest nieposłuszny.

Wspólnie z rodzicami podjęto decyzję o przeprowadzeniu pełnego badania logopedycznego i ewentualnym podjęciu terapii. Przemawiała za tym obecność następujących czynników rokujących negatywnie: płeć męska; świadomość dziecka, że się jąka; utrzymywanie się objawów w mowie dziecka na jednakowym poziomie od 12 miesięcy; wysoki poziom obaw rodziców; historia jąkania chronicznego w rodzinie, obecność problemów związanych z nabywaniem mowy. Aby jednak uwzględnić możliwość samoistnego ustąpienia objawów jąkania – zjawiska bardzo częstego u małych dzieci – zdecydowano się na okres 6 tygodni monitoringu. W tym czasie nie podejmowano oddziaływań terapeutycznych. Rodzice zostali poproszeni jedynie o cotygodniowe dokonywanie nagrań wideo w czasie spontanicznej zabawy z synem. Zebrany w ten sposób materiał filmowy posłużył podczas badania logopedycznego do analizy objawów jąkania, co pozwoliło na potwierdzenie obecności problemu w mowie dziecka.

PEŁNE BADANIE LOGOPEDYCZNE

Ponieważ analiza czynników ryzyka wykazała, że u chłopca objawy jąkania mogą się utrzymywać, a objawy nie ustępowały (sześciotygodniowy okres obserwacji), logopeda wspólnie z rodzicami podjął decyzję o przeprowadzeniu pełnego badania logopedycznego. Badanie odbyło się podczas dwóch sesji (16.01.2012, 23.01.2012). Zgodnie z metodyką postępowania w podejściu *Palin PCI* diagnoza logopedyczna obejmuje następujące elementy: ocenę interakcji rodzic-dziecko, ocenę rozwoju mowy i języka oraz społecznych umiejętności komunikacyjnych (także

w aspekcie fonetycznym, leksykalnym, gramatycznym i ekspresyjnym), szczegółowe badanie jąkania – diagnozę różnicową, jakościową i ilościową analizę objawów nie płynności, ocenę percepcji problemu jąkania przez dziecko, a także przez rodziców, szczegółowy wywiad z rodzicami, jak również analizę wyników badań specjalistycznych (Botterill, Kelman 2010; Kelman, Nicholas 2008; Onslow, Millard 2012; Węsierska 2010, 2012c). W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: *Przesiewowy Test Logopedyczny* (Tarkowski 2002); *100-wyrazowy Test Artykulacyjny* (Krajna 2008); *Test Słownika Dziecka* (Tarkowski 2009); *Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia* (Kurkowski 2003); *The Palin Parent Rating Scales – Skala Palin dla rodzica dziecka jękającego się* (Millard i in. 2009 wraz z autorskimi modyfikacjami; polska adaptacja: Węsierska – w aneksie do niniejszego artykułu); *Arkusz wywiadu z rodzicami w przypadku jąkania wczesnodziecięcego* (Węsierska 2012c).

WYNIKI UZYSKANE W PEŁNYM BADANIU LOGOPEDYCZNYM

Niepłynności mowy, które zaobserwowano u BP podczas badania oraz zdiagnozowano w oparciu o analizę materiałów wideo to przede wszystkim powtórzenia dźwięków, sylab i wyrazów jednosylabowych oraz przedłużanie dźwięków w nagłosie wyrazów. Nasilenie objawów nie płynności utrzymywało się w granicach od 6,7% (w próbach nazywania obrazków, odpowiadania na pytania jednym słowem) do 11,3% (w próbach dialogowych i narracyjnych) w stosunku do wszystkich sylab wypowiedzianych. Powtórzenia miały miejsce najczęściej około 4 razy, np. *o-o-o-o-obećcałaś*. Objawom zająknięć w mowie chłopca towarzyszyły współruchy, takie jak grymasy twarzy, a także unikanie kontaktu wzrokowego. Rodzice zauważyli, że kiedy BP miał większe problemy z płynnością wypowiedzi, unikał mówienia i starał się zakończyć wypowiedź jak najszybciej. Czasami zdarzyło mu się stwierdzać: *nie potrafię tego powiedzieć*. Chłopiec miał świadomość swoich problemów w mowie. Na pytanie logopedy, czy chciałby, aby mu pomóc w mówieniu, odpowiedział twierdząco.

W testach językowych stwierdzono, że jego możliwości odbiorcze (rozumienie poleceń słownych) plasowały się na odpowiednim dla jego grupy wiekowej poziomie. Potrzebował jednak dodatkowego czasu, aby przywołać potrzebne słowo z pamięci. Chłopiec manifestował w mowie „przełączanie się” z języka polskiego na gwara śląską. Jego wymowa w momencie badania była dość mocno zniekształcona, głoski dentalizowane szeregów były zamieniane, grupy spółgłoskowe redukowane. Mowa chłopca bywała niezrozumiała, także dla najbliższego otoczenia.

Ocena interakcji rodzice-dziecko przeprowadzona podczas badania i w oparciu o analizę nagrań wideo z okresu monitoringu pozwoliła na dokonanie wspólnie z rodzicami poniższych ustaleń. Matka BP stwierdziła, że na nagraniach swoich zabaw z synem zaobserwowała, że mówi znacznie więcej niż on. Jej zdaniem poziom jej wypowiedzi był zbyt trudny dla dziecka. Podczas tych zabaw miała w zwyczaju zadawać synowi bardzo dużo pytań. Uznano zatem, że korzystne może być wprowadzenie modyfikacji w zakresie interakcji matki i chłopca, tzn. uproszczenie języka w wypowiedziach kierowanych do dziecka, zwolnienie tempa mowy oraz zbalansowanie ilości zadawanych pytań w stosunku do komentarzy. Mama BP postanowiła również częściej korzystać z pauz w mówieniu podczas rozmów z synem, aby dzięki temu obserwować, co go interesuje, i zwalniać tempo mowy własnej. W opinii matki korzystne byłoby również zastosowanie strategii rodzinnej: *Radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka*.

Ojciec BP po przeanalizowaniu nagrań swobodnych zabaw zaobserwował, że w czasie jego interakcji z BP to on zadaje bardzo dużo pytań, a jego wypowiedzi charakteryzuje bardzo szybkie tempo mowy. Ojciec chłopca stwierdził również, że w czasie tych zabaw to on decyduje o ich przebiegu. Podjęto decyzję, że potencjalnymi celami terapii interakcyjnej w przypadku ojca będą: umożliwianie BP przejmowania inicjatywy w zabawie oraz zredukowanie ilości zadawanych pytań, a także zwolnienie tempa mowy. Za korzystne uznano również wdrożenie wybranych strategii rodzinnych: udzielanie wsparcia dziecku w radzeniu sobie z emocjami oraz postępowanie w przypadku posługiwania się więcej niż jednym językiem.

Badanie logopedyczne wykazało, że potencjalnymi czynnikami fizjologicznymi i lingwistycznymi, które mogą być odpowiedzialne za zaistnienie problemu jąkania w przypadku tego dziecka, były: płeć, historia jąkania w rodzinie, nieharmonijny rozwój mowy i problemy wymawianiowe. Natomiast prawdopodobnymi uwarunkowaniami środowiskowymi i psychologicznymi, które mogą z kolei przyczyniać się do utrwalania problemu jąkania, były: stosunkowo nerwowy tryb życia rodziny (przeprowadzka do nowego domu, często zmieniające się osoby opiekujące się BP, reprezentujące różne style wychowania), znaczna niepewność, a zarazem niekonsekwencja rodziców związana z radzeniem sobie z problemem jąkania. Rodzice byli zagubieni, nie wiedzieli, jak mają reagować, a zarazem czuli się winni temu, że ich syn się jąka. Do grupy prawdopodobnych psychologiczno-emocjonalnych uwarunkowań utrzymywania się jąkania u dziecka zaliczono manifestowaną przez BP

nadwrażliwość, stosunkowo znaczny poziom nadpobudliwości obserwowany u chłopca oraz uświadomienie sobie tego, że się jąka. W oparciu o wyniki diagnozy logopedycznej podjęto decyzję o zastosowaniu terapii interakcyjnej *Palin PCI*, bez włączania strategii ukierunkowanych na dziecko podczas pierwszych 12 tygodni terapii (terapia w warunkach poradni oraz utrwalanie efektów terapii w warunkach domowych). Ewentualne wykorzystanie tych strategii uzależniono od wyników badań kontrolnych.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

Po przeprowadzeniu pełnej diagnozy logopedycznej i zaprogramowaniu terapii przystąpiono do wdrażania terapii w warunkach poradni (30.01.2012 – 12.03.2012; realizacja fazy B1 opisywanych badań). W tym okresie spotkania z logopedą w Centrum Logopedycznym w Katowicach odbywały się co tydzień (zajęło to w sumie siedem tygodni, gdyż jedna z wizyt została przełożona na kolejny tydzień z powodu niesprzyjających warunków atmosferycznych – burza śnieżna). W sesjach brali udział rodzice i ich syn. W czasie jednej z wizyt ojca zastąpiła babcia BP. Podczas pierwszej wizyty przypomniane zostały ustalenia, jakich dokonano w czasie programowania terapii. Wprowadzono również podstawową technikę podejścia *Palin PCI* – *czas specjalny*. Rodzice zostali zobowiązani do wdrażania tej techniki w warunkach domowych (każde z rodziców od 3 do 5 razy w tygodniu) oraz dokonywania opisu przebiegu takich zabaw z dzieckiem na specjalnym arkuszu. Logopeda dokonał nagrania swobodnej zabawy dziecka z każdym z rodziców z osobna. W toku analizowania nagrania ustalono pierwsze cele (wybrane strategie interakcyjne), jakie rodzice postanowili wdrażać w *czasie specjalnym* w nadchodzącym tygodniu. Podczas kolejnych spotkań analizowane były zapisy w arkuszach *czasu specjalnego* dokonywane przez rodziców. Byli oni proszeni przez logopedę o dzielenie się swoimi obserwacjami wynikającymi z wdrażania przez nich kolejnych strategii interakcyjnych. Sporządzenie nagrań wideo i ich analiza, a przede wszystkim udzielane przez logopedę pozytywne informacje zwrotne umożliwiały rodzicom wdrażanie następujących modyfikacji w zakresie interakcji: zwolnienie tempa mowy w kontaktach z synem (matka, ojciec), zwiększenie ilości oraz wydłużenie pauz stosowanych w wypowiedziach (matka, ojciec), ograniczenie ilości zadawanych dziecku pytań (matka, ojciec), umożliwianie dziecku przejmowania inicjatywy w zabawie (ojciec), posługiwanie się w kontaktach z synem językiem na poziomie adekwatnym do możliwości dziecka (matka). Podczas każdej wizyty wprowadzano

również wybraną przez rodziców strategię rodzinną. Przepracowywane – poddawane dyskusji i omawiane były kolejno następujące, trudne dla tej rodziny, kwestie: wsparcie dziecka w zakresie radzenia sobie z emocjami, radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka – wyznaczanie granic, konsekwencja dorosłych w postępowaniu wobec BP, używanie dwóch języków w życiu codziennym. Rodzice otrzymywali opracowania z tego zakresu do przeanalizowania w domu (Kelman, Nicholas 2008). W tym czasie nie wdrażano metod terapii bezpośredniej, tzw. strategii ukierunkowanych na dziecko.

Po zakończeniu cyklu sześciu spotkań z logopedą w poradni przystąpiono do utrwalania efektów terapii w warunkach domowych (faza B2 opisywanego postępowania badawczego zakończona). W tym czasie rodzice nie spotykali się z logopedą, ale kontynuowali wdrażanie *czasu specjalnego* i utrwalanie wprowadzonych strategii interakcyjnych i rodzinnych. Wypełnione arkusze przesyłali do logopedy raz w tygodniu i otrzymywali od terapeuty informację zwrotną. Na zakończenie tego etapu przeprowadzono kontrolne badanie logopedyczne (26.04.2012).

W badaniu kontrolnym stwierdzono wycofywanie się objawów jąkania u dziecka. Nasilenie jąkania spadło do 2,2% (w próbach nazywania obrazków, odpowiadania na pytania jednym wyrazem) i do 3,4% (w próbach dialogowych i narracyjnych) w stosunku do wszystkich sylab wypowiedzianych. Zmniejszeniu uległ również poziom obaw rodziców, a zarazem wzrosło u nich poczucie kompetencji w radzeniu sobie z problemami ich syna.

MONITOROWANIE EFEKTÓW TERAPII

Zgodnie z zasadami postępowania w podejściu *Palin PCI* oraz przyjętą metodologią badawczą przystąpiono do monitorowania efektów wdrożonej terapii. Rodzice nadal pozostawali w kontakcie z terapeutą – drogą mailową przesyłane były raporty dotyczące funkcjonowania dziecka i informacje zwrotne od terapeuty. W jednej z pierwszych relacji nadsyłanych przez matkę BP w okresie monitorowania efektów terapii napisała ona: „Od ostatniego sprawozdania BP mówi bardzo ładnie, wyraźnie. Można powiedzieć, że się wcale nie jąka. W przedszkolu pani go bardzo chwali, że się od zeszłego roku bardzo zmienił. Jesteśmy szczęśliwi, że są takie postępy”.

W tej fazie pojawiały się krótkotrwałe momenty nieznacznego pogorszenia mowy dziecka. Jeden z takich okresów matka chłopca opisywała tak: „Z mową BP jest różnie – raz mówi dużo, chce nam wszystko powiedzieć i mówi ładnie, wyraźnie, mówi bardzo ładnie po polsku.

Wszyscy bliscy się dziwią, jak on mówi ładnie po polsku, a raz się czasami jąka, ale jest to nie zauważalne jąkanie my to słyszymy, bo zwracamy na mowę BP uwagę. Jest wesoły, spokojny, czasami jak ma gorszy dzień i z mową jest różnie to jest trochę przygaszony. Jesteśmy dobrej myśli i tak uważamy, że jest bardzo duży postęp z mową BP, wszyscy to zauważyli”. W takich sytuacjach logopeda udzielał rodzicom wsparcia i zachęcał do dalszego wdrażania zaleceń terapeutycznych w warunkach domowych. W nadsyłanych przez rodziców sprawozdaniach dało się zaobserwować pewien trend – okresy pogorszenia zdarzały się rzadziej, przebiegały z mniejszym nasileniem objawów i szybciej wycofywały się. Sześć miesięcy po zakończeniu terapii w poradni przeprowadzono badanie kontrolne (9.10.2012).

KONTROLA SKUTECZNOŚCI TERAPII PÓŁ ROKU PO JEJ ZAKOŃCZENIU

Podczas spotkania kontrolnego, które odbyło się po okresie monitoringu (upłynęło sześć miesięcy od zakończenia terapii w warunkach poradni), zarówno rodzice, jak i terapeuta stwierdzili dalszy postęp w przewyciężaniu problemu jąkania. W opinii rodziców znacząco poprawiła się płynność wypowiedzi BP. Dodatkowo zaobserwowali oni, że ich syn chętniej się wypowiada. Pomimo że zdania, które BP teraz buduje, są dłuższe i bardziej skomplikowane, jego wypowiedzi są bardziej zrozumiałe niż przed terapią. W ich odczuciu znacznie poprawiła się też jakość wymowy chłopca. Takie opinie usłyszeli również od osób, które nie mają z nim tak częstego kontaktu, jak oni (dalsi krewni). Przed spotkaniem z logopedą rodzice zasięgnęli również opinii wychowawczyń w przedszkolu, które przyznały, że jakość wypowiedzi BP uległa znacznej poprawie, a objawy jąkania są już prawie niezauważalne, podczas gdy przed terapią były przedmiotem ich niepokoju – dlatego poprosiły o konsultację logopedyczną. Powtórnie przeprowadzono pełne badanie logopedyczne, które wykazało znaczną poprawę w zakresie funkcji nadawczych mowy (choć chłopiec nadal potrzebował dodatkowego czasu na przywołanie odpowiedniego słowa z pamięci) oraz postępujący rozwój artykulacji (głoski syczące były już realizowane prawidłowo, utrwały się głoski szumiące, pojawiała się głoska [r], chłopiec nie manifestował tendencji do upraszczania grup spółgłoskowych). Znacznemu obniżeniu uległ poziom jąkania. W wypowiedziach BP dało się zaobserwować rzadkie powtórzenia sylab i wyrazów (jedno- lub dwukrotne), występujące z nasileniem od 0,9% do 1,2% wszystkich sylab wypowiedzianych. Nie występowały już współruchy, ani też nie zaobserwowano

tendencji do wycofywania się z sytuacji komunikacyjnych – chłopiec mówił dużo i chętnie. Także poziom obaw rodziców w porównaniu z początkiem terapii uległ zdecydowanemu obniżeniu. Rodzice okazywali, że jąkanie nie wywiera już tak negatywnego wpływu na ich życie rodzinne. Stwierdzili oni, że gdy pojawiają się przejściowe okresy pogorszenia mowy wiedzą, co robić i nie wpadają w panikę. Mają poczucie, że przejęli kontrolę nad sytuacją. Podkreślali, że ważny jest dla nich fakt, że lepiej rozumieją, co wpływa na pogarszanie się mowy ich dziecka i wiedzą, jak mogą mu pomagać w trudnych sytuacjach. Rodzice zaakcentowali, że obok codziennego stosowania strategii interakcyjnych – zwłaszcza zwolnienia tempa mowy, dostosowania języka do możliwości dziecka i podążania w zabawie za synem – ogromnie ważne jest dla nich wdrażanie strategii rodzinnych, zwłaszcza konsekwentnego zachowania w stosunku do dziecka. Rodzice i terapeuta wspólnie zdecydowali, że w tej sytuacji zastosowanie interwencji bezpośredniej nie jest potrzebne. Rodzice zobowiązali się, że raz w miesiącu będą przysyłać logopedzie sprawozdania.

PODSUMOWANIE

Opisane w studium przypadku wdrożenie terapii *Palin PCI* wobec polskojęzycznego jąkającego się dziecka w wieku przedszkolnym wykazało, że zastosowanie tej metody w polskich warunkach kulturowych okazało się skuteczne². W postępowaniu badawczym wykazano, że u dziecka, dla którego rokowania były negatywne, wdrożenie terapii interakcyjnej rodzic-dziecko (bez komponentów metod bezpośrednich) przyniosło pożądane rezultaty, tzn. znaczne zmniejszenie się objawów jąkania oraz zwiększenie poczucia kompetencji i sprawstwa u rodziców.

Podczas wdrażania programu badawczego napotkano na pewne utrudnienia. Dla przykładu nagrania wideo wykonane przez rodziców podczas fazy A1 (monitoring przed podjęciem terapii) ze względu na niską jakość częściowo tylko nadawały się do wykorzystania. W przyszłości wskazane byłoby, aby takich nagrań dokonywał raz w tygodniu logopeda. Podobnie niezbyt fortunny wydaje się fakt, że badacz podejmujący

² Autorka badań serdecznie dziękuje rodzicom BP za wyrażenie zgody na udział w pracach badawczych nad wdrażaniem programu terapeutycznego *Palin PCI* w warunkach polskich. Szczególne podziękowania kierowane są do Sharon Millard i Elaine Kelman oraz całego zespołu specjalistów the Michael Palin Centre w Londynie za nieustanną inspirację i wsparcie, a także chęć dzielenia się z polskimi logopedami własnymi dokonaniem. Wyrazy wdzięczności za pomoc należą się również koleżankom logopedom z Centrum Logopedycznego w Katowicach, a zwłaszcza mgr Barbarze Jeziorczak i mgr Bogumile Wilk.

działania w ramach prac badawczych nad studium przypadku i terapeuta wdrażający program terapeutyczny to jedna i ta sama osoba. Taka sytuacja wynikała z faktu, że w tym czasie na terenie aglomeracji śląskiej nie było drugiego specjalisty przeszkolonego w terapii *Palin PCI* (dopiero w maju 2012, po przeszkoleniu w tym zakresie mgr Barbary Jeziorcak w Ośrodku MPC w Londynie, prowadząca badania mogła skorzystać z konsultacji wyników uzyskanych badań przez drugiego niezależnego specjalistę). Niewystarczającą ilość wystandaryzowanych narzędzi badawczych dla małych dzieci również należy uznać za istotne utrudnienie (*Test Słownika Dziecka Z. Tarkowskiego* został użyty po raz pierwszy, gdy chłopiec miał 3 lata i 11 miesięcy, natomiast narzędzie to jest przeznaczone do badania dzieci od lat 4). Pomimo przytoczonych ograniczeń, wyniki przeprowadzonych badań są bardzo obiecujące. Wydaje się, że w najbliższej przyszłości korzystne byłoby powtórne badanie skuteczności *Palin PCI* w warunkach polskich z wykorzystaniem metody studium indywidualnego przypadku, w którym wyeliminowane zostałyby opisane wcześniej utrudnienia we wdrażaniu procedury badawczej.

Bibliografia

- Botterill W., Kelman E., 2010, *Palin Parent-Child Interaction*, [in:] *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, eds B. Guitar, R. McCauley, Baltimore, s. 63-90.
- Botterill W., Kelman E., Rustin L., 1991, *Parents and Their Pre-School Stuttering Child*, [in:] *Parents, Families and Stuttering Child*, ed. L. Rustin, Kibworth, s. 59-71.
- Bula D., Niesporek-Szamburska B., 2004, *Komunikacja językowa dzieci*, [w:] *Dziecko w świecie języka*, red. D. Bula, D. Krzyżyk, B. Niesporek-Szamburska, H. Synowiec, Kraków, s. 13-56.
- Chęć M., 1993, *Jąkanie*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 141-156.
- Czubarą T., 2010, *Społeczne konsekwencje jąkania*, Warszawa.
- Gregory H.H., Campbell J.H., Hill D.G., 2003, *Differential Evaluation of Stuttering Problems*, [in:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedure*, ed. H.H. Gregory, Boston, s. 78-141.
- Guitar B., Kopf-Schaefer H.K., Donahue-Kilburg G., Bond L., 1992, *Parental verbal interactions and speech rate: A case study in stuttering*, „Journal of Speech and Hearing Research” vol. 35, s. 742-754.
- Howell P., 2011, *Recovery from Stuttering*, Hove.
- Janas-Kaszczyk J., Tarkowski Z., 1991, *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad metodą i terapią logopedii*, Lublin.

- Kelman E., Nicholas A., 2008, *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*, Milton Keynes.
- Kempiński A., 1989, *Poznanie chorego*, Warszawa.
- Kloth S.A.M., Kraaimaat F.W., Janssen P., Brutten G.J., 1999, *Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children*, „Journal of Fluency Disorders” vol. 24, s. 253-256.
- Kostecka W., 1998, *Kurs terapii płynności mowy dla dzieci*. Londyn, lipiec 1998, „Logopedia” t. 25, s. 166-167.
- Kostecka W., 2001a, *Ramowy program diagnozy i terapii wczesnej niepłynności*, „Biuletyn Logopedyczny” nr 2 (5), s. 37-40.
- Kostecka W., 2001b, *Terapia rodzinna dziecka z niepłynnością mowieńia*, „Biuletyn Logopedyczny” nr 3 (6), s. 38-44.
- Krajna E., 2008, *100-wyrazowy Test Artykulacyjny*, Gliwice.
- Kurkowski Z.M., 2003, *Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia*, Warszawa.
- Manning W.H., 2010, *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*, Clifton Park.
- Matthews S., Williams R., Pring T., 1997, *Parent-child interaction therapy and dysfluency: A single-case study*, „International Journal of Language and Communication Disorders” vol. 32, s. 346-357.
- Meline T., 2006, *Research in Communication Sciences and Disorders. Methods – Applications – Evaluation*, Upper Saddle River.
- Meyers S.C., Freeman F.J., 1985a, *Mother and Child Speech Rates as a Variable in Stuttering and Disfluency*, „Journal of Speech and Hearing Research” vol. 28, s. 436-444.
- Meyers S.C., 1991, *Interactions With Pre-Operational Pre-School Stutterers: How Will This Influence Therapy?*, [in:] *Parents, Families and Stuttering Child*, ed. L. Rustin, Kibworth, s. 40-58.
- Meyers S.C., Freeman F.J., 1985b, *Interruptions as a Variable in Stuttering and Disfluency*, „Journal of Speech and Hearing Research” vol. 28, s. 428-435.
- Millard S.K., Edwards S., Cook F.M., 2009, *Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*, „International Journal of Speech-Language Pathology” vol. 11 (1), s. 61-76.
- 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” vol. 51, s. 636-650.
- Newman L.L., Smit A.B., 1989, *Some effects of variations in response time latency on speech rate, interruptions, and fluency in children's speech*, „Journal of Speech and Hearing Research” vol. 32, s. 635-644.

- Onslow M., Andrews Ch., Lincoln M., 1994, *A Control/Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering*, „Journal of Speech and Hearing Research” vol. 37, s. 1244-1259.
- Onslow M., Costa L., Rue S., 1990, *Direct Early Intervention with Stuttering: Some Preliminary Data*, „Journal of Speech and Hearing Disorders” vol. 55, s. 405-416.
- Onslow M., Millard S., 2012, *Palin Parent Child Interaction and Lidcombe Program: Clarifying some issues*, „Journal of Fluency Disorders” vol. 37 (1), s. 1-8.
- Pilch T., Baum T., 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa.
- Pring T., 2005, *Research Methods in Communication Disorders*, London.
- Rustin L., Botterill W., Kelman E., 1996, *Assessment and Therapy for Young Dysfluent Children. Family Interaction*, London.
- Tarkowski Z., 2002, *Przesiewowy Test Logopedyczny*, Lublin.
- Tarkowski Z., 2009, *Test Słownika dziecka. Wydanie II rozszerzone*, Lublin.
- Ward D., 2006, *Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment*, Hove.
- Węsierska K., 2010, *Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko przykładem skutecznego postępowania w jąkaniu wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 23-30.
- Węsierska K., 2012a, *Wczesna interwencja w przypadku objawów jąkania u małych dzieci*, [w:] *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka. Z Prac Towarzystwa Kultury Języka. Tom VIII*, red. J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko, Warszawa, s. 217-228.
- Węsierska K., 2012b, *Problem jąkania się dzieci w wieku przedszkolnym*, [w:] *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, red. J. Skibska, D. Larysz, Bielsko-Biała, s. 107-132.
- Węsierska K., 2012c, *Kompleksowa diagnoza jąkania wczesnodziecięcego podstawą skutecznej terapii*, „Nowa Logopedia” t. 3: *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, red. M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Kraków, s. 407-434.
- Winslow M., Guitar B., 1994, *The effects of structured turn-taking on disfluencies: A case study*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” vol. 25, s. 251-257.
- Yairi E., Ambrose N.G., 1999, *Early childhood stuttering I: Persistence and recovery rates*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” vol. 42, s. 1097-1112.

-
- Yairi E., Ambrose N.G., 2005, *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*, Austin.
- Yairi E., Seery C.H., 2011, *Stuttering. Foundations and Clinical Applications*, Upper Saddle River.
- Zebrowski P., 1995, *Temporal Aspects of the Conversations between Children who Stutter and their Parents*, „Topics in Language Disorders” vol. 15, s. 1-17.

ANEKS:

Skala Palin dla rodzica dziecka jękającego się –
Palin Parent Rating Scales, S. Millard, S. Edwards, F. Cook³

Imię rodzica:

Imię dziecka:

Data:

Powód badania:

Proszę zaznaczyć kreską na skali odpowiedź dla każdego pytania – tak jak jest to zaprezentowane na przykładzie poniżej.

Przykład:

Jak pewnie czuje się Twoje dziecko, jeżdżąc na rowerze?

_____ X _____

0 10

(tak pewnie, jak to tylko możliwe) (wcale)

Nie należy zastanawiać się zbyt długo nad poszczególnymi pytaniami. Proszę zaznaczyć pierwszy wynik, jaki przychodzi Państwu na myśl. Jeśli czasem trudno wskazać odpowiedź, ponieważ zachowania czy reakcje dziecka są zmienne, wówczas należy odpowiedzieć, uwzględniając okres ostatnich dwóch tygodni.

TWOJE DZIECKO:

1. Jak często Twoje dziecko się jęka?

0 10

(tak często, jak to tylko możliwe) (wcale)

2. Jak mocno Twoje dziecko się jęka?

0 10

(tak mocno, jak to tylko możliwe) (wcale nie mocno)

³ Tłumaczenie i adaptacja: K. Węsierska, na podstawie: S.K. Millard, S. Edwards, F.M. Cook (2009), *Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence*, “International Journal of Speech-Language Pathology”, 11:1, 61-76 oraz udostępnionej przez Autorki zmodyfikowanej, skróconej wersji *Skali*. Przedruk za zgodą Auterek.

3. Jak bardzo Twoje dziecko zмага się z wypowiedaniem się?

0 **10**
(tak bardzo, jak to tylko możliwe) **(wcale)**

4. Czy Twoje dziecko mówi mniej z tego powodu, że się jąka?

0 **10**
(zawsze) **(nigdy)**

5. Czy Twoje dziecko ma okresy płynności w mówieniu?

0 **10**
(nigdy) **(zawsze)**

6. Jak bardzo Twoje dziecko jest sfrustrowane (rozczarowane) z powodu swojej mowy?

0 **10**
(tak bardzo, jak to tylko możliwe) **(wcale)**

7. Jak bardzo Twoje dziecko denerwuje się z tego powodu?

0 **10**
(tak bardzo, jak to tylko możliwe) **(wcale)**

8. Jak bardzo Twoje dziecko jest zaniepokojone z powodu swojej mowy?

0 **10**
(tak bardzo, jak to tylko możliwe) **(wcale)**

9. Jak bardzo pewne siebie jest Twoje dziecko w sytuacjach, gdy się wypowiada?

0 **10**
(wcale) **(całkowicie pewne siebie)**

10. Jak szczęśliwe jest Twoje dziecko – ogólnie?

0 10
(wcale) (całkowicie)

11. Jak dobrze Twoje dziecko potrafi wyrażać swoje uczucia?

0 10
(wcale) (zupełnie odpowiednio)

TY, RODZIC:

1. Jak bardzo jesteś zaniepokojony jękanie się Twojego dziecka?

0 10
(tak bardzo, jak tylko można) (wcale)

2. Jak bardzo obawiasz się o przyszłość swojego dziecka z powodu jękania?

0 10
(tak bardzo, jak tylko można) (wcale)

3. Czy wiesz, co wpływa na jękanie się Twojego dziecka (czy rozumiesz, skąd się bierze jękanie u Twojego dziecka)?

0 10
(wcale) (tak, w pełni)

4. W jakim stopniu jękanie się dziecka wpływa na Waszą rodzinę?

0 10
(tak bardzo, jak to tylko możliwe) (zupełnie nie ma wpływu)

JAK PEWNY JESTEŚ SWOJEJ WIEDZY Z PONIŻSZEGO ZAKRESU:

1. Odpowiedni sposób reagowania na jękanie się dziecka:

0 10
(wcale) (całkowicie)

2. Wspomaganie płynności w mowie dziecka:

0 10
(wcale) (całkowicie)

3. Radzenie sobie z obawami dziecka związanymi z jękaniem/ze świadomością jękania się:

0 10
(wcale) (całkowicie)

4. Wzmacnianie u Twojego dziecka jego wiary w siebie:

0 10
(wcale) (całkowicie)