

Wydanie Drugie

TERAPIA INTERAKCYJNA PALIN PCI
RODZIC–DZIECKO w JĄKANIU
WCZESNODZIECIĘCYM

Elaine Kelman i Alison Nicholas



Terapia interakcyjna rodzic– -dziecko Palin PCI w jąkanii wczesnodziecięcym

Ten praktyczny podręcznik dla programu Terapia interakcyjna Palin rodzic–dziecko (Palin PCI) został stworzony w Centrum Michaela Palina. Jest teraz dostępny w pełni poprawionym i zaktualizowanym drugim wydaniu. Program Palin PCI opiera się na założeniu, że rodzice odgrywają kluczową rolę w skutecznej terapii i że zrozumienie i radzenie sobie z jąkanii jest wspólną podróżą dziecka, rodzica i terapeuty.

Książka ta podkreśla potrzebę otwartej komunikacji na temat jąkania, oferując połączenie technik pośrednich, takich jak informacje zwrotne na podstawie nagrań wideo, strategie interakcyjne i budowanie pewności siebie, z technikami bezpośrednimi, wykorzystywanymi, by nauczyć dziecko co może zrobić, aby mogło samo sobie pomóc.

Wydanie 2:

- * Uwzględnia najbardziej aktualne badania w dziedzinach takich jak neurologia, genetyka, psychologia temperamentu i wpływ jąkania na dzieci i ich rodziny
- * Udostępnia materiały, które można skopiować, takie jak narzędzia oceny, arkusze informacyjne i poradniki dotyczące terapii, w celu wsparcia realizacji terapii Palin PCI
- * Koncentruje się na upodmiotowieniu poprzez budowanie pewności siebie w komunikacji u dzieci z jąkanii i rozwijanie wiedzy z pewności siebie u ich rodziców

Opierając się na solidnych ramach teoretycznych, książka ta oferuje kompleksowe zrozumienie podejścia Palin PCI w celu wsparcia logopedów ogólnych i specjalistycznych w rozwijaniu wiedzy, umiejętności i zaufania w pracy z małymi dziećmi z jąkanii i ich rodzinami.

Elaine Kelman jest konsultantką logopedyczną, szefową Centrum Michaela Palina dla osób z jąkanii i kierownikiem działu logopedycznego przychodni Whittington w Londynie. Od ponad trzydziestu lat zajmuje się jąkanii, zapewniając specjalistyczną terapię dzieciom i ich rodzinom, młodzieży i dorosłym z jąkanii. Elaine jest certyfikowanym Europejskim Specjalistą Jąkania, członkinią zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Płynności Mowy (IFA), przewodniczącą zarządu Europejskich Specjalistów Zaburzeń Płynności Mowy¹, członkinią Amerykańskiego Stowarzyszenia Logopedów i Audiologów Mowy oraz specjalistką do spraw jąkania w Królewskim Kolegium Logopedów (RCSLT).

Alison Nicholas jest ekspertką terapii logopedycznej, od 23 lat pracującą w Centrum Michaela Palina. Obecnie praktykuje w Cardiff w Walii, gdzie zapewnia specjalistyczną terapię logopedyczną dzieciom i ich

¹ Europejska Specjalizacja Jąkania (ang. *European Stuttering Specialization, ESS*), dawn.: Europejska Kliniczna Specjalizacja Zaburzeń Płynności mowy (ang. *European Clinical Specialization in Fluency Disorders, ECSF*) (<https://www.stutteringspecialization.eu>).

rodzinom, młodzieży i dorosłym z jąkaniem. Jest certyfikowaną Europejską Specjalistką Jąkania i wykładowczynią na Cardiff Metropolitan University, gdzie prowadzi zajęcia dla studentów studiów licencjackich z zakresu zaburzeń płynności mowy. Jest absolwentką Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach i posiada certyfikat Praktyka Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach.

Elaine i Alison wniosły wkład w rozwój różnych programów terapeutycznych dla dzieci z jąkaniem w Centrum Michaela Palina, w szczególności w zakresie radzenia sobie z jąkaniem we wczesnym dzieciństwie. Przyczyniły się one także do powstania szeregu publikacji. Oprócz tego uczestniczyły w krajowym i międzynarodowym programie szkoleniowym Centrum i były mocno zaangażowane w program badawczy tego ośrodka – obejmujący gromadzenie dowodów naukowych dotyczących terapii jąkania wczesnodziecięcego.

Terapia interakcyjna Palin PCI
rodzic–dziecko
w jąkaniu wczesnodziecięcym

Wydanie drugie

Elaine Kelman
i Alison Nicholas

Palin Parent–Child Interaction Therapy for Early Childhood Stammering

Second edition published 2020 by Routledge

© 2020 Elaine Kelman and Alison Nicholas

All Rights Reserved

Authorised translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group

Terapia interakcyjna rodzic–dziecko Palin w jękanii wczesnodziecięcym

Wydanie drugie

Polskie wydanie e-book

© 2025 Fundacja Centrum Logopedyczne, Katowice



ISBN: 978-83-972937-1-7

Tłumaczenie: Anna Murzańska i Katarzyna Węsierska

Redakcja merytoryczna: Joanna Szymczakowska i Justyna Szczypa

Redakcja językowa i korekta: Agnieszka Płusajska-Otto i Monika Urbańska

Projekt graficzny i łamanie: Anna Bubel

Opracowanie wersji online: Wojciech Palka

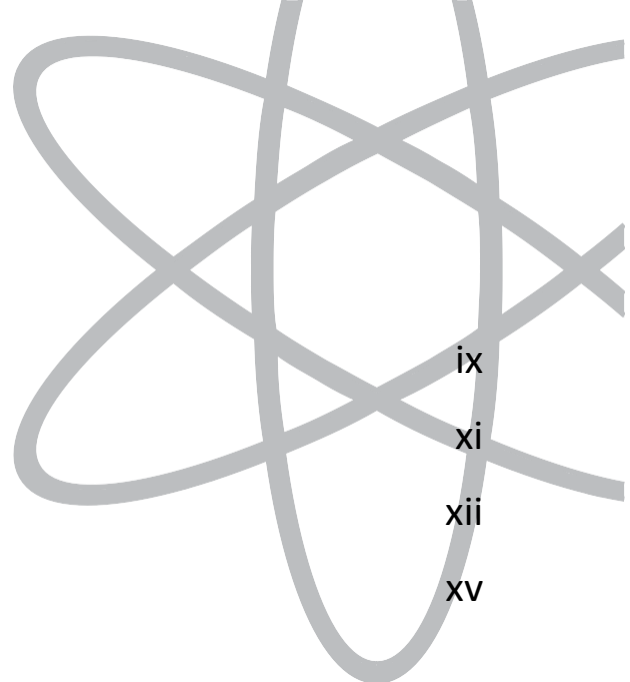


**SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
WSPIERANIA ROZWOJU ORGANIZACJI PORADNICZYCH NA LATA 2022–2033**

*Dla Jane Fraser, której raison d'être jest pomocą dla
dzieci z jękaniami i która zawsze była gorącą
orędowniczką tego podejścia terapeutycznego, a także
wspaniałą towarzyszką w naszej pracy z dziećmi i ich
rodzicami oraz logopedami na całym świecie, którzy
starają się im pomóc.*

Spis treści

Wykaz ilustracji i wykresów	ix
Wykaz tabel	xi
Przedmowa	xii
Podziękowania	xv
1 Wprowadzenie i podstawy teoretyczne	1
2 Które dzieci potrzebują interwencji?	22
3 Czym jest terapia interakcyjna Palin PCI?	33
4 Badania przesiewowe, poradnictwo i obserwacja	49
5 Pełne badanie	61
6 Omówienie badania	98
7 Strategie interakcyjne	117
8 Strategie rodzinne	165
9 Strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem	212
10 Dostosowanie terapii Palin PCI	248
11 Opinie rodziców i logopedów na temat terapii Palin PCI	257
Załączniki	263
Polecane źródła	354
Bibliografia	356



Wykaz ilustracji i wykresów

1.1	Model podtrzymania w rodzinie	18
1.2	Model Palin	21
3.1	Model Palin	42
3.2	Model Palin wraz ze strategiami	44
4.1	Wykres wyników badań przesiewowych	57
5.1	Wykres prezentujący formularze	61
8.1	Zasady zabierania głosu	185
9.1	Rysowanie dłoni	218
9.2	Mózg	219
9.3	Płuca	220
9.4	Struny głosowe	220
9.5	Jak powstaje mowa	221

Wykaz Tabeli

5.1	Wykres podsumowujący – część górna	72
5.2	Wykres podsumowujący – czego potrzebuje dziecko?	72
5.3	Wykres podsumowujący – strategie interakcyjne	73
5.4	Wykres podsumowujący – klucz	73
5.5	Punktacja w Skali Palin PRS	81
8.1	Wykres zabierania głosu w rodzinie	182

Przedmowa

To wielki zaszczyt, że poproszono mnie o napisanie przedmowy dla tak wspaniałej pracy. Nie sposób przecenić znaczenia dobrze opracowanych, wypróbowanych, udoskonalanych i zweryfikowanych terapii jąkania. Tuż po tym, jak zaczęłam przygotowywać się do napisania tego wprowadzenia, na moją skrynkę mailową przysłała wiadomość od matki dziecka z jąkaniem. Została ona przekazana przez lokalnego logopedę uznanemu w kraju badaczowi, a następnie do mnie wraz z prośbą o poradę. Była długa i płynąca prosto z serca. Można było z niej wyczytać głęboki ból i troskę matki o dziecko.

Jąkanie rani. Rani dziecko z jąkaniem i całą jego rodzinę. Zespół Palina, wiedząc o tym, opracował podejście udoskonalane w wieloletniej współpracy z dziećmi i ich rodzinami, będące jednym z najlepszych przykładów powiązania badań z praktyką, jakie kiedykolwiek widziałam. W przeciwieństwie do wielu osób zajmujących się jąkaniem, zespół Palina podąża drogą praktyki opartej na dowodach, co jest w pełni zgodne z początkowymi założeniami tego podejścia. Członkowie zespołu podjęli badania nad jąkaniem i pokrewnymi mu dziedzinami takimi jak ogólne zaburzenia komunikacji, psychologia, rozwój człowieka i poradnictwo. Użyli ich do stworzenia rozsądnego, uporządkowanego i dopracowanego programu interwencji terapeutycznej. W swojej ocenie rezultatów terapii interakcyjnej Palin PCI stosują oni rygorystyczne metody, co jest pomocne w dostosowaniu i doskonaleniu poszczególnych części składowych terapii. Dokładnie to przyświecało twórcom ruchu na rzecz praktyki opartej na dowodach, gdy nawoływali pracowników ochrony zdrowia do przyjęcia jego założeń.

W tym samym duchu zespół z Centrum Palina zgrabnie poruszał się pomiędzy praktyką opartą na dowodach i jej pochodną – dowodami opartymi na praktyce. Unikatowe, pracujące holistycznie, środowisko Centrum Michaela Palina pozwoliło tamtejszemu zespołowi w pełni zbadać wyjątkowe potrzeby i obawy rodzin, które do nich przychodzą. Ten wyspecjalizowany ośrodek potrafi pomóc bardziej niż wielu samodzielnych lub pracujących w mniejszych ośrodkach terapeutów.

W przeciwieństwie do niektórych istniejących terapii, ten podręcznik ma zapewnić terapeutę przemyślane, odpowiednio zorganizowane i oparte na sprawdzonej wiedzy porady, nie będąc przy tym schematycznym instruktażem. Dostarcza on bogatą paletę materiałów do oceny, terapii i poradnictwa, ale nie ma na celu ograniczenia terapeuty w jego dynamicznej wizji procesu terapeutycznego. Tekst ten łączy informacje o tym, jak zapewnić dobrą terapię, ze wskazówkami i pomocą w rozwijaniu umiejętności dobrego terapeuty.

Co najbardziej wyjątkowe, wśród najlepiej opracowanych terapii jąkania dziecięcego terapia interakcyjna Palin PCI postrzega dziecko jako najważniejszego i aktywnego członka zespołu i procesu terapeutycznego. Jąkanie przez długi czas pozostawało w tyle za większością przewlekłych kondycji wieku dziecięcego, pod względem rozumienia, że w przypadku dzieci, które nie „wyrastają” z potencjalnie ograniczającego funkcjonowanie zaburzenia, kluczowe dla osiągnięcia najlepszych rezultatów jest nie tylko wsparcie rodziny, lecz także aktywny udział samych dzieci w procesie terapii...

W tym celu należy rozmawiać na temat jąkania i zrozumieć osobiste potrzeby dziecka.

Zespół Centrum im. Micheala Palina dzieli się z czytelnikami dobrze przemyślanym i dopracowanym programem, który powinien zapewnić każdemu terapeutę bezcenny plan terapii, oferujący każdemu

dziecku i jego rodzinie wszechstronną opiekę dostosowaną do złożonych potrzeb związanych z dziecięcym jękaniem.

Dokładnie tego nasza dziedzina wiedzy potrzebuje więcej. Podobnie jak zespół autorski, mam nadzieję, że czytelnicy i użytkownicy programu Terapii interakcyjnej Palin PCI będą nadal gromadzić informacje o jego pomocnych założeniach, sposobach dalszego zwiększania jego skuteczności oraz o tym, którym dzieciom i rodzinom najlepiej pomaga stosowanie tego podejścia. Jestem dozgonnie wdzięczna za wkład, jaki zespół już wniósł w pomoc dzieciom z jękaniem i ich rodzinom, i wiem, że czytelnicy również będą wdzięczni.

Nan Bernstein Ratner, F-, H-ASHA, F-AAAS, ABCLD

Profesor Nauk o Słuchu i Mowie

Uniwersytet Maryland

Stany Zjednoczone

Podziękowania

Ostatnie 12 lat przyniosło gwałtowny wzrost nowych i ważnych ustaleń dotyczących jąkania wczesnodziecięcego oraz jego wpływu na dzieci, a także tego, które z nich powinny być obejmowane terapią i jaka jest skuteczność interwencji.

Jesteśmy dłużnikami badaczy i terapeutów, którzy wzbogacili nasze zrozumienie, i których praca poszerzyła naszą praktykę kliniczną, w wyniku czego potrzebne jest wydanie drugie, stanowiące odzwierciedlenie tych osiągnięć. Do powstania tej publikacji przyczynił się nasz udział w spotkaniach, konferencjach i kursach szkoleniowych, lektura artykułów w czasopismach i tekstów klinicznych oraz dyskusje zespołu terapeutycznego w Centrum Michaela Palina, a także pytania studentów i zaproszonych terapeutów. Cieszymy się również z naszej współpracy badawczej z Tricią Zebrowski, wspaniałą terapeutką i naukowczynią.

Zawsze będziemy pamiętać zmarłą dr Lenę Rustin, której pionierski duch i nieposkromiona chęć działania rozbudziły w tak wielu z nas pasję do tej dziedziny wiedzy. Lena rozpałała płomień, który następnie stał się prawdziwym ogniskiem, dzięki Frances Cook i Willie Botterill, które zainspirowały i opiekowały się całym zespołem terapeutów. Wpoili nam kulturę ciągłego uczenia się, superwizji i rozwoju zawodowego, połączoną z otwartością na nowe podejścia i kreatywność, zawsze w oparciu o dowody naukowe.

Sharon Millard, kierująca badaniami naukowymi w naszym ośrodku, podtrzymuje nas w stanie ciągłej gotowości, krytycznie oceniając nowe publikacje, prezentacje konferencyjne i przygotowując publikacje do recenzowanych artykułów. Dbą też, abyśmy otrzymywali dane dotyczące wyników, które nie tylko wpłyną na naszą praktykę kliniczną, ale także dostarczą nam ważnych dowodów na skuteczność proponowanej przez nas terapii.

Nasze główne specjalistki, Ali Berquez i Jane Harley, dostarczają nieocenionych porad, opieki i instruktażu zespołowi terapeutycznemu Centrum, który tylko w ciągu ostatniej dekady liczył ponad 20 terapeutów.

Jesteśmy niezwykle wdzięczni Sarze Caughter, Vicky Cummings, Sarze Delpeche i Marie Halpin za ich wkład w powstanie tego tekstu, jak i Ali Berquez, Frances Cook, Sharon Millard, Dianie de Grunwald za ich uwagi i porady edytorskie, a szczególnie Marcie Jeffery za jej nadzwyczajną dbałość o szczegóły.

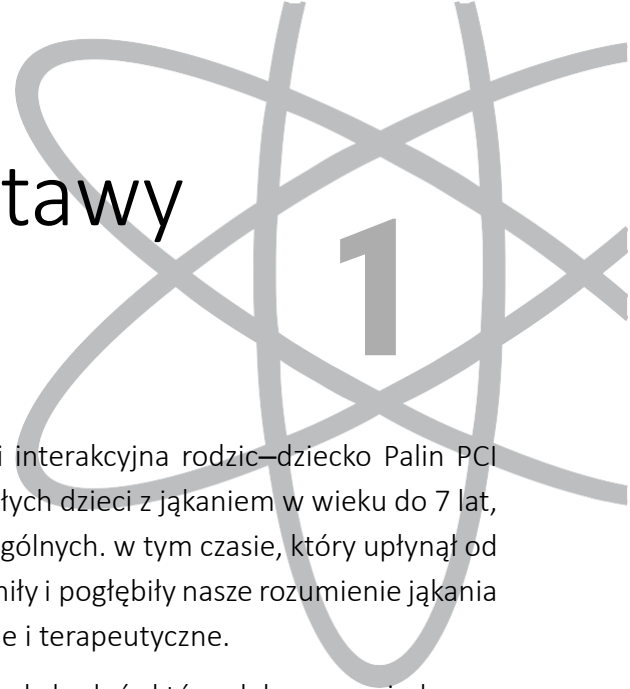
Jak zawsze, najwięcej nauczyliśmy się od dzieci i ich rodziców, z którymi mieliśmy przyjemność i przywilej pracować.

Praca w Centrum Michaela Palina nie byłaby możliwa bez partnerstwa brytyjskiej Narodowej Służby Zdrowia (National Health Service) z organizacją charytatywną Działania na rzecz jąkających się dzieci (Action for Stammering Children), którym jesteśmy niezmiernie zobowiązani. Jesteśmy również wdzięczni Sir Michaelowi Palinowi, który dał nam lojalne wsparcie i użyczył swego imienia, które firmuje naszą pracę.

Na koniec podziękowania należą się naszym mężom i rodzinom za ich wyrozumiałość i nieustające wsparcie i motywację.

Elaine Kelman i Alison Nicholas

Wprowadzenie i podstawy teoretyczne



Niniejsze – 2 wydanie – stanowi zaktualizowaną wersję Terapii interakcyjna rodzic–dziecko Palin PCI w jękaniu wczesnodziecięcym, interwencji terapeutycznej dla małych dzieci z jękaniem w wieku do 7 lat, opracowanej w Centrum Michaela Palina do użytku logopedów ogólnych. w tym czasie, który upłynął od publikacji 1 wydania, przeprowadzono wiele badań, które wzmocniły i pogłębiły nasze rozumienie jękania wczesnodziecięcego. Wpłynęło to na nasze metody diagnostyczne i terapeutyczne.

W rozdziale 1 przedstawiamy obszerny przegląd dotychczasowych badań, które dały nam wiedzę na temat czynników leżących u podstaw jękania i na nie wpływających. w ich wyniku powstał model Palin zapewniający kliniczne narzędzie do badania i terapii. Następnie – w rozdziale 2 – omówiliśmy streszczenie badań pomocnych przy podejmowaniu decyzji na temat tego, które dzieci zaczynające się jąkać potrzebują interwencji terapeutycznej. Rozdział 3 przedstawia ogólny zarys programu terapii interakcyjnej rodzic–dziecko Palin PCI, sposób jego opracowania, czynniki, które kształtowały go przez lata, a także zasady leżące u podstaw tego podejścia i dowody na skuteczność metody Palin PCI.

W rozdziale 4 opisujemy praktyczne zastosowanie tej wiedzy i narzędzie przesiewowe, a także proces udzielania porad i obserwacji tych dzieci, które nie wymagają diagnozy i terapii.

W rozdziale 5 został opisany proces diagnostyczny, obejmujący diagnozę dziecka i wywiad rodzinny (tzw. historię przypadku), w celu rozpoznania silnych i słabych stron dziecka w kontekście jego rodziny. To z kolei umożliwia zaprezentowanie rodzicom procesu programowania postępowania terapeutycznego, przedstawionego w rozdziale 6 w taki sposób, aby zrozumieli, jakie czynniki leżą u podstaw jękania się dziecka i jakie na nie wpływają, a także które elementy programu terapii są indywidualnie dostosowane do ich dziecka i rodziny.

Sama terapia omówiona została w następnych czterech rozdziałach. Strategie interakcyjne, rodzinne i ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem, opisano w rozdziałach 7, 8 i 9. w rozdziale 10 znaleźć można opis adaptować program Palin PCI.

Podejście Palin PCI ilustrujemy studiami przypadków dzieci i rodzin, z którymi pracowaliśmy. By zaprezentować opinie użytkowników, uwzględniliśmy również obserwacje poczynione przez rodziców i terapeutów. Załączniki to materiały, które terapeuci mogą kopiować i wykorzystywać we własnej praktyce klinicznej: formularze diagnostyczne, opracowania informacyjne i inne dokumenty.

Naszą intencją jest, aby terapeuci byli w stanie wdrożyć Palin PCI poprzez rozwijanie swojej wiedzy, umiejętności i pewności siebie w oparciu o niniejszy podręcznik. Prowadzimy również szkolenia z Palin PCI, podczas których dyskusje, ćwiczenia praktyczne i pokazy wideo ułatwiają terapeutom rozwój umiejętności w warunkach czynnej nauki. Nasze badania nad programem szkoleniowym wykazały, że wiedza, umiejętności i pewność siebie terapeutów są nie tylko budowane podczas kursu szkoleniowego, ale też utrzymują się po jego zakończeniu, a terapeuci zgłaszają, że nabyte umiejętności można w dużym stopniu przenieść na pracę z innymi grupami klientów (Botterill, Biggart i Cook, 2006). Dla tych, którzy chcą kontynuować ten proces, dostępne są stałe superwizje, umożliwiające uzyskanie statusu

Akredytowanego Terapeuty Palin PCI. Więcej informacji na temat kursów szkoleniowych i akredytacji można znaleźć na stronie: www.michaelpalincenreforstammering.org².

Zgodnie ze stosowanymi konwencjami będziemy używać zaimków „on” w odniesieniu do dziecka i „ona” w odniesieniu do terapeuty. Kiedy używamy terminu „rodzice”, odnosimy się również do każdego innego głównego opiekuna, na przykład rodzica zastępczego czy dziadka.

Przez lata stosowaliśmy Palin PCI w pracy z setkami dzieci, z których każde miało swój własny, zindywidualizowany program i wciąż jesteśmy pełni entuzjazmu i zafascynowani tym podejściem ze względu na to, że wspiera ona rodziców i pomaga dzieciom z jąkaniem stać się osobami komunikującymi się skutecznie i z dużą pewnością siebie. Mamy nadzieję, że ta książka będzie dla Ciebie pouczająca i że poczujesz się przygotowana i natchniona do pracy z tą wyjątkową grupą dzieci i ich rodziców.

Jąkanie występuje we wszystkich częściach świata, kulturach, religiach i grupach społeczno-ekonomicznych. Jest to złożone zjawisko, które może być określane jako zacinięcie się lub jąkanie.

Nie istnieje jednolita definicja jąkania, a terminologia różni się w praktyce klinicznej. u dzieci z jąkaniem najczęściej pojawiają się następujące rodzaje niepełności mowy (Guitar, 2014; Yairi i Seery, 2015; Yaruss i Reardon-Reeves, 2017):

- * Powtarzanie jednosylabowych słów, na przykład „Ja-ja-ja-ja lubię czekoladę”, „A-a-a-a ja lubię czekoladę”.
- * Powtarzanie głosek lub sylab, na przykład „Lubię cz-cz-cz-czekoladę”, „Lubię cze-cze-cze-czekoladę”.
- * Przedłużanie głosek, na przykład „Llllllllllllllllllllllllubię czekoladę”.
- * Blokowanie głosek, gdy artykulatory są na swoim miejscu, ale nie wydobywa się z nich żaden dźwięk, na przykład „Lubiłem cz...ekoladę”.

Te rodzaje niepełności, najbardziej typowe dla jąkania, są określane jako podstawowe cechy jąkania. Niepełności znacznie rzadziej dotyczą końcowych sylab w wyrazach – powtórzenia końcowych sylab wyrazów, na przykład: „Byłem-łem-łem w lesie-sie-ię”; wtrącenia czy przerwy w środku wyrazu, takie jak wtrącenie głoski „h”, na przykład „Posze-hedłem do pa-harku”; przedłużenia końcowych głosek, na przykład „Lubię patrzeć na autobussssss”; powtórzenia końcowych fraz, na przykład „Lubię ten park-park-park”. Są one określane jako niepełności atypowe (zob. Sisskin i Wasilus, 2014).

Jąkaniu mogą towarzyszyć na przykład:

- * Napięcie fizyczne, na przykład w mięśniach wokół oczu, nosa, ust lub szyi.
- * Zachowania związane z wysiłkiem, mogą to być współruchy ciała, które pojawiają się, gdy dziecko próbuje „wypchnąć” słowo, na przykład tupanie nogami, problemy z oddechem. Cechy te są często określane jako zachowania wtórne.

Ponadto, dziecko może stosować strategie mające na celu zminimalizowanie lub ukrycie problemu, na przykład:

² Logopedów zainteresowanych szkoleniami w języku polskim zapraszamy do kontaktu z Fundacją Centrum Logopedyczne: www.fcl.org.pl.

- * Unikanie lub zmiana wyrazów – dziecko może powiedzieć „Zapomniałem, co miałem zamiar powiedzieć” lub może zmienić wyraz na inny, gdy zaczyna się jąkać, na przykład „Grał z moim br- br- br-... moim kuzynem w sobotę”;
- * Unikanie określonych sytuacji, na przykład nie bierze udziału w zabawach w kole w przedszkolu lub nie podnosi ręki, aby odpowiedzieć na pytanie w szkole.

Zachowania takie nazywamy unikającymi lub zabezpieczającymi. Wraz z wiekiem niektóre dzieci stają się tak biegłe w ukrywaniu swojego problemu, że może się wydawać, że się nie jąkają lub po prostu stają się bardzo ciche.

Wiemy również, że nawet w wieku przedszkolnym niepełnościom w mowie dzieci z jękaniami mogą towarzyszyć negatywne reakcje emocjonalne, takie jak frustracja, zakłopotanie i niepokój.

Dlatego też jękanie jest złożone i obejmuje więcej niż podstawowe opisane wyżej niepełności mowy (zob. Guitar, 2014; Reardon-Reeves i Yaruss, 2013; Yairi i Seery, 2015).

„Jękanie to coś więcej niż tylko jękanie się” (Reardon-Reeves i Yaruss, 2013, s. 8).

W mowie małego dziecka mogą również występować inne rodzaje niepełności mowy, takie jak:

- * Zawahania lub pauzy, na przykład „Lubię... koty”.
- * Wypełnione pauzy, na przykład „Lubię yhm koty”.
- * Autokorekty, na przykład „Lubię – naprawdę uwielbiam koty”.
- * Powtórzenia całych wielosylabowych wyrazów, na przykład „Dlatego-dlatego-dlatego że lubię koty”.
- * Powtórzenia fraz, na przykład „Ja lubię – ja lubię koty”.

Choć te niepełności mogą występować w mowie dzieci jąkających się jako towarzyszące podstawowym zachowaniom związanym z jękaniami, często występują także w mowie dzieci niejąkających się w wieku przedszkolnym. Są one określane jako niepełności zwykłe, typowe niepełności, inne niepełności lub niepełności niezwiązane z jękaniami. W przeszłości diagnoza logopedyczna małego dziecka skierowanego z powodu obawy o jękanie koncentrowała się na określeniu, czy dziecko jąka się, czy też doświadcza typowych lub zwykłych niepełności (zwykła niepełność) występujących w mowie małych dzieci bez jękania. Jednak obecnie wiemy, że niepełności zauważane u małego dziecka, które zaczęło się jąkać są odmienne zarówno pod względem ilości, jak i jakości od niepełności u dziecka mówiącego płynnie (Yairi i Ambrose, 1999). Wiemy również, że relacje rodziców na temat jękania są zazwyczaj bardzo dokładne (Einarsdottir i Ingham 2009; Onslow i O'Brian, 2013; Yairi i Ambrose, 2005). Jak sugerują Yairi i Ambrose (2005), diagnozowanie jękania u małych dzieci jest zatem proste.

Początek jękania

Jękanie najczęściej rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie, zwykle pojawiając się w wieku od dwóch do czterech lat, co zbiega się z okresem szybkiego rozwoju mowy, języka i umiejętności motorycznych (zob. Yairi i Ambrose, 2013). Chociaż początek jękania był zazwyczaj uważany za stopniowy, nowsze dane sugerują, że rodzice równie często opisują jego wystąpienie jako nagłe (tj. pojawiające się w ciągu 2 do 3 dni) (Yairi i Ambrose, 2005; Reilly i in., 2009).

Mniej więcej w czasie, gdy jąkanie pojawia się po raz pierwszy, stosunek chłopców do dziewcząt, których dotyczy, jest niemal równy (Kloth, Kraaimaat, Janssen i Brutten, 1999; Mansson, 2000; Yairi i Ambrose, 2005). Jednak wraz z wiekiem różnica ta stopniowo rośnie i u dzieci w wieku szkolnym oraz u osób dorosłych jękających się szacuje się ją na około 5:1, a nawet 6:1, z przewagą chłopców (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008), co wskazuje na to, że więcej dziewcząt niż chłopców przestaje się jąkać.

Ogólnie przyjęte wartości dotyczące rozpowszechnienia jąkania (to jest ile osób obecnie się jąka) i częstości występowania (to jest ile osób jąkało się w pewnym momencie swojego życia) wynoszą odpowiednio około 1% i 5% (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008). Jednak najnowsze badania sugerują, że częstość występowania może wynosić 8% bądź nawet więcej (Reilly i in., 2013b; Yairi i Ambrose, 2013).

Indywidualność i zmienność

Jedną z najczęściej występujących cech wczesnego jąkania jest jego zmienność (Yaruss, 1997). Jąkanie dziecka może różnić się w zależności od dnia i sytuacji, a wpływ na nie ma wiele różnych czynników, w tym język dziecka (Wagovich i Hall, 2018), kontekst, w którym mówi (Yaruss, 1997), styl interakcji osoby, z którą rozmawia (Guitar i Marchinkoski, 2001), a także to, jak dziecko czuje się w danym momencie (Vanryckeghem, Hylebos, Brutten i Peleman, 2001). Fazy jąkania często przeplatają się z okresami płynnej mowy, co może trwać tygodniami. Określenie jakichkolwiek przyczyn tych fluktuacji potrafi być trudne.

Dlaczego niektóre dzieci jąkają się?

Wśród ekspertów panuje powszechna zgoda, że jąkanie jest złożonym zaburzeniem neurorozwojowym, rozwijającym się w wyniku współdziałania wielu czynników (Smith i Kelly, 1997; Smith i Weber, 2017; Starkweather, 2002). w świetle badań naukowych w ciągu ostatniej dekady zmodyfikowaliśmy nasz wieloczynnikowy model, w którym czynniki genetyczne i neurologiczne leżą u podstaw jąkania, podczas gdy czynniki językowe i komunikacyjne, psychologiczne, związane z motoryką mowy i czynniki środowiskowe wpływają na jego początek, rozwój, nasilenie i konsekwencje w czasie. Wspomniane podstawy naukowe dotyczące przyczyn jąkania wciąż są rozwijane, szczególnie w odniesieniu do neurologii, genetyki i temperamentu. Niniejszy rozdział podsumowuje dotychczasową wiedzę, która w miarę pojawiania się nowych ustaleń będzie musiała zostać uzupełniona, by dalej pogłębiać nasze zrozumienie tego zagadnienia.

Poniżej przedstawiamy przegląd dowodów – wyników badań naukowych, które stanowią podstawę modelu Palina, nasze podsumowanie i rozumienie, dlaczego dzieci się jąkają i co w związku z tym musimy wziąć pod uwagę w diagnozie i terapii. To rozumienie pozwala nam jako terapeutom wyjaśnić rodzicom, co wpływa na jąkanie ich dziecka i co powinna obejmować prowadzona przez nas terapia.

Czynniki fizjologiczne

Genetyka

Dowody zgromadzone w ciągu ostatnich dziesięcioleci wskazują, że jąkanie wiąże się z czynnikami genetycznymi (zob. Kraft i Yairi, 2011; Yairi i Ambrose, 2013).

Jąkanie w wywiadzie rodzinnym

Wczesne badania nad rolą genetyki w jąkanii opierały się na danych dotyczących występowania w rodzinach, w których obliczono odsetek osób jękających się i mających krewnych z historią jąkania. Odsetek ten waha się od 30% do 60% osób zgłaszających co najmniej jednego członka rodziny, który się jąka (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008). Chociaż badania te wykazały, że jąkanie ma tendencję do koncentracji w rodzinach, potrzebne były dalsze analizy, aby stwierdzić, że u podstaw jąkania leżą przyczyny genetyczne.

Gdyby jąkanie było całkowicie determinowane genetycznie, bliźniaki monozygotyczne (to jest bliźniaki jednojajowe) wykazywałyby doskonałą zgodność co do jąkania, to jest oba bliźniaki powinny się jąkać. Choć badania nad bliźniętami wykazały, że bliźniaki jednojajowe konsekwentnie wykazują wyższą zgodność występowania jąkania niż bliźniaki dwujajowe, to nie wynosi ona sto procent (Howie, 1981; Felsenfeld i in., 2000). Badania te dowiodły, że czynniki genetyczne same w sobie nie wyjaśniają całego zjawiska jąkania i konieczne są inne czynniki środowiskowe, by jąkanie się rozwinęło (Felsenfeld i in., 2000; Rauwakoski, Hannus, Simberg, Sandnabba i Santtila, 2012). Starkweather (2002) określił jąkanie jako złożoną cechę genetyczną, zaburzenie epigenetyczne, gdzie jąkanie wykazuje tendencję do wchodzenia w interakcje z szeregiem zmiennych wewnętrznych i zewnętrznych.

Które geny biorą w tym udział?

Dotychczasowe badania wskazują na to, że prawdopodobnie nie istnieje 1 gen odpowiedzialny za jąkanie. Geny związane z jąkanii zostały natomiast znalezione na wielu chromosomach (np. Frigerio-Domingues i Drayna, 2017; Riaz i in., 2005; Suresh i in., 2006). Konieczne są dalsze badania w celu lepszego zrozumienia tych wyników, a w szczególności roli tych genów w pojawieniu się jąkania. w związku z tym nadal jesteśmy daleko od zrozumienia tego, co dokładnie jest przekazywane. Jest jednak prawdopodobne, że czynniki genetyczne przyczyniają się do różnic w strukturze i funkcjonowaniu mózgu, które uznaje się za powiązane jąkanii (Chang, Erickson, Ambrose, Hasegawa-Johnson i Ludlow, 2008).

Struktura i funkcje mózgu

Badania neuroobrazowe wykazały, że jąkanie jest związane z różnicami w mózgu; w celu dokonania przeglądu polecamy publikacje Chang (2014) i Chang, Garnett, Etchell i Chow (2018). Stwierdzono istnienie subtelnych różnic zarówno w anatomii (strukturze), jak i fizjologii (funkcji) mózgu osób z jąkanii w porównaniu z ich płynnie mówiącymi rówieśnikami. Chociaż wyniki nie są całkowicie spójne w różnych badaniach, to ogólnie osoby z jąkanii wykazują nietypowe cechy strukturalne i funkcjonalne w obszarach lewej półkuli i nadmierną aktywność w prawej półkuli. Różnice te stwierdzono w tych

obszarach mózgu, które są ze sobą połączone i współpracują, aby umożliwić planowanie i produkcję płynnej mowy.

Ze względu na trudności praktyczne związane z prowadzeniem badań neuroobrazowych na małych dzieciach, większość z nich początkowo dotyczyła tylko dorosłych jąkających się. Nie było zatem jasne czy zaobserwowane różnice były przyczyną, czy konsekwencją jąkania. W ostatniej dekadzie użycie funkcjonalnego rezonansu magnetycznego umożliwiło rozpoznanie różnic w funkcji i strukturze u małych jąkających się dzieci w momencie pojawienia się jąkania, pozwala postawić hipotezę, że różnice te nie są wynikiem jąkania (zob. Chang, 2014; Chang i in., 2018; Beal, Gracco, Brettschneider, Kroll i De Nil, 2013; Chow i Chang, 2017). Jednakże, dopóki badania te nie obejmą również dzieci przed wystąpieniem jąkania, nie będziemy wiedzieć, czy różnice te są podstawową przyczyną jąkania, czy rozwijają się w wyniku doświadczenia jąkania w miarę upływu czasu. Australijskie Centrum Badań nad Jąkaniem (ang. The Australian Stuttering Research Centre) aktualnie prowadzi badania z udziałem niemowląt, które mają rodzinną historię jąkania.

Obecnie wdrażane są także przełomowe badania mające na celu sprawdzenie, w jaki sposób mózg małych dzieci z jąkaniem rozwija się z upływem czasu. To poprawi nasze rozumienie mechanizmów stojących za pojawieniem się jąkania i określi możliwe markery neuronalne, które różnicują te dzieci, u których jąkanie jest przejściowe i te, u których ono się utrzymuje. Wstępne wyniki sugerują, że przejściowe jąkanie i jego utrzymywanie się mogą być związane z różnicami w połączeniach nerwowych i rozwoju neurologicznym, i że mechanizmy kompensacyjne mózgu mogą pojawiać się, by pomóc dziecku mówić płynnie (Garnett i in., 2018; Usler, Smith i Weber, 2017).

Trwają również badania mające na celu zrozumienie przyczyn wyższego poziomu utrzymywania się

„Niemowlęta nie rodzą się z jąkaniem, lecz zachowania związane z jąkaniem pojawiają się w trakcie rozwoju” (Smith i Weber, 2016, s. 292).

jąkania u chłopców w porównaniu z dziewczętami. Ten kierunek badań stanowi jednak spore wyzwanie ze względu na to, że wszelkie badania dotyczące różnic płciowych w mózgu wymagają bardzo dużej liczby dzieci, aby zapewnić wystarczającą moc statystyczną analiz. Chang i Zhu (2013) odnotowali wstępne różnice między płciami pod względem funkcjonalnej łączności obejmującej obszary słuchowe i motoryczne mowy w mózgu: jąkający się chłopcy wykazywali zmniejszoną łączność w porównaniu z dziewczętami, które się jąkały, a także z chłopcami i dziewczętami bez objawów jąkania.

Do tej pory subtelne różnice w strukturze i funkcji mózgu występujące u osób jąkających się można było wykryć jedynie poprzez porównania grupowe z udziałem osób jąkających się i nie jąkających się. Wynika to z faktu, że różnice są niewielkie i ledwo wykrywalne. Podobnie jak w przypadku większości zaburzeń neurorozwojowych (np. dysleksji, ADHD) na poziomie indywidualnym mózgi jąkających się dzieci i dorosłych są zazwyczaj całkowicie typowe, bez zaobserwowanych poważnych nieprawidłowości.

W przyszłości współczesne technologie mogą umożliwić wykrywanie specyficznych różnic neurologicznych u osób, które się jąkają, jednakże na tym etapie musimy czekać na dalsze badania.

Implikacje kliniczne

Warto, aby rodzice zrozumieli, że czynniki genetyczne i neurologiczne mogły przyczynić się do pojawienia się i rozwoju jąkania u ich dziecka. Jest to szczególnie istotne w przypadku tych rodziców, którzy martwią się, że to oni zrobili coś, co sprawiło, że ich dziecko się jąka. Możemy w kategorię katywny sposób zapewnić ich, że nie są niczemu winni – to nie oni spowodowali pojawienie się jąkania. Można również wskazać, że podatność ich dziecka na jąkanie została genetycznie odziedziczona i że doprowadziło to do pewnych subtelnych różnic w tym, jak części mózgu – zaangażowane w produkcję mowy – rozwijają się i działają (Yairi i Seery, 2015). Chcemy też, by rodzice wiedzieli, że chociaż komponent genetyczny jest niezbędnym, potrzebne są inne wewnętrzne i zewnętrzne czynniki środowiskowe, aby dziecko zaczęło się jąkać. Co więcej, obecnie wiemy, że mózg nie jest zaprogramowany na stałe. Badania nad plastycznością mózgu wykazały, że nasze mózgi rozwijają się i zmieniają przez całe życie. Dlatego zalecamy wczesną interwencję i zapewnienie rodziców, że te subtelne różnice w mózgu nie są stałe, a nasze mózgi mają znaczący potencjał do zmian.

Czynniki związane z motoryką mowy

Z biegiem lat wiele badań skupiło się na cechach motorycznych, które charakteryzują osoby jąkające się i zostało to dobrze udokumentowane, wskazując, że jąkanie może wynikać z ograniczeń ich zdolności motorycznych (zob. Yairi i Seery, 2015). Podczas gdy większość badań dotyczyła jąkających się osób dorosłych, w ostatnich badaniach uczestniczyły małe dzieci krótko po pojawieniu się u nich objawów jąkania.

Tempo i zmienność mowy

Nie jest jasne, czy zdolności związane z motoryką mowy u dziecka odgrywają rolę w pojawieniu się jąkania. w swoim prospektywnym badaniu Kloth, Janssen, Kraaimaat i Brutten (1995a) studiowali pojawienie się i rozwój jąkania w grupie dzieci uznanych za podatne na wystąpienie tego sposobu mówienia, to jest mających jednego lub oboje jąkających się rodziców. Zauważyli oni, że u tych dzieci, które miały szybsze tempo mowy jąkanie pojawiało się częściej niż u tych, które mówiły wolniej. Dzieci te wcale nie były uważane za posiadające ograniczone zdolności motoryczne mowy, mówiły natomiast w tempie przekraczającym ich zdolności motoryczne mowy. Niektóre z tych dzieci, u których zaczęło pojawiać się jąkanie, jąkały się tylko przez pewien czas, zanim ich mowa stała się płynna, podczas gdy u innych jąkanie utrzymywało się. Kiedy porównano tempo mowy tych dwóch grup dzieci, przed pojawieniem się jąkania i rok później, okazało się, że tempo mowy tych dzieci, u których jąkanie utrzymywało się, zostało określone jako bardzo zmienne w porównaniu z tymi dziećmi, które jąkały się tylko przez krótki czas. Uznano, że ta większa zmienność tempa mowy odzwierciedla słabiej rozwinięty system motoryki mowy u tych dzieci, u których jąkanie się utrzymywało.

Stabilność schematów motorycznych mowy

Smith i Weber wraz ze współpracownikami z Purdue University w Stanach Zjednoczonych zbadali, w jaki sposób rozwój stabilnych systemów motorycznych mowy u typowo rozwijających się dzieci odbywa się w dłuższym okresie czasu, porównując je ze stabilnością obserwowaną u dorosłych po 14 roku życia (Walsh i Smith, 2002; Smith i Zelaznik, 2004). Dorośli, którzy się jękać nie rozwijają stabilnych systemów motorycznych mowy, a ich system motoryczny mowy jest bardziej podatny na zakłócenia, na przykład podczas próby powtarzania pseudowyrazów oraz prawdziwych zdań o narastającej długości i złożoności (Kleinow i Smith, 2000; Smith, Sadagopan, Walsh i Weber-Fox, 2010). Ich badanie ukazało również, że jękać się dzieci – w wieku od 14 do 5 lat – wykazują opóźnioną koordynację motoryczną mowy w porównaniu z rówieśnikami, nawet jeśli mówią płynnie. W miarę wydłużania lub podwyższania złożoności pseudosłów i zdań, u jękać się dzieci zaobserwowano mniejszą precyzję i pojawienie się większej liczby błędów i niepłynności (MacPherson i Smith, 2013; Walsh, Mettel i Smith, 2015). Ponadto, porównując wyniki testów oceniających motorykę mowy chłopców i dziewcząt w czasie budowania zdań o prostej strukturze, Walsh i in. (2015) wykazały, że podczas gdy wyniki pomiarów motoryki mowy jękać się dziewcząt nie różniły się od wyników ich rówieśników mówiących płynnie, to wyniki jękać się chłopców były niższe dla parametrów takich jak amplituda i szybkość wykonywanych ruchów, a także wykazywali oni większą zmienność schematów koordynacji motoryki mowy. Badaczki zaproponowały następującą interpretację: u jękać się dziewcząt lepsze zdolności motoryczne mowy mogą pełnić rolę czynnika ochronnego przed utrzymywaniem się jękania, natomiast opóźniony rozwój motoryki mowy u jękać się chłopców może zwiększać ich podatność na utrwalanie się tego zaburzenia. Innym wnioskiem z tych badań było to, że dzieci jękać się, których zdolności motoryczne mowy zostały „nadrobione” pomiędzy 5 a 7 rokiem życia i były zgodne z umiejętnościami typowo rozwijających się dzieci, częściej przestawały się jękać. Dzieci, u których jękanie utrzymywało się, w dalszym ciągu wykazywały opóźniony rozwój funkcji motorycznych mowy (Usler i in., 2017).

Mówienie jest skomplikowanym procesem, który wymaga, by mózg robił wiele rzeczy naraz, od myślenia do aktywacji mięśni odpowiedzialnych za powstawanie mowy. My, ludzie, nie rodzimy się z układem nerwowym, który robi to wszystko bez wysiłku (jak dzieje się to gdy jesteśmy dorośli). Każde dziecko musi rozwinąć połączenia nerwowe między wieloma różnymi obszarami mózgu, a następnie „przyciąć” czy „dostroić” te połączenia, zanim wypowiedzanie będzie dla niego bez wysiłkowe i zautomatyzowane, podobnie jak w przypadku nauki jazdy na rowerze. Na etapie między drugim a trzecim rokiem życia, kiedy dziecko uczy się formułować bardziej rozbudowane zdania (równoległe z przyswajaniem wielu innych umiejętności), liczne systemy w mózgu muszą współpracować, aby przełożyć jego myśli i emocje na słowa. Wszystko to wymaga precyzyjnej synchronizacji. u niektórych dzieci w wieku przedszkolnym pojawia się w tym czasie jękanie, jednakże w przypadku większości z nich ich systemy nerwowe wracają do stanu synchronizacji i wówczas jękanie zanika. Inne dzieci mają większe trudności i potrzebują terapii, która pomoże im znaleźć sposób na płynne mówienie (Smith, 2015, slajd 32).

Implikacje kliniczne

Zmienne tempo mowy i niestabilność schematów motoryki mowy są potencjalnymi czynnikami, które mogą wpływać na jąkanie. Jednakże trudno jest dokładnie i rzetelnie zmierzyć tempo mowy przy pomocy stopera w warunkach klinicznych. Zauważyliśmy, że subiektywne oceny terapeutów i rodziców mogą być przydatne w diagnozie. Nie dysponujemy jeszcze klinicznie użytecznym narzędziem do pomiaru kontroli motoryki mowy. w niektórych pomiarach diagnostycznych jąkania u dzieci wykorzystywany jest test diadochokinezy¹ i ćwiczenia ruchowe.

Czynniki językowe i komunikacyjne

Rozwój językowy a pojawienie się jąkania

Zainteresowanie wpływem języka na pojawienie się i przebieg jąkania ma długą historię. Ponieważ jąkanie zwykle ujawnia się w okresie wyjątkowo intensywnego rozwoju mowy i języka, nic dziwnego, że wielu badaczy postrzega ten etap rozwoju dziecka jako istotny czynnik sprzyjający pojawieniu się niepełności. Yairi i Ambrose (2005) zauważyli, że około 50% rodziców zgłosiło, że pojawienie się jąkania zbiegło się w czasie z nagłym wzrostem rozwoju językowego ich dzieci. Reilly, Kefalianos i Smith (2013a) podały, że 133 ze 137, które wzięły udział w badaniu, zaczęło się jąkać, gdy długość ich wypowiedzi wzrosła do trzech lub więcej słów.

Ponadprzeciętnie zaawansowane bądź opóźnione zdolności językowe

Zdolności językowe dziecka wskazuje się także jako czynnik mogący wiązać się z trudnościami w utrzymaniu płynnej mowy, które u niektórych dzieci pojawiają się wraz z początkiem jąkania. w badaniach skupiono się na ustaleniu, czy jąkające się dzieci różnią się od dzieci, które się nie jąkają pod względem ich zdolności językowych. Jak dotąd badania nie były w stanie wskazać stałych różnic w ogólnych umiejętnościach językowych dzieci jąkających się w porównaniu z dziećmi z grupy kontrolnej (w celu dokonania przeglądu zob. Nippold, 2018; Ntourou, Conture i Lipsey, 2011). w niektórych badaniach stwierdzono, że jąkające się dzieci mają słabiej rozwinięte umiejętności językowe w porównaniu z dziećmi, które się nie jąkają. Inne projekty badawcze wykazały z kolei, że małe, jąkające się dzieci mają ponadprzeciętne zdolności w porównaniu z mówiącą płynnie grupą kontrolną. Jeszcze inne badania nie znalazły znaczących różnic pomiędzy umiejętnościami językowymi dzieci jąkających się i mówiących płynnie. Na niespójność tych wyników wpłynęło wiele czynników metodologicznych, w tym różnice w wielkości prób badawczych, odmienne kryteria włączające dzieci do udziału w badaniach oraz zastosowanie różnych narzędzi do oceny języka. Podsumowując, wydaje się, że dzieci, które się jąkają są niejednorodną grupą i istnieją w niej podgrupy o zróżnicowanych poziomach biegłości językowej.

Subtelne różnice językowe

Silverman i Ratner (2002) argumentowały, że jąkające się dzieci nie wykazują obserwowalnie znaczących opóźnień lub zaburzeń językowych, które wymagałyby interwencji, tylko nieznaczne, bezobjawowe różnice w zdolnościach językowych. Podobne spostrzeżenia przedstawili Ntourou i in. (2011), zalecając,

aby dzieci z rozpoznaniem jąkaniem lub jego podejrzeniem były obejmowane tak samo kompleksową oceną językową jak te, u których diagnozuje się lub podejrzewa inne trudności językowe (s. 175).

Rozbieżności

Badania zdolności językowych dzieci wykazały także, że u jąkających się dzieci częściej obserwuje się rozbieżności, określane jako „dysocjacje”, między poszczególnymi podkomponentami mowy i umiejętności językowych (Coulter, Anderson i Conture, 2009; Clark, Conture, Walden i Lambert, 2015). Stwierdzono, że dysocjacje obejmują różny poziom zdolności w zakresie mowy i języka, na przykład wyższy poziom języka ekspresyjnego niż receptywnego lub lepszy rozwój artykulacji dźwięków mowy w porównaniu z językiem receptywnym. Coulter i in. (2009) oraz Clark i in. (2015) sugerowali, że uwaga dziecka może być pochłonięta próbą pogodzenia tych dysocjacji między umiejętnościami mowy i języka w trakcie wypowiedzi, co może przyczyniać się do zaburzeń płynności, szczególnie podczas szybkich rozmów.

Miejsce wystąpienia jąkania

Hipotezę o możliwym związku między rozwojem językowym a jąkaniem dodatkowo wspierają ustalenia, że na momenty występowania jąkania wpływają różne czynniki językowe. Wystąpienie jąkania jest, na przykład bardziej prawdopodobne a) na początku wypowiedzi (Buhr i Zebrowski, 2009; Richels, Buhr, Conture i Ntourou, 2010); b) c) w wyrazach o niskiej częstotliwości występowania (Anderson, 2007); d) w wyrazach niesamodzielnych znaczeniowo, pełniących funkcje gramatyczne (tzw. wyrazy funkcyjne, ang. *function words*), w przeciwieństwie do wyrazów samodzielnych znaczeniowo, czyli tzw. wyrazów treściowych (*content words*). (Howell, Au-Yeung i Sackin, 1999); e) w wypowiedziach przekraczających średnią długość typowej wypowiedzi danego dziecka (Zackheim i Conture, 2003); oraz f) w zdaniach dłuższych i wyższym stopniu złożoności składniowej (Bauern i Gottwald, 2009; Melnick i Conture, 2000; Yaruss, 1999).

Implikacje kliniczne

Chociaż dzieci jąkające się różnią pod względem biegłości językowej, istotne jest określenie poziomu ich umiejętności, gdyż mogą one wpływać na przebieg jąkania. Musimy zatem rutynowo oceniać zdolności językowe każdego jąkającego się dziecka, by określić, czy są one adekwatne do wieku, poniżej lub powyżej oczekiwanego poziomu, czy też istnieją dysocjacje w obrębie różnych aspektów mowy i języka. Subtelne trudności językowe mogą nie zostać wykryte podczas standaryzowanej oceny, a mogą wpływać na jąkanie dziecka.

Dwujęzyczność

Okolo 50% światowej populacji jest dwujęzyczne bądź wielojęzyczne, a współczesne badania koncentrują się na zbadaniu relacji między jąkaniem a dwujęzycznością. Rodzice dzieci bilingwalnych wyrażają często obawy, że dwujęzyczność ich dziecka mogła spowodować pojawienie się jąkania u ich dziecka i/lub może być czynnikiem podtrzymującym jego utrzymywanie się. Pomimo tych obaw najnowsze badania wskazują na to, że dwujęzyczność nie zwiększa prawdopodobieństwa pojawienia się lub utrzymywania się jąkania (Byrd, Haque i Johnson, 2016; Van Borsel, 2011).

Badania Byrd i in. wskazują na potrzebę, aby logopedzi uwzględniali ryzyko błędnego rozpoznania jąkania u dzieci dwujęzycznych. Mowa dzieci dwujęzycznych charakteryzuje się większą liczbą niepełności mowy, określanych mianem płątanin językowych (tj. wtrąceń, wyrazów niepełnych i powtórzeń, w tym powtarzanych zwrotów, wyrazów wielosylabowych, jednosylabowych i powtórzeń głosek i sylab) w porównaniu z mówcami posługującymi się jednym językiem (zob. Byrd, Bedore i Ramosa, 2015; Byrd i in., 2016).

Ze względu na nakładanie się cech typowych dla językowych „płątanin” u dzieci dwujęzycznych oraz zachowań charakterystycznych dla jąkania, dzieci te mogą być błędnie uznane za jąkające się, mimo że nie mają trudności w formułowaniu wypowiedzi wynikających z nauki więcej niż jednego języka. Zwrócono również uwagę na ryzyko błędnej diagnozy zachowań związanych z unikaniem w mowie u dzieci dwujęzycznych, które się jąkają, ponieważ osoby te często zmieniają kolejność słów w zdaniu, aby dostosować się do reguł gramatycznych dominującego języka, lub przełączają słownictwo między dwoma rozwijającymi się językami. (Shenker, 2011, 2013). z badania Cabrery i Bernstein Ratner (2000) wynika, że jąkanie występuje częściej podczas momentów przełączenia słownictwa. w dokonany przez siebie przeglądzie literatury Van Borsel (2011) podsumował, że jąkanie może dotyczyć jednego lub obu języków, przy czym oba języki mogą być zaangażowane w równym lub różnym stopniu.

Implikacje kliniczne

Podczas diagnozowania dwujęzycznego dziecka logopedzi muszą, w miarę możliwości, ustalić poziom biegłości dziecka w językach, którymi się ono posługuje. Muszą również upewnić się, że prawidłowo diagnozują jąkanie, a nie mylą go z niepełnością, typową dla osób dwujęzycznych. Chociaż w przeszłości zdarzało się, że terapeuci zalecali rodzicom ograniczenie liczby języków używanych w rozmowach z jąkającymi się dziećmi lub unikanie przełączania między nimi, obecnie takie rady uznaje się za nieodpowiednie. Dwujęzyczność postrzega się dziś jako atut dziecka, a przełączanie między językami jest naturalnym zjawiskiem sprzyjającym rozwojowi bogatszego wzorca językowego.

Kompetencje artykulacyjne

Od lat wielu badaczy sugeruje, że dzieci jąkające się częściej wykazują wady wymowy (problemy z artykulacją) w porównaniu z dziećmi bez jąkania (na przykład Arndt i Healey, 2001; Blood, Ridenour, Qualls i Hammer, 2003). Przy czym Conture (2001) sugeruje, że aż 30–40% dzieci, które doświadczają jąkania, wykazuje również zaburzenia artykulacyjne. Jednakże Nippold (1990, 2001, 2002) stwierdziła, że te liczby są przeszacowane ze względu na szereg niedociągnięć metodologicznych w poszczególnych badaniach. Tak więc na tym etapie nie wiemy, jak wiele dzieci jąkających się przejawia również tego typu zaburzenia.

Louko, Edwards i Conture (1990) oraz Throneburg, Yairi i Paden (1994) wskazywali, że małe dzieci jąkające się, u których stwierdzono zaburzenia artykulacyjne, wykazują raczej łagodne lub umiarkowane niż poważne utrudnienia w tym zakresie. z kolei Wolk, Edwards i Conture (1993) zidentyfikowali więcej prolongacji dźwięków w mowie dzieci jąkających się z zaburzoną artykulacją w porównaniu z dziećmi jąkającymi się, których umiejętności fonologiczne są adekwatne do ich wieku. Inne badania wykazały

jednak, że typ, częstotliwość i nasilenie jąkania nie różnią się w zależności od poziomu zdolności artykulacyjnych dziecka (Anderson & Conture, 2000; Gregg & Yairi, 2007, 2012).

Istnieją również badania koncentrujące się na podstawowych umiejętnościach przetwarzania fonologicznego u dzieci jękających się, oceniane przy użyciu zadań z powtarzaniem pseudosłów. Wyniki tych badań są niejednoznaczne: niektóre wskazują, że dzieci jękające się osiągają gorsze wyniki w teście powtarzania pseudosłów niż ich płynni rówieśnicy (Anderson, Wagovich i Hall, 2006; Spencer i Weber-Fox, 2014), podczas gdy inne nie wykazują istotnych różnic (Smith, Goffman, Sasisekaran i Weber-Fox, 2012).

Implikacje kliniczne

Chociaż dokładny odsetek dzieci jękających się z zaburzeniami artykulacyjnymi nie jest jeszcze znany, pewne jest, że niektóre z nich doświadczają również takich zaburzeń. w związku z tym ważne jest przeprowadzenie oceny artykulacji dziecka podczas diagnozy oraz uzyskanie od rodziców informacji na temat jego wczesnego rozwoju fonologicznego. Ponadto, jeśli u dziecka jękającego się stwierdzono wady wymowy, to konieczne będzie podjęcie decyzji dotyczących tego, jakie podejście terapeutyczne byłoby najlepsze i na czym należy koncentrować się w pierwszej kolejności.

Czynniki psychologiczne

Temperament dziecka

Czym jest temperament?

Temperament odnosi się do reaktywności oraz zdolności regulacji emocjonalnej jednostki i jest wrodzoną cechą stosunkowo stabilną w czasie (Rothbart i Bates, 2006; Rothbart i Derryberry, 1981). Reaktywność wskazuje, jak łatwo u danej jednostki są pobudzane emocje, aktywność ruchowa i uwaga, a samoregulacja odnosi się do zdolności regulacji (zwiększenia lub zmniejszenia) reaktywności. Na przykład, wysoce reaktywne dziecko będzie miało tendencję do doświadczania częstego i intensywnego pozytywnego i negatywnego pobudzenia emocjonalnego, będzie wolniej przystosowywać się do nowych czy nieznanymi sytuacji lub osób i negatywnie reagować na zmiany. Jeśli dziecko posiada dobrze rozwiniętą samoregulację, potrafi uspokoić się w ciągu zaledwie kilku minut. Natomiast dziecko rozregulowane – nadmiernie lub niedostatecznie – ma trudności z ukierunkowaniem uwagi na zarządzanie emocjami, jest mniej zdolne do kontrolowania swoich reakcji i potrzebuje więcej czasu, aby się uspokoić.

Temperament a jąkanie

w ciągu ostatnich 10–15 lat wzrosło zainteresowanie rolą, jaką temperament może odgrywać w pojawieniu się i rozwoju jąkania. Większość badań opierała się na kwestionariuszach wypełnianych przez rodziców, a także na bardziej obiektywnych obserwacjach behawioralnych oraz pomiarach psychofizjologicznych temperamentu dzieci. Choć wyniki nie były w pełni spójne, najnowsze przeglądy badań dotyczących temperamentu małych dzieci, które się jękają, wykazały, że jako grupa małe dzieci jękające się mogą być bardziej emocjonalnie reaktywne i wykazywać słabiej rozwiniętą regulację emocjonalną w porównaniu z małymi dziećmi, które się nie jękają. Rozbieżności w wynikach dotyczących temperamentu dzieci jękających się mogą wynikać z różnic w zastosowanych metodach, użytych narzędziach pomiarowych, wieku ocenianych dzieci oraz liczebności próby badawczej (zob. Conture, Kelly i Walden, 2013; Jones, Choi, Conture i Walden, 2014; Kefalianos, Onslow, Block, Menzies i Reilly, 2012; Zengin-Bolatkale, Conture, Key, Walden i Jones, 2018; Zengin-Bolatkale, Conture, Walden i Jones, 2018).

Conture i in. w swoim Modelu podwójnej podatności i stresora (ang. Dual Diathesis-Stressor:DD-S) (Conture i Walden, 2012; Walden i in., 2012) sugerują, że temperament dzieci jękających się, wraz z ich zdolnościami językowymi, może być jednym z ważnych czynników przyczyniających się do ich jąkania. Według nich dziecko o wysokiej reaktywności emocjonalnej jest bardziej podatne na dostrzeżenie i reagowanie na momenty jąkania w swojej mowie, na przykład poprzez odczuwanie frustracji lub zdenerwowania z powodu trudności w wypowiedzeniu słowa, co może prowadzić do wzrostu napięcia mięśni krtani. Jeśli podwyższona reaktywność zostanie połączona z niedoregulowaniem bądź przeregulowaniem, potrafią one napotkać większe trudności w radzeniu sobie z tymi reakcjami lub być mniej zdolne, by radzić sobie z jąkaniami. Ponadto, niektóre z tych dzieci mogą dysponować mniejszymi zasobami potrzebnymi do planowania i produkcji mowy oraz języka, co dodatkowo ogranicza płynność wypowiedzi. Podsumowując, Conture i współpracownicy wskazują, że temperament dziecka potrafi predysponować je do pojawienia się jąkania, wpływać na częstotliwość i nasilenie tego zaburzenia oraz przyczyniać się do jego utrwalania.

Dzieci jękające się mogą być bardziej reaktywne emocjonalnie i gorzej regulować swoje zachowania.

Temperament a częstotliwość jąkania

Kilka badań analizowało związek między temperamentem a jąkaniami, a ich wyniki wskazują, że poziom reaktywności emocjonalnej i zdolności regulacyjnych dziecka może wpływać na częstotliwość występowania jąkania (Choi, Conture, Walden, Jones i Kim, 2016; Johnson, Walden, Conture i Karrass, 2010; Ntourou, Conture i Walden, 2013; Jones, Conture i Walden, 2014; Kraft, Lowther i Beilby, 2019). Podczas gdy większość badań sugeruje, że częstotliwość jąkania jest wyższa u dzieci o większej reaktywności emocjonalnej lub słabszych zdolnościach do samoregulacji, niektóre badania nie wykazały żadnego związku między tymi zmiennymi (Kefalianos i in., 2017). Konieczne są dalsze badania podłużne obejmujące dzieci w okresie poprzedzającym pojawienie się jąkania, aby lepiej zrozumieć rolę temperamentu w jego powstawaniu i rozwoju oraz sprawdzić, czy temperament zmienia się z upływem czasu w wyniku jąkania.

Implikacje kliniczne

Temperament dziecka może być czynnikiem wpływającym na pojawienie się i rozwój jąkania i potrafi oddziaływać na jego nasilenie i skutki. Dlatego ważne jest uzyskanie informacji na temat temperamentu dziecka zarówno poprzez obserwacje zachowania dziecka podczas sesji diagnostycznych, jak i z relacji rodziców. Ponadto, dostępnych jest wiele specjalistycznych kwestionariuszy oceny temperamentu, na przykład Kwestionariusz Oceny Zachowań Dziecka (Rothbart, Ahadi, Hershey i Fisher, 2001; Putnam i Rothbart, 2006).

Pomocne może być także rozważenie, w jaki sposób indywidualny temperament dziecka może wpływać na jego jąkanie, jego konsekwencje oraz na sposób, w jaki dziecko sobie z nim radzi. Warto wspierać rodziców w rozpoznawaniu i podkreślaniu mocnych stron temperamentu dziecka oraz w pokazywaniu, w jaki sposób jego temperament potrafi pomagać w skutecznym radzeniu sobie z jąkaniem. w przypadku dzieci wykazujących oznaki niedostatecznej lub nadmiernej regulacji rodzice mogą skorzystać ze wsparcia w zakresie wspierania zdrowej samoregulacji (zob. rozdział 8 poświęcony strategiom rodzinnym).

Świadomość jąkania i reakcje na jąkanie u małych dzieci

Wczesna świadomość

Przez długi czas uważano, że małe dzieci jąkające się (w wieku przedszkolnym) nie są świadome swojego jąkania, a negatywne postawy wobec własnej mowy rozwijają się dopiero w wieku szkolnym. Obecnie wiadomo jednak, że niektóre dzieci jąkające się oraz ich rówieśnicy zaczynają dostrzegać jąkanie już około 3 roku życia, przy czym świadomość ta znacząco wzrasta między 4 a 5 rokiem życia. (Ambrose i Yairi, 1994; Boey i in., 2009; Ezrati-Vinacour, Platzky i Yairi, 2001). Wykorzystanie Testu do badania postaw związanych z komunikowaniem się jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym (KiddyCAT; Vanryckeghem i Brutten, 2007)³ ukazało również, że od wieku przedszkolnego dzieci jąkające się wykazują bardziej negatywne postawy wobec swojej mowy niż ich rówieśnicy, którzy się nie jękają, a ich postawa staje się coraz bardziej negatywna wraz z wiekiem (Clark, Conture, Frankel i Walden, 2012; Vanryckeghem, Brutten i Hernandez, 2005).

Dwa badania oparte na relacjach rodziców również wskazały, że od wieku przedszkolnego wiele dzieci jest świadomych swojego jąkania i zaczyna reagować na nie negatywnie, a ich świadomość zwiększa się wraz z wiekiem i wiąże się z nasileniem jąkania (Boey i in., 2009; Langevin, Packman i Onslow, 2010). w obu badaniach rodzice zostali zapytani o to, jaki ich zdaniem wpływ ma jąkanie na ich dzieci. Najczęściej zgłaszane reakcje obejmowały frustrację, zdenerwowanie lub smutek dziecka, płacz związany z mową, ograniczanie lub modyfikowanie tego, co dziecko chciało powiedzieć, oraz narzekanie na własną mowę (na przykład „Nie mogę mówić”, „Moje usta już nie działają”), prośby o pomoc, wycofanie się lub

³ KiddyCAT dostępny jest również po polsku: Vanryckeghem, M., Brutten, G. J. (2015). *Kiddy CAT: test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Tłum. K. Węsierska. Harmonia Universalis.

unikanie mówienia. Ponadto, w badaniu czwórki jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym, które były nagrywane podczas ich swobodnej zabawy z rówieśnikami, Langevin, Packman i Onslow (2009) stwierdzili, że dzieci jąkające się przejawiały zachowania unikowe będące następstwem jąkania, takie jak gestykulowanie w celu przekazania wiadomości, rezygnowanie z wypowiedzi czy wycofywanie się z zabawy. Choć w większości badań rodzice zgłaszali, że ich dzieci są świadome swojego jąkania, nie wszyscy opisywali je jako w pełni świadome lub reagujące na nie.

Wpływ świadomości jąkania

Nie wiemy jeszcze w pełni, w jaki sposób świadomość jąkania i reakcje dzieci na własną mowę wpływają na jej rozwój. Czy u dzieci świadomych swojego jąkania i reagujących na nie istnieje większe prawdopodobieństwo utrwalania się tego zjawiska, a brak świadomości i reakcji ułatwia płynność mowy? Nasze doświadczenie kliniczne pozwoliło nam zaobserwować, że świadomość i reagowanie na momenty jąkania często wiąże się u dziecka ze wzmożonym wysiłkiem podczas mówienia.

W swoim badaniu Turnanova, Choj, Conture i Walden (2018) stwierdzili, że dzieci wykazujące silniejsze reakcje na własne jąkanie miały krótszą średnią długość wypowiedzi podczas interakcji z nieznanym im badaczem. Autorzy przypuszczają, że jąkające się dzieci mogą skracać swoje wypowiedzi, aby unikać lub minimalizować negatywne doświadczenia i trudności związane z jąkaniem.

Wrażliwość dziecka na własne jąkanie może mieć dalsze i długoterminowe konsekwencje. Jednocześnie u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym nie zaobserwowano podwyższonego poziomu lęku (Ortega i Ambrose, 2011; van der Merwe, Robb, Lewis i Ormond, 2011), znacznie wyższy poziom lęku odnotowano z kolei u jąkających się dzieci i młodzieży w starszym wieku szkolnym (Smith, Iverach, O'Brian, Kefalianos i Reilly, 2014; McAllister, Kelman i Millard, 2015), a wyższe wskaźniki lęku społecznego – w porównaniu z populacją osób niejąkających się – stwierdzono u jąkających się nastolatków i dorosłych (Iverach i Rapee, 2014). Wyniki te sugerują, że jąkanie może wiązać się z potencjalnymi negatywnymi konsekwencjami w miarę upływu czasu.

Konsekwencje społeczne

Wyniki najnowszych badań wskazują również, że niektóre społeczne konsekwencje jąkania mogą pojawiać się wcześniej niż wcześniej sądzono. Wiadomo już, że dzieci jąkające się w wieku szkolnym są znacznie bardziej narażone na odrzucenie, dokuczanie i zastraszenie w porównaniu z ich płynnie mówiącymi rówieśnikami (Blood i in., 2011; Davis, Howell i Cooke, 2002) rzadziej postrzegane przez rówieśników jako atrakcyjne (Davis i in., 2002). Langevin i in. (2010) stwierdzili, że niektóre jąkające się dzieci w wieku przedszkolnym (27,3%) są zgłaszane przez rodziców jako osoby, które również doświadczyły dokuczania. Ponadto, Langevin i in. (2009) ustalili, że podczas gdy większość dzieci w trakcie swobodnej zabawy na epizody jąkania u rówieśników zareagowała neutralnie lub pozytywnie, to czasami dzieci odchodziły, naśladowały je, ignorowały słowa wypowiedziane z zająknięciem, przerywały lub wykazywały oznaki dezorientacji.

Implikacje kliniczne

Biorąc pod uwagę, że świadomość jąkania wzrasta wraz z wiekiem, ważne jest, aby małe dzieci, które już są świadome i reagują negatywnie na swoje jąkanie, były priorytetowo objęte terapią. Celem jest wspieranie i rozwijanie pewności siebie każdego dziecka w komunikacji. Ważne będzie również ustalenie i podjęcie działań wobec wszelkiego dokuczania lub negatywnych reakcji rówieśników na jąkanie dziecka.

Czynniki środowiskowe

Wiadomo, że na pojawienie się jąkania wpływa wiele czynników środowiskowych. w tym okresie kluczową rolę odgrywa środowisko domowe oraz najbliższa rodzina dziecka. Rodzice znają swoje dziecko najlepiej. Są oni również wzorem dla swoich dzieci i stanowią dla nich główne źródło wsparcia. Otoczenie dziecka może wpływać na jego jąkanie.

Wpływ jąkania na rodziców

Reakcje emocjonalne rodziców

Z doświadczenia klinicznego, a ostatnio także na podstawie badań empirycznych, wiadomo, że jąkanie dziecka może mieć istotny wpływ na jego rodziców (Langevin i in., 2010; Plexico i Burrus, 2012; Tumanova i in., 2018).

Badania przeprowadzone z udziałem rodziców dzieci jąkających się w wieku przedszkolnym wykazały, że 90,9% uczestników zgłosiło, iż jąkanie ich dziecka wywarło na nich negatywny wpływ (Langevin i in., 2010). Rodzice opisywali szereg odczuć, w tym zmartwienie, niepokój, zdenerwowanie, troskę i frustrację.

Odpowiedzi rodziców

Niektórzy rodzice wyrażali również zaniepokojenie tym, jak powinni reagować na jąkanie swojego dziecka, zgłaszając jednocześnie poczucie winy i wstydu związane z przekonaniem, że mogli w jakiś sposób przyczynić się do jego pojawienia się (Plexico i Burrus, 2012). z naszego doświadczenia wynika, że może to przyczynić się do zwiększenia niepokoju zarówno u nich, jak i u dziecka. Wiemy również, że wiele osób dorosłych nie lubi mówić o swoim jąkanu. Często stwierdzają, że ich rodzice nie rozmawiali otwarcie o ich jąkanu, gdy dorastali, a oni z kolei nierzadko nie dzielili się z rodzicami trudnościami, jakie mieli z mówieniem.

Dlatego ta „zmowa milczenia” (Gould i Sheehan, 1967) częstokroć zaczyna się w dzieciństwie i trwa nieprzerwanie do wieku dorosłego. Od samego początku chcemy zminimalizować negatywne postawy i uczucia zwykle związane z jąkanem oraz dążyć do tego, by otwarcie o nim mówić.

W pewnych przypadkach rodzice mogą w naturalny sposób reagować na jąkanie się dziecka, udzielając mu wskazówek, co zrobić, na przykład, by wziąć głęboki oddech, zwolnić tempo mówienia czy zastosować inne strategie. Podczas diagnozy nie jest niczym niezwykłym, gdy rodzice mówią nam, że udzielają

dzieciom porad, nawet jeśli są świadomi, że nie wydaje się to pomagać i może być nieskuteczne. w swojej chęci niesienia pomocy i robienia właściwych rzeczy rodzice mogą nieumyślnie reagować sposobem, który nie jest pomocny. w badaniu starszych jękanujących się dzieci (w wieku od 6 do 12 lat) Lau, Beilby, Byrnes i Hennessey (2012) stwierdzili, że dzieci reagowały frustracją na rady rodziców dotyczące ich mowy.

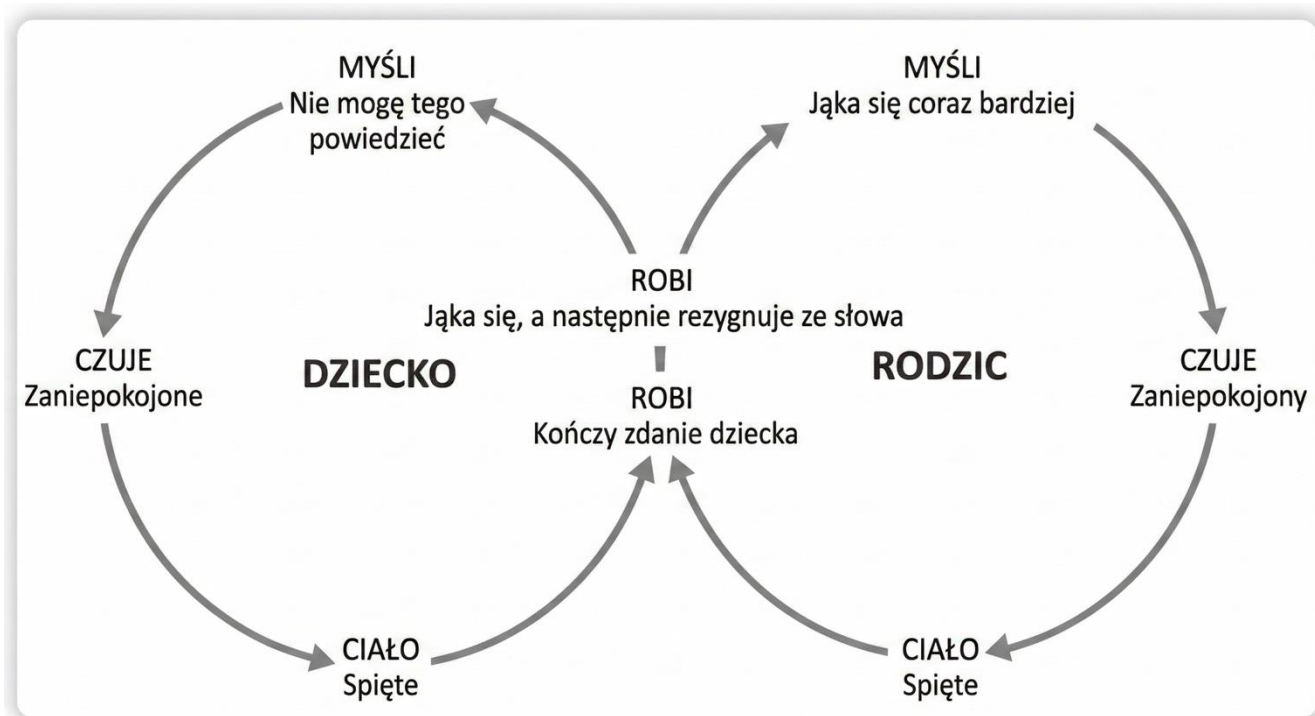
Logopedzi odgrywają kluczową rolę w wspieraniu rodziców w wypracowaniu optymalnego sposobu reagowania na jękanie ich dzieci oraz w zachęcaniu do otwartości w rozmowach o jękananiu.

Podczas gdy niektórzy rodzice są zaniepokojeni tym, że nie wiedzą, jak najlepiej wspierać swoje dziecko w jękananiu, inni mają już dość dobre wyobrażenie o tym, co może pomóc, i odkryli różne strategie wspierania mowy dziecka. Langevin i in. (2010) stwierdzili, że rodzice byli świadomi, iż poświęcanie czasu na słuchanie, cierpliwe oczekiwanie, aż dziecko skończy mówić, mówienie spokojniej, wyraźniej i wolniej oraz stosowanie krótszych i prostszych zdań może być pomocne.

„Bez zaangażowania rodziców terapeuci są bezsilni w udzielaniu wsparcia dziecku poza murami gabinetu” (Rustin, Cook, 1995, s. 135).

Mimo braku dowodów, że emocje i reakcje rodziców wpływają na utrwalanie się jękania, ich zachowania mogą oddziaływać na przebieg jękania u dziecka. Prawdopodobnie zareaguje ono na jękanie w ten sam sposób, co inni w jego otoczeniu. Gdy rodzice reagują zdenerwowaniem lub niepokojem na momenty jękania, dziecko może również odczuwać zdenerwowanie lub niepokój. Rodziny postrzegane są jako systemy wzajemnie powiązanych i współzależnych jednostek, w których myśli, uczucia i działania każdego członka wpływają na innych w ramach obiegu zamkniętego. Zmiana w funkcjonowaniu jednej osoby nieuchronnie powoduje wzajemne zmiany w funkcjonowaniu pozostałych członków rodziny. Biggart, Cook i Fry (2007) omawiają wykorzystanie cyklu poznawczego (Beck, 1976) i „systemowej muszki” (ang. Systemic BowTie; Neimeyer, 1993) w celu zrozumienia dwukierunkowej natury jękania między rodzicami i ich dziećmi w Modelu Podtrzymania w Rodzinie. Twierdzą one, że umożliwia to rodzicom rozważenie w jaki sposób ich myśli, uczucia i reakcje dotyczące jękania mogą wpływać na jękanie dziecka, a tym samym przyczyniać się do jego wsparcia.

Z naszych doświadczeń klinicznych wynika, że niepokój rodziców związany z jękananiem dziecka nie tylko wpływa na to, jak reagują na nie lub radzą sobie z nim bezpośrednio, lecz może również oddziaływać na codzienne rodzicielstwo i sposób radzenia sobie z zachowaniem dziecka.



Rys. 1.1 Model Podtrzymania w Rodzinie

Źródło: Biggart, Cook i Fry (2007)

Dla niektórych rodziców wychowywanie dziecka staje się trudniejsze, gdy martwią się jego jękaniami. Nie jest to zaskakujące, biorąc pod uwagę ustalenia z pokrewnych dziedzin, które wskazują, że bycie rodzicem dziecka doświadczającego trudności może negatywnie wpływać na pewność siebie i samoocenę opiekunów. (Douglas, 2005; Mugno, Ruta, D'Arrigo i Mazzone, 2007; Schieve, Blumberg, Rice, Visser i Boyle, 2007).

*„Możliwe, że programy, które w większym stopniu angażują rodziców, zwiększają ich poczucie kontroli nad trudnym problemem wychowawczym i zmniejszają ich niepokój rodzicielski”
(Bernstein, Ratner i Guitar, 2006, s. 113).*

Implikacje kliniczne

Z powodów opisanych powyżej wskazane jest angażowanie rodziców w proces diagnozy i terapii dziecka. Oczywiście jest, że rodzice mają również własne potrzeby, i naszym obowiązkiem jest uwzględnianie zarówno ich potrzeb, jak i potrzeb dziecka przy planowaniu terapii. Rodzice muszą mieć możliwość porozmawiania o swoich zmartwieniach i obawach oraz o wpływie, jaki jękanie dziecka na nich wywiera. Musimy dzielić się z rodzicami naszą wiedzą na temat przyczyn jękania. Potrzebują oni wskazówek dotyczących tego, jak reagować na jękanie i otwarcie o nim rozmawiać, a także wsparcia, które pozwoli im czuć się kompetentnymi i pewnymi siebie w pomaganiu dziecku w radzeniu sobie z jękaniami.

Niektórzy rodzice zdają sobie sprawę, że reagują inaczej w kwestiach związanych ze snem, jedzeniem czy zachowaniem dziecka, ponieważ obawiają się nasilenia jękania. Dlatego wspieramy ich w rozpoznawaniu i zrozumieniu, w jaki sposób ich własny stan emocjonalny może wpływać na reakcje wobec dziecka, oraz wspólnie opracowujemy alternatywne strategie radzenia sobie z trudnościami, które zgłaszają. Pozwala to rodzicom wprowadzać zmiany, które umożliwiają im wspieranie dziecka w sposób bardziej spójny i reagowanie na potrzeby dziecka, a nie na jego jękanie (patrz rozdział ósmy dotyczący strategii rodzinnych).

Rodzinne środowisko komunikacyjne

Chociaż nasze podejście obejmuje bezpośrednią pracę z rodzicami i rozwijanie ich umiejętności w tworzeniu wspierającego środowiska komunikacyjnego dla dziecka, które się jąka, skupienie się na rodzicach i ich stylu komunikacji nie sugeruje, że to oni spowodowali jękanie. z badań jasno wynika, że nie ma dowodów na różnice w stylach komunikacji i interakcji między rodzicami dzieci jękających się a rodzicami dzieci płynnie mówiących (zob. poprzednie przeglądy literatury: Nippold i Rudzinski, 1995; Bernstein Ratner, 2004) lub że odgrywają one rolę w pojawieniu się jękania (Kloth i in., 1999). Uważamy, że rodziny i domy stanowią dynamiczne i interaktywne środowiska, w których dzieci uczą się mówić i funkcjonować jako aktywni uczestnicy komunikacji. Towarzyszą temu typowe zachowania, takie jak rywalizacja o bycie wysłuchanym, różnorodne i bogate modele językowe, przerywanie, przekomarzenie się i wiele innych. Sugerowano, że to właśnie te podstawowe podatności predysponujące dziecko do jękania mogą również utrudniać mu płynność w kontekście typowych interakcji dorosły–dziecko (Felsenfeld, 1997; Miles i Bernstein Ratner, 2001). Istnieją także dowody, że jękanie może wpływać na zmianę stylu interakcji dorosłych (Kloth, Janssen, Kraaimaat i Brutton, 1998; Meyers i Freeman, 1985a, 1985b), być może w wyniku ich niepokoju związanego z jękaniami lub chęci udzielenia wsparcia.

Wiele podejść terapeutycznych wobec jękających się dzieci w wieku przedszkolnym obejmuje zalecenia dla rodziców, aby modyfikowali swój styl interakcji w celu wspierania płynności mowy dziecka. Chociaż istnieją pewne dowody empiryczne potwierdzające skuteczność takich indywidualnych zmian interakcji, są one nadal fragmentaryczne i niespójne (Nippold i Rudzinski, 1995; Nippold, 2018; Bernstein Ratner, 2004; Sawyer, Matteson, Ou i Nagase, 2017). Oczywiście nie jest to zaskakujące. z dotychczasowego przeglądu literatury jasno wynika, że genetyczne i neurofizjologiczne podstawy jękania mogą różnić się u poszczególnych dzieci, a czynniki środowiskowe i językowe również oddziałują w różnym stopniu.

W konsekwencji dzieci jękające się stanowią niejednorodną grupę. Niektóre z nich potrafią być bardziej wrażliwe na czasowe aspekty stylu interakcji rodziców i mogą odnieść większe korzyści ze zmian takich, jak wydłużone pauzy czy zmniejszenie tempa mowy (Sawyer i in., 2017). Ponadto, jak wskazuje Nippold (2018), obecny stan wiedzy nie wyklucza potencjalnego wpływu zmieniających się stylów interakcji na jękanie u dzieci. w ostatnich latach nastąpiło odejście od analizy poszczególnych elementów interakcji na rzecz oceny całych programów terapii interakcyjnej, obejmujących również elementy pośrednie (de Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld i Franken, 2015; Millard, Nicholas i Cook, 2008; Millard, Edwards i Cook, 2009; Millard, Zebrowski i Kelman, 2018; Yaruss, Coleman i Hammer, 2006). Badania wykazały przydatność i skuteczność tych programów terapeutycznych, jednak nie skupiały się na analizie mechanizmów ich działania, a w szczególności na roli, jaką w efektywności programów odgrywają prośby kierowane do rodziców o wprowadzanie zmian w ich stylu interakcji.

Potrzebne są dalsze badania, zarówno jednostkowe (studia przypadków), jak i grupowe, które pozwolą dokładniej przyjrzeć się poszczególnym dzieciom oraz zależności między stylem interakcji rodziców a jękaniami się dzieci. Powszechnie wiadomo, że wyniki badań grupowych nie mogą być bezpośrednio uogólniane na pojedyncze dzieci, nawet jeśli trendy w grupie są wyraźne. Większość dotychczasowych badań nad stylem interakcji rodziców miała charakter przekrojowy, koncentrując się na jednym momencie w czasie, zamiast analizować zmiany w perspektywie długoterminowej. w przyszłości korzystne byłoby przeprowadzenie badań podłużnych, aby lepiej zbadać potencjalny związek między stylem interakcji rodziców a jękaniami się dzieci.

Implikacje kliniczne

Z biegiem lat badania naukowe dotyczące roli rodzicielskich stylów komunikacji i interakcji przyczyniły się do rozwoju modelu Palin PCI i stanowią uzasadnienie dla prośby do rodziców, aby zastanowili się, w jaki sposób ich styl komunikacji i interakcji może wspierać mowę ich dziecka. Kiedy pracujemy z rodzicami, ważne jest, aby zrozumieli, że nie zrobili nic złego. Skupiamy się na ich stylu komunikacji i interakcji, ponieważ podstawowe trudności dziecka sprawiają, że mówienie jest dla niego bardziej wymagające w kontekście typowych interakcji dorosły–dziecko. Naturalne jest, że rodzice sami się obwiniają, dlatego musimy być ostrożni, aby nie wzmacniać takich przekonań w trakcie angażowania ich w proces terapii.

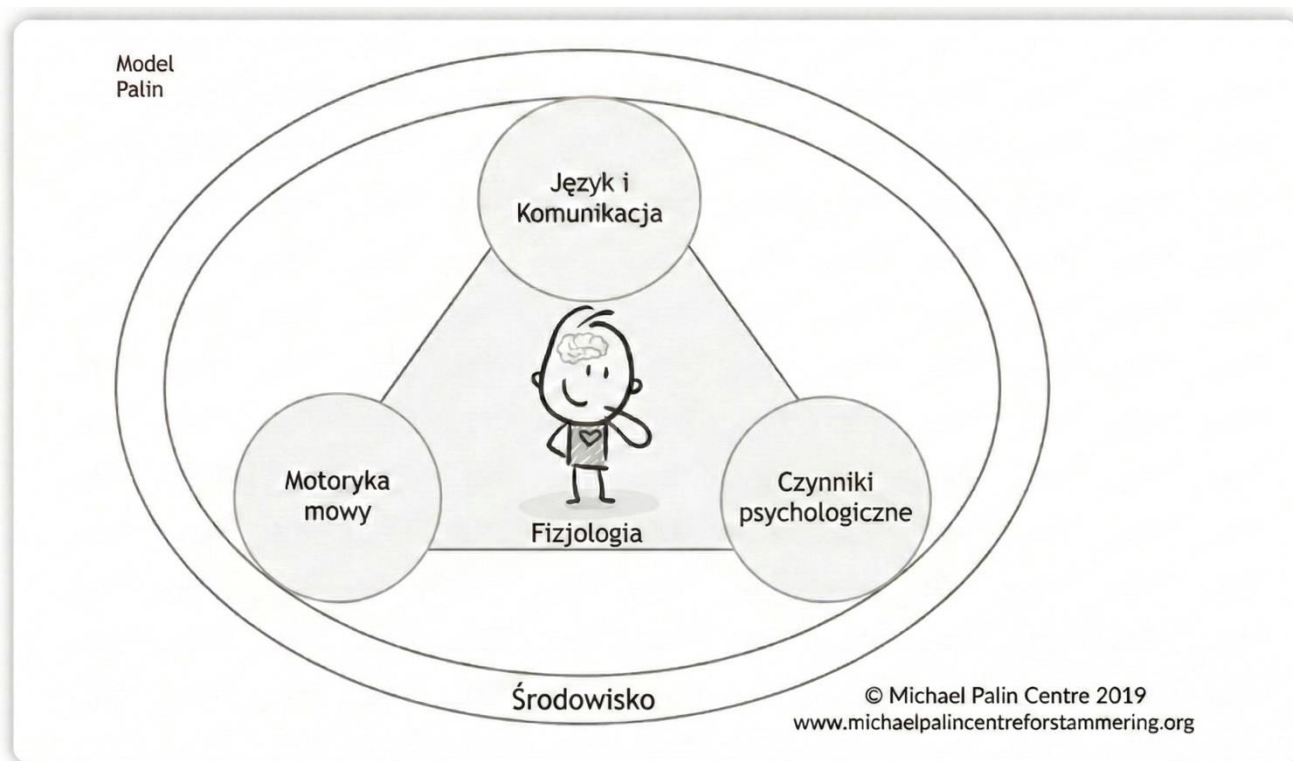
Model Palin

W przeszłości korzystaliśmy z czteroczynnikowego modelu wieloczynnikowego (Kelman i Nicholas, 2008), aby interpretować dowody naukowe dotyczące jękania, wspierać podejmowanie decyzji klinicznych oraz wyjaśniać je rodzinom, z którymi pracujemy. w tym modelu cztery czynniki: fizjologiczny, językowy, środowiskowy i psychologiczny przedstawiono jako zazębiające się okręgi o równej wielkości, a jękanie umieszczono w centralnej części, tam, gdzie wszystkie koła się nakładały. w samym centrum nowego modelu Palin PCI (rysunek 1.2) umieściliśmy wizerunek dziecka i jego mózgu jako kluczowy punkt wyjaśniający, dlaczego dziecko się jąka. Reprezentuje on czynniki związane z fizjologią dziecka, w szczególności genetyczne i neurologiczne podstawy jękania. Na jękanie mogą także wpływać czynniki fizyczne, takie jak koordynacja ruchowa czy ogólne samopoczucie fizyczne, w tym stan zdrowia i poziom zmęczenia.

Dziecko umieszczone jest w trójkącie, którego każdy wierzchołek reprezentuje inny obszar wpływający na jego rozwój: motorykę, język i komunikację oraz czynniki psychologiczne. Obejmują one różne aspekty funkcjonowania dziecka, jego umiejętności i słabości, które mogą wpływać na rozwój oraz na pojawianie się jąkania. Poza trójkątem znajduje się szeroki okrąg symbolizujący środowisko dziecka, takie jak dom, przedszkole czy szkoła. Wpływy środowiskowe oddziałują na fizjologię, motorykę mowy, język i komunikację oraz czynniki psychologiczne, wzmacniając lub osłabiając jąkanie.

Model Palin PCI nie jest modelem przyczynowo-skutkowym. Stanowi narzędzie kliniczne, które umożliwia ocenę obszarów wymagających analizy w celu określenia mocnych i słabych stron dziecka oraz czynników wpływających na jego jąkanie. Na tej podstawie opracowywany jest plan terapii – zindywidualizowany zgodnie z profilem dziecka i uwzględniający wszystkie istotne czynniki.

Po naniesieniu mocnych i słabych stron dziecka na model możemy wyjaśnić rodzicom, które czynniki wydają się zakłócać mowę dziecka i co obejmie nasza terapia w celu ich wsparcia. Rozwijanie zrozumienia rodziców w ten sposób może zmniejszyć ich poczucie winy i lęk oraz ułatwić otwartą, wspólną relację terapeutyczną w pracy z rodziną.



Rys. 1. 2 Model Palin

Które dzieci wymagają interwencji?

2

Okolo siedemdziesięciu do osiemdziesięciu które zaczynają się jąkać, odzyskuje płynność mowy w sposób naturalny (Mansson, 2000; Yairi i Ambrose, 2005; Yairi i in., 1996; Yairi i Seery, 2015). Jednak odsetek ten maleje wraz z czasem trwania jąkania, co oznacza, że u wielu dzieci jąkanie utrzymuje się w wieku szkolnym i później. Wyzwaniem dla terapeutów pracujących z jękającymi się przedszkolakami jest określenie, które z nich wymagają interwencji.

Język, którego używamy

Badania w tej dziedzinie tradycyjnie używały terminu „uporczywe jąkanie” odnośnie do dzieci, u których jąkanie utrzymuje się i „wyleczenie jąkania” względem dzieci, które zaczynają się jąkać, a mówią płynnie. Termin „wyleczenie” ma konotacje z problemami uzależnień, jak również implikuje, że miał miejsce jakiś proces medyczny, a nie, że dziecko podążało bardziej naturalną drogą rozwoju. Przeciwstawiamy jąkanie „uporczywe” jękaniu „przemijającemu”, wskazując na jego tymczasowy charakter i mówimy wtedy o ustąpieniu jąkania, a nie o „wyleczeniu” dziecka.

Badania nad utrzymywaniem się jąkania

Przez wiele lat głównym celem badań nad wczesnym jękaniem było dokładne rozpoznanie czynników związanych z utrzymywaniem się jąkania u małych dzieci. Liczne grupy naukowców stosowały – i nadal stosują – prospektywne, podłużne projekty badawcze, aby obserwować rozwój dużych grup przedszkolaków przez wiele lat, analizując szeroki zakres zmiennych w celu identyfikacji czynników, które mogą pomóc w rozróżnieniu dzieci, u których jąkanie będzie się utrzymywać, od tych, u których ustąpi. Chociaż niektóre wskaźniki prognostyczne dotyczące utrzymywania się jąkania zostały zidentyfikowane, dotychczasowe ustalenia nie pozwalają przewidzieć z pełną dokładnością, czy konkretne dziecko, które zaczęło się jąkać, odzyska płynność mowy bez interwencji logopedycznej. Do tej pory odnotowano znaczne różnice w wynikach poszczególnych badań.

Przyjrzymy się teraz różnym badaniom podłużnym i metodom, które pomagają wyjaśnić, dlaczego do tej pory nie udało się określić stałych i wiarygodnych wskaźników utrzymywania się jąkania.

- * Badanie z Illinois: Dzieci w Stanach Zjednoczonych zostały specjalnie zrekrutowane do badania niedługo po pojawieniu się pierwszych oznak jąkania (Illinois Stuttering Research Project; np. Yairi, Ambrose, Paden i Throneburg, 1996; Yairi i Ambrose, 2005). Rekrutacja odbywała się w przedszkolach oraz za pośrednictwem ogłoszeń, a dzieci niekoniecznie były kierowane z powodu obaw rodziców lub specjalistów dotyczących mowy. w związku z tym nie jest to populacja kliniczna dzieci jękających się, a wyniki należy traktować jako odzwierciedlające grupę, w której tylko niewielka część dzieci korzystała z terapii, podczas gdy większość jej nie otrzymała.

- * W Holandii do badania kwalifikowano dzieci, u których co najmniej 1 z rodziców się jąkało (np. Kloth i in., 1995a; Kloth i in., 1999). Dzieci obserwowano jeszcze przed pojawieniem się pierwszych objawów jąkania, aby zidentyfikować zmienne związane zarówno z jego rozpoczęciem, jak i z późniejszym utrzymywaniem się. Nie jest jasne, czy dzieci uczestniczące w tych badaniach otrzymały jakąkolwiek terapię logopedyczną po wystąpieniu jąkania.
- * Badanie z Ulm: Dzieci, które zostały skierowane do kliniki logopedycznej w Niemczech (na przykład Johannsen, 2000; Rommel, Hage, Kalehne i Johannsen, 1999). Dzieci w tym badaniu najtrafniej odzwierciedlają populację kliniczną, ponieważ były kierowane z powodu niepokoju dotyczącego ich mowy, a nie w celu zakwalifikowania do projektu badawczego. Większość z nich otrzymywała terapię w trakcie trwania obserwacji, dlatego wyniki uwzględniają czynniki wpływające na rokowanie zarówno przy zastosowaniu terapii, jak i bez niej.
- * Badanie ELVS z Melbourne: Największym badaniem jest badanie w ramach projektu Early Language in Victoria Study (ELVS) przeprowadzone w Melbourne w Australii (ELVS Stuttering Study: Reilly i in., 2009; Reilly i in., 2013a). Dzieci były rekrutowane przed pojawieniem się jąkania i brały udział w dużym projekcie dotyczącym wczesnego rozwoju językowego. Gdy dzieci miały dwa lata, ich rodzice otrzymali listę zachowań związanych z jąkaniem, na które powinni zwracać uwagę, i zobowiązali się kontaktować z zespołem badawczym, gdyby zaobserwowali którekolwiek z tych zachowań pojawiających się w mowie ich dziecka. Dlatego też dzieci nie były kierowane na badania w wyniku obaw rodziców lub specjalistów, dotyczących mowy dziecka, i nie stanowiły populacji klinicznej. Opiswane są jako próba środowiskowa, a nie próba kliniczna. Według autorów badania, niewielka liczba rodziców rzeczywiście zwróciła się o poradę, ich dzieciom postawiono diagnozę i udzielono terapii logopedycznej w trakcie badania. Wyniki dały nam wiedzę na temat zmiennych, które wpływają zarówno na pojawienie się jąkania, jak i na jego utrzymywanie się.
- * Badanie z Purdue: Dzieci, które w wieku od 4 do 5 lat zostały poddane wstępnej ocenie, były następnie obserwowane podłużnie podczas corocznych wizyt aż do wieku 9–10 lat (Purdue University Stuttering Project, np. Walsh i in., 2018). Grupa ta dobrze odzwierciedla populację kliniczną, ponieważ obejmowała dzieci uczestniczące w badaniu niezależnie od tego, czy wcześniej korzystały z terapii, czy też otrzymywały ją w trakcie projektu. Badacze opracowali zestaw eksperymentów służących ocenie 3 kluczowych obszarów związanych z jąkaniem: koordynacji ruchowej aparatu artykulacyjnego, przetwarzania językowego oraz wrażliwości emocjonalnej. Celem było ustalenie różnic między dziećmi, u których jąkanie utrzymywało się, a tymi, u których ustąpiło, a także stworzenie baterii testów, którą terapeuci mogliby wykorzystać do oceny ryzyka utrzymywania się jąkania.
- * Badanie z Uniwersytetu Vanderbilt: Dzieci zostały włączone do badania przeprowadzonego na Uniwersytecie Vanderbilt (The Vanderbilt Developmental Stuttering Project, np. Erdemir, Walden, Jefferson, Choi i Jones, 2018), którego celem było lepsze poznanie czynników logopedycznych, emocjonalnych i fizjologicznych pomagających przewidzieć prawdopodobieństwo utrzymywania się jąkania u dziecka. Rekrutacja uczestników w wieku od 3 do 5 lat i 11 miesięcy odbywała się poprzez lokalne instytucje świadczące usługi zdrowotne, pracowników ochrony zdrowia oraz ogłoszenia. Autorzy podkreślają, że nie byli w stanie wiarygodnie ustalić, czy dzieci objęte badaniem otrzymywały jakiegokolwiek porady dotyczące płynności mowy ani terapię pośrednią lub bezpośrednią w trakcie trwania projektu. Badanie z Michigan: Dzieci zostały włączone do badania przeprowadzonego w The Speech Neurophysiology Lab na Uniwersytecie Michigan oraz na Uniwersytecie Stanu Michigan (np.

Chang i in., 2008; Chow i Chang, 2017), w ramach którego wykorzystywano zarówno strukturalne, jak i funkcjonalne techniki neuroobrazowania do oceny rozwoju mózgu dzieci jękających się i mówiących płynnie. Celem badań było określenie czynników związanych z przejściowym i utrzymującym się jękaniem oraz sprawdzenie, czy istnieją różnice między chłopcami a dziewczynkami. Do projektu kwalifikowano dzieci w wieku, w którym typowo może pojawić się jękanie, czyli od 3 roku życia

Ważne jest, aby rozumieć różnice między podgrupami dzieci biorących udział w poszczególnych badaniach, ponieważ umożliwia to właściwą interpretację wyników oraz ocenę tego, czy – i w jaki sposób – mogą one odnosić się do naszych własnych grup klinicznych. Ponadto, ponieważ w niektórych projektach uczestniczyły dzieci objęte terapią logopedyczną, nie zawsze możemy określić, czy odnotowane ustąpienie jękania nastąpiło naturalnie, czy było wynikiem wsparcia terapeutycznego. Podsumowując zatem wnioski z różnych badań, należy zauważyć, że obecne dowody nie są jednoznaczne, a ustalenia pozostają niespójne. Co więcej, nie znamy ani względnego, ani łącznego znaczenia poszczególnych czynników – to znaczy stopnia, w jakim każdy z nich przyczynia się do ryzyka utrzymywania się jękania.

Rodzinna historia jękania

Najbardziej szczegółowe badanie historii rodzinnej w kontekście jękania przeprowadzono w ramach projektu z Illinois. Zespół badawczy stwierdził, że wśród dzieci, które dopiero zaczynają się jąkać, występowanie jękania w rodzinie stanowi najpewniejszy czynnik prognostyczny utrzymywania się jękania – jednak samo istnienie przypadków w rodzinie nie wystarcza do przewidywania wyniku; istotny jest raczej wzorzec tych przypadków. Dziecko, w którego rodzinie występują przypadki utrwalonego jękania, jest bardziej narażone na utrzymywanie się jękania, natomiast jeśli w rodzinie były przypadki jękania, które ustąpiło, dziecko ma większe szanse na samoistne ustąpienie jękania (Yairi i Ambrose, 2005). Ambrose, Cox i Yairi (1997) oszacowali, że obecność rodzinnej historii jękania ustępującego wiąże się z około 65% prawdopodobieństwem odzyskania płynności przez dziecko.

Rola historii rodzinnej w utrzymywaniu się jękania okazała się odmienna w badaniu z Ulm (Rommel i in., 1999) i zależała od momentu, w którym dziecko przestało się jąkać. w przypadku dzieci, które określono jako wcześnie osiągnące płynność (to jest takich, u których jękanie ustąpiło w ciągu osiemnastu miesięcy od włączenia do badania), nie stwierdzono związku między dodatnim wywiadem rodzinnym a utrzymywaniem się jękania. Jednak w przypadku dzieci, które osiągnęły płynność później (między 18 a 54 miesiącem od włączenia do badania), porównanie ich z grupą, u której jękanie się utrzymywało, wykazało, że im większa liczba członków rodziny z historią jękania, tym częściej obserwowano utrzymywanie się jękania. w badaniu nie określono jednak, czy rodzinna historia jękania dotyczyła przypadków przejściowych, czy utrzymujących się.

Badanie z Uniwersytetu Purdue wykazało, że 53% dzieci, u których jękanie utrzymywało się, miało krewnego pierwszego lub drugiego stopnia z utrzymującym się jękaniem, podczas gdy odsetek ten wynosił 14% u dzieci, które zaczęły mówić płynnie (Walsh i in., 2018).

Badanie ELVS wykazało, że 13,8% dzieci, u których jękanie ustąpiło przed upływem 6 lat i 20% tych, u których utrzymywało się, zgłosiło w wywiadzie rodzinnym przypadek jękania u krewnych 1 stopnia. Nie określono, czy ta różnica była istotna statystycznie i czy historia rodzinna dotyczyła jękania, które ustąpiło czy utrzymywało się (Kefalianos i in., 2017).

Implikacje kliniczne

Podczas rozpatrywania czynników ryzyka wystąpienia utrzymującego się jąkania, musimy zebrać informacje w wywiadzie rodzinnym zarówno w najbliższej, jak i dalszej rodzinie oraz zapytać, czy członkowie rodziny jękali się, gdy osiągnęli wiek dorosły, czy też zaczęli mówić płynnie. Niektóre badania wskazują, że rodzinna historia utrzymującego się jąkania może predysponować dziecko do utrzymania się jąkania. Jednak brak historii rodzinnej lub historia przejściowego jąkania nie oznacza, że dziecko spontanicznie osiągnie płynność. Dlatego należy zachować ostrożność przy podejmowaniu decyzji wyłącznie na podstawie wywiadu rodzinnego, aby nie wykluczyć z interwencji dzieci, które mogą być narażone na utrzymywanie się jąkania z powodu innych czynników.

Płeć

Porównując dane dotyczące częstości występowania jąkania i stosunku chłopców do dziewczynek okazuje się, że w przypadku chłopców częściej ma miejsce utrzymywanie się jąkania niż u dziewcząt. u bardzo małych dzieci w wieku przedszkolnym stosunek ten jest niemal równy (Kloth i in., 1999; Mansson 2000; Yairi i Ambrose, 2005), ale wraz z wiekiem stopniowo rośnie, wynosząc nawet 5 czy 6: 1 mężczyzn do kobiet wśród dzieci w wieku szkolnym i dorosłych z jąkaniem (Bloodstein i Bernstein Ratner, 2008). Można zatem oczekiwać, że płeć będzie istotnym czynnikiem w przewidywaniu, czy jąkanie ustąpi, czy będzie się utrzymywać.

Jednak wyniki dotyczące proporcji płci i utrzymywania się jąkania są niespójne. Badanie z Uniwersytetu Purdue i wstępne wyniki badania z Illinois wskazują, że jąkanie utrzymuje się u istotnie większej liczby chłopców niż dziewcząt (Yairi i in., 1996; Ambrose i in., 1997; Walsh i in., 2018). Chociaż badania z Ulm, Utrechtu oraz kolejne wyniki badania z Illinois sugerowały wyższy odsetek chłopców wśród dzieci, u których utrzymywało się jąkanie, różnica ta nie okazała się istotna statystycznie (Johannsen, 2000; Kloth i in., 1999; Yairi i Ambrose, 1999). Nowsze badania w Illinois i w ramach projektu ELVS również nie wykazały związku między płcią a utrzymywaniem się jąkania (Ambrose, Yairi, Loucks, Seery i Throneburg, 2015; Kefalianos i in., 2017).

Tak więc, wbrew naszym przewidywaniom, okazuje się, że badania o dłuższym czasie trwania i zwiększonej liczbie uczestników pokazują, że chociaż jąkanie utrzymuje się u większej liczby chłopców niż dziewcząt, różnica ta nie jest statystycznie istotna.

Sugeruje się, że ten brak istotności może wynikać z różnic w wielkości próby i tendencji dziewcząt do osiągnięcia płynności wcześniej niż chłopcy (Johannsen, 2000; Yairi i Ambrose, 1999).

Implikacje kliniczne

Pomimo faktu, że dane dotyczące stosunku płci sugerują ogólnie trend, według którego chłopcy częściej niż dziewczynki mają skłonność do utrzymywania się jąkania, badania tego konsekwentnie nie potwierdzają. Biorąc pod uwagę, że część dziewczynek również doświadcza utrzymującego się jąkania, nie opieramy decyzji klinicznych wyłącznie na płci dziecka.

Czas od wystąpienia jąkania

Badania z Illinois i ELVS wykazały, że chociaż niektóre dzieci (ok. 10%) osiąga płynność w ciągu 1 roku od pojawienia się jąkania, u większości dzieci proces ten zazwyczaj kończy się w 2 lub 3 roku od jego wystąpienia (Yairi i Ambrose, 1999; Reilly i in., 2013b). Według badania z Illinois prawdopodobieństwo ustąpienia jąkania zmniejsza się wraz z wydłużaniem się czasem obecności objawów jąkania w mowie dziecka. Wkrótce po pojawieniu się jąkania szansa na ustąpienie wynosi około 75 do 80% lub więcej; po 2 latach jąkania szansa ta spada do 47%, a po 3 latach jąkania maleje do 16% i do ok. 5% po 4 latach od pojawienia się jąkania (Yairi i Ambrose, 2005). z drugiej strony dziecko, które dopiero co zaczęło się jąkać, ma ok. 65 do 80% szans na ustąpienie jąkania w ciągu 3 do 5 lat od jego pojawienia się. Badanie ELVS wykazało również, że u 65% dzieci jąkanie ustąpiło w ciągu 3 do 5 lat (Reilly i in., 2013b).

Implikacje kliniczne

Podczas diagnozy zbieramy informacje o tym, jak jąkanie zmieniało się w czasie, zarówno pod względem częstotliwości, jak i rodzaju jąkania oraz zaobserwowanych zachowań. Być może będziemy musieli pokazać rodzicom różne rodzaje zachowań związanych z jąkaniem, które pojawiają się w mowie dziecka, aby pomóc im dokonać takiej oceny. Jeżeli rodzice zgłaszają, że jąkanie dziecka jest zmienne w czasie, prosimy ich o opisanie ogólnego trendu. Wzorzec poprawy może sugerować, że jąkanie ustępuje jednak, jeśli obecność jąkania negatywnie wpływa na dziecko lub rodzica, nie należy zwlekać z interwencją.

Nasilenie jąkania

Badanie z Illinois wykazało, że nasilenie jąkania (mierzone częstotliwością niepełności) nie było czynnikiem prognostycznym (Yairi i in., 1996; Yairi i Ambrose, 1999).

Dla porównania, choć badanie z Ulm wykazało znaczne indywidualne różnice w nasileniu zarówno w grupie dzieci z jąkaniem przejściowym, jak i utrzymującym się, stwierdzono, że rokowanie było lepsze u dzieci z mniej nasilonym jąkaniem (Johannsen, 2000). Wyniki te zostały potwierdzone w badaniach ELVS i Purdue (Reilly i in., 2013; Bostian, Brown i Weber, 2016; Walsh i in., 2018).

Wydaje się, że przy ocenie nasilenia jąkania konieczne jest uwzględnienie wieku dziecka. Grupa badawcza z Illinois nie wykazała, aby nasilenie jąkania było czynnikiem predykcyjnym przejściowości lub utrzymywania się jąkania w okresie bliskim pojawienia się objawów, przy diagnozie stawianej

w wieku od 2 do 3 lat. Jednak w przypadku diagnozy w wieku od 4 do 5 lat, badacze z Purdue wykazali, że nasilenie jąkania stanowi czynnik predykcyjny (Bostian i in., 2016; Walsh i in., 2018).

Implikacje kliniczne

Podczas oceny nasilenia jąkania w mowie dziecka wyniki badań pozostają niejednoznaczne, jeśli chodzi o związek między łagodnym jąkaniem a wzorcem jego ustępowania oraz między bardziej nasilonym jąkaniem a jego utrzymywaniem się. Wciąż nie wiadomo, jaki poziom nasilenia wskazywałby na większe ryzyko utrwalania się jąkania. Ocena stopnia nasilenia jąkania u dzieci w wieku od 4 do 5 lat może być jednak istotnym czynnikiem w określaniu, u których z nich istnieje większe prawdopodobieństwo jego utrzymywania się. Wraz z postępem badań ta kwestia powinna stać się jaśniejsza.

Wiek w czasie pojawienia się jąkania

Choć różnica nie była istotna statystycznie, w badaniu z Illinois stwierdzono, że dzieci z utrzymującym się jąkaniem były na ogół starsze (w wieku 3 lat i więcej) w momencie pojawienia się objawów (Yairi i in., 1996). Natomiast w badaniu przeprowadzonym w Ulm wykazano, że dzieci, u których jąkanie rozpoczęło się wcześniej (przed ukończeniem 3 roku życia), częściej doświadczały utrzymywania się objawów niepełności (Johannsen, 2000). z kolei późniejsza publikacja zespołu badawczego z Illinois nie wykazała statystycznie istotnych różnic w wieku pojawienia się jąkania między grupami, u których jąkanie utrzymywało się oraz tymi, u których ustąpiło (Ambrose i in., 2015).

Implikacje kliniczne

Wiek dziecka w momencie pojawienia się jąkania nie stanowi jednoznacznego wskaźnika podatności na jego utrzymywanie się. Zapytanie rodziców o to, ile lat miało dziecko, gdy jąkanie wystąpiło po raz pierwszy, może jednak pomóc w określeniu, ile czasu upłynęło od pojawienia się objawów.

Temperament

W ostatnich latach wiele zespołów badawczych zaczęło analizować, czy temperament dziecka może mieć związek z przejściowym bądź utrzymującym się jąkaniem.

Grupa badawcza z Illinois oceniała temperament dzieci za pomocą krótkiej wersji Kwestionariusza Zachowań Dziecka (ang. Children's Behavior Questionnaire – CBQ; Rothbart i in., 2001; Putnam i Rothbart, 2006). Badacze wskazali bardziej negatywny temperament jako potencjalny czynnik predykcyjny utrzymywania się jąkania. Matki dzieci, u których jąkanie się utrzymywało, zgłaszały istotnie wyższy poziom negatywnego afektu (na przykład złości, strachu lub smutku) w porównaniu z matkami dzieci, u których jąkanie ustąpiło. Zjawisko to obserwowano jednak jedynie podczas pierwszej wizyty, nie potwierdziło się natomiast w ocenach przeprowadzonych rok i 2 lata później (Ambrose i in., 2015).

Badanie ELVS wykazało, że ocena temperamentu dzieci w wieku 2 lat, dokonana przez rodziców, nie była czynnikiem predykcyjnym utrzymywania się jąkania w wieku 7 lat (Kefalianos i in., 2017). Należy jednak zaznaczyć, że w tym badaniu rodzice zostali poproszeni o ocenę dziecka jedynie w jednym wymiarze temperamentu, mianowicie dążenia/wycofania, zgodnie z Krótką skalą oceny temperamentu dla niemowląt (Short Temperament Scale for Toddlers; Prior, Sanson i Oberklaid, 1989). Aby w pełni zrozumieć rolę temperamentu w przejściowym i utrzymującym się jąkanii, konieczne są dalsze badania.

Implikacje kliniczne

Z uwagi na ograniczoną liczbę badań dotyczących możliwej roli temperamentu dziecka w utrzymywaniu się jąkania, na tym etapie nie zaleca się włączania formalnych kwestionariuszy temperamentu do procedury diagnostycznej. Informacje o temperamencie możemy jednak pozyskiwać z relacji rodziców oraz z obserwacji zachowań dziecka podczas sesji diagnostycznych. Na przykład, jeśli rodzice zgłaszają, że dziecko jest z natury bardzo reaktywne i silnie reaguje na własne jąkanie, może to stanowić przesłankę do rozważenia interwencji.

Umiejętności artykulacyjne

Gdy grupa badawcza z Illinois oceniała umiejętności fonologiczne krótko po pojawieniu się jąkania, stwierdzono znaczną indywidualną zmienność zarówno wśród dzieci, u których jąkanie się utrzymywało, jak i wśród tych, u których ustąpiło (Yairi i in., 1996; Paden i Yairi, 1996). u dzieci z utrzymującym się jąkaniiem zaobserwowano opóźnienie rozwoju artykulacji (choć nadal mieszczące się w granicach normy) w porównaniu z dziećmi, u których jąkanie miało charakter przejściowy; różnica ta była istotna statystycznie. Jednak podczas ponownej oceny rok i 2 lata później, mimo że dzieci z grupy z utrzymującym się jąkaniiem jako grupa nadal wykazywały opóźnienia, różnica między grupami nie była już statystycznie istotna (Paden, Ambrose i Yairi, 2002; Paden, Yairi i Ambrose, 1999).

Późniejsze badanie przeprowadzone przez grupę badawczą z Illinois wykazało, że gdy dzieci były diagnozowane w ciągu 12 miesięcy od pojawienia się jąkania, obie grupy – zarówno dzieci z utrzymującym się jąkaniiem, jak i te z jąkaniiem przejściowym – osiągały istotnie niższą dokładność w realizacji późno nabywanych fonemów w porównaniu z grupą kontrolną. Jednak w miarę upływu czasu, podczas ponownej oceny rok i 2 lata później, różnice te nie były już istotne statystycznie.

Badanie przeprowadzone na Uniwersytecie Purdue również wykazało, że słabsze zdolności fonologiczne wiązały się z utrzymywaniem się jąkania (Spencer i Weber-Fox, 2014).

Implikacje kliniczne

Biorąc pod uwagę dane sugerujące możliwy związek między umiejętnościami artykulacyjnymi dziecka a utrzymywaniem się jąkania, należy zebrać informacje dotyczące wczesnego rozwoju fonologicznego, a także ocenić aktualne zdolności fonologiczne, jeśli trudności nadal się pojawiają.

Umiejętności motoryczne mowy

W badaniu przeprowadzonym w Utrechcie analizowano tempo artykulacji dzieci w wieku przedszkolnym przed pojawieniem się jąkania oraz rok po jego wystąpieniu – zarówno u dzieci z jąkaniami utrzymującym się, jak i przejściowym. Ustalono, że dzieci, u których jąkanie się utrzymywało, charakteryzowały się większą zmiennością tempa artykulacji, niż dzieci z grupy z jąkaniami przejściowymi, i to zarówno przed pojawieniem się jąkania, jak i rok później. Przyjęto, że większa zmienność tempa odzwierciedla słabiej rozwinięty system motoryki mowy u dzieci, u których jąkanie ma charakter utrzymujący się (Kloth i in., 1999).

W badaniu z Uniwersytetu Vanderbilta oceniano zależności między tempem artykulacji, emocjonalnością a utrzymywaniem się jąkania. Autorzy wskazują, że wolniejsze tempo mowy obserwowane u dzieci z utrzymującym się jąkaniami, które przeżywają negatywne emocje podczas nie płynnych wypowiedzi, może odzwierciedlać mniej dojrzały i mniej stabilny system motoryczny mowy w porównaniu z dziećmi, u których jąkanie ustępuje (Erdemir i in., 2018).

Wyniki badania przeprowadzonego na Uniwersytecie Purdue sugerują również, że koordynacja motoryki mowy u dzieci z utrzymującym się jąkaniami jest mniej rozwinięta i mniej dojrzała w porównaniu zarówno z dziećmi z jąkaniami przejściowymi, jak i z dziećmi mówiącymi płynnie. Dzieci z utrzymującym się jąkaniami wykazywały większą zmienność rozwarcia warg (górnej i dolnej) oraz koordynacji ruchów szczęki w porównaniu z dziećmi, u których jąkanie ustąpiło, oraz z dziećmi z grupy kontrolnej. Autorzy badania sugerują, że uzyskanie płynności może być związane z przewyciężeniem przez dzieci wcześniejszych opóźnień w rozwoju motorycznym mowy (Usler i in., 2017).

Dodatkowe wstępne dowody na wczesne opóźnienia w zakresie motoryki mowy pochodzą również z badań grupy z Uniwersytetu Purdue, która wykazała, że stosunkowo niskie wyniki w zadaniach polegających na powtarzaniu pseudosłów stanowiły czynnik predykcyjny utrzymywania się jąkania (Spencer i Weber-Fox, 2014).

Implikacje kliniczne

Podsumowując, wyniki przytoczonych badań sugerują, że zarówno przejściowe, jak i utrzymujące się jąkanie mogą być powiązane z wczesnym rozwojem motoryki mowy dziecka. Obecnie nie dysponujemy klinicznie użytecznym narzędziem pozwalającym na wiarygodny pomiar kontroli motorycznej mowy czy tempa artykulacyjnego w warunkach gabinetowych. Na tym etapie nie możemy więc z pełną pewnością przewidzieć, u których dzieci istnieje większe prawdopodobieństwo utrzymywania się jąkania na podstawie samych zdolności motorycznych mowy, choć obszar ten wydaje się obiecujący dla przyszłych badań.

Umiejętności językowe

Rola umiejętności językowych dzieci w utrzymującym się i przejściowym jąkanii nie jest jednoznaczna. Badanie z Utrechtu nie wykazało żadnych różnic w zakresie zdolności językowych – zarówno receptywnych, jak i ekspresyjnych – między dziećmi, u których pojawiło się jąkanie, a dziećmi, które się nie jękały. Nie stwierdzono również różnic w zakresie mowy czynnej i biernej, zarówno między dziećmi,

u których jąkanie się utrzymywało, jak i tymi, które uzyskały płynność (Kloth, Janssen, Kraaimaat i Brutten, 1995b; Kloth i in., 1999). Podobnie badanie z Uniwersytetu Purdue nie wykazało związku między ekspresyjnymi i receptywnymi zdolnościami językowymi a utrzymywaniem się jąkania (Spencer i Weber-Fox, 2014).

Z kolei badanie z Ulm wykazało, że dzieci z utrzymującym się jąkaniami osiągały wyższe wyniki w zakresie słownictwa niż dzieci z grupy z jąkaniami przejściowymi. Miały również tendencję do używania dłuższych słów oraz tworzenia dłuższych zdań w szybszym tempie. Innymi słowy, prezentowały bardziej zaawansowane umiejętności językowe niż ich rówieśnicy (Rommel, 2000; Hage, 2000).

Ustalenia Yairiego i jego współpracowników zmieniały się na przestrzeni czasu. w ich wcześniejszych badaniach umiejętności językowych stwierdzono, że dzieci z utrzymującym się jąkaniami osiągały niższe wyniki w testach językowych niż dzieci, u których jąkanie ustąpiło (Yairi i in., 1996). Jednak późniejsze badania (Watkins i Yairi, 1997; Watkins, Yairi i Ambrose, 1999) sugerowały brak różnic w umiejętnościach językowych między tymi dwiema grupami.

W nowszym badaniu Ambrose i współpracownicy (2015) odnotowali, że dzieci z utrzymującym się jąkaniami uzyskiwały nieco niższe wyniki w standaryzowanych testach rozwoju językowego w porównaniu z dziećmi z jąkaniami przejściowymi. Jednocześnie nie stwierdzono różnic między tymi grupami w zakresie średniej długości wypowiedzi.

Grupa ELVS Stuttering wykazała, że choć dziewczynki z lepszymi zdolnościami językowymi w wieku 2 lat częściej zaczynały mówić płynnie w wieku 7 lat, zależność ta nie występowała u chłopców (ocena na podstawie kwestionariuszy wypełnianych przez rodziców). Natomiast według standaryzowanej oceny zdolności językowych – zarówno receptywnych, jak i ekspresyjnych – dzieci, które w wieku 7 lat nadal się jąkały, wykazywały słabsze umiejętności językowe niż te, u których jąkanie ustąpiło (Kefalianos i in., 2017).

Możliwe, że stosowanie różnych narzędzi oceny językowej przyczynia się do rozbieżności w wynikach badań. w niektórych badaniach wykorzystywano standaryzowane testy, przy czym ich dobór różnił się w zależności od ośrodka badawczego. w jednych analizowano próbki języka spontanicznego, posługując się różnymi miarami produkcji językowej, takimi jak średnia długość wypowiedzi, liczba różnych słów czy liczba wszystkich słów. w innych badaniach stosowano kombinację standaryzowanych testów i miar produkcji językowej.

Późniejsze analizy grupy z Illinois koncentrowały się na badaniu powiązań między rozwojem językowym a jąkaniami na przestrzeni czasu. Przez okres czterech lat obserwowano dzieci, które niedługo przed rozpoczęciem jąkania prezentowały zaawansowane nadawcze (ekspresyjne) zdolności językowe. Zaobserwowano, że dzieci, u których jąkanie się utrzymywało, nadal wykazywały zaawansowane umiejętności ekspresyjne, natomiast u dzieci, u których jąkanie ustąpiło, umiejętności te stopniowo przechodziły od wzorca bardziej zaawansowanego do poziomu bardziej typowego dla wieku. Sugeruje to, że zmiana lub normalizacja profilu językowego może wiązać się z przejściowym przebiegiem jąkania u dzieci o ponadnormatywnych zdolnościach językowych (Watkins, 2005).

Nowsze badanie z Purdue wskazuje, że w przewidywaniu, czy jąkanie ustąpi czy będzie się utrzymywać, konieczna jest analiza tempa rozwoju językowego (słownictwa i składni) w czasie, zamiast porównywania grup na podstawie jednorazowych pomiarów. Nie stwierdzono, aby wzrost różnorodności słownictwa pozwalał przewidzieć większe prawdopodobieństwo utrzymywania się jąkania. Natomiast jąkanie częściej

ustępowało u dzieci, które wykazywały zaawansowane umiejętności składniowe w wypowiedziach dziecka zarówno w momencie pojawienia się jąkania, jak i w kolejnych latach. Wyniki te są sprzeczne z ustaleniami Watkins (2005), zgodnie z którymi ustępowanie jąkania było związane z przejściem od zaawansowanego profilu językowego do profilu bardziej typowego dla wieku.

Choć wyniki mają charakter wstępny i wymagają dalszych badań, autorzy sugerują, że niektóre dzieci z jąkaniem mogą skorzystać z terapii ukierunkowanej na rozwijanie ekspresyjnych zdolności językowych (Leech, Bernstein Ratner, Brown i Weber, 2017).

Pomimo sprzecznych wyników różnych badań jest jasne, że mogą istnieć zależności między umiejętnościami językowymi a ustępowaniem jąkania. Wskazania dotyczące możliwej roli języka w przejściowym i utrzymującym się jąkaniu zostały ostatnio potwierdzone również badaniami neuronalnymi przeprowadzonymi w ramach Purdue University Stuttering Project, które wykazały różnice w neuronalnym przetwarzaniu informacji językowych między dziećmi, u których jąkanie się utrzymywało, a tymi, które zaczęły mówić płynnie (Mohan i Weber, 2015).

Implikacje kliniczne

Uważamy, że zarówno opóźnione, jak i zaawansowane umiejętności językowe mogą wpływać na utrzymywanie się jąkania. Dlatego ważne jest, aby w ramach diagnozy przeprowadzić zarówno formalną, jak i nieformalną ocenę zdolności językowych dziecka.

Funkcjonowanie i struktura mózgu

W ostatnich latach badacze z Uniwersytetów Michigan i Purdue analizowali strukturę oraz funkcjonowanie mózgu u dzieci w wieku, w którym często pojawia się jąkanie, aby zidentyfikować możliwe markery neuronalne różnicujące dzieci, które zaczną mówić płynnie, od tych, u których jąkanie będzie się utrzymywać. Wstępne wyniki sugerują, że przejściowe i utrzymujące się jąkanie mogą być związane z różnicami w połączeniach nerwowych (Chang i in., 2008; Chang, Zhu, Choo i Angstadt, 2015; Chow i Chang, 2017) oraz w procesach neuronalnych związanych z językiem (Mohan i Weber, 2015; Usler i Weber-Fox, 2015).

Bez wątplenia jest to obszar, który będzie budził coraz większe zainteresowanie wraz z pojawianiem się kolejnych dowodów, a zrozumienie ich znaczenia dla praktyki klinicznej zapowiada się niezwykle fascynująco.

Wnioski

Choć wyniki przedstawionych badań były przez lata pomocne w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, żaden z omawianych czynników nie wydaje się sam w sobie wystarczający do przewidzenia, czy jąkanie będzie się utrzymywać. Dotychczas nie podjęto również próby zbadania wpływu współwystępujących czynników ani ustalenia, które z nich mogą odgrywać większą rolę w utrwalaniu się jąkania.

Pomimo pewnych spójnych ustaleń w badaniach nadal występuje wiele rozbieżności wynikających z różnic metodologicznych. Populacje badawcze różniły się między poszczególnymi projektami, a uczestnicy każdego z nich mogli być mniej lub bardziej reprezentatywni dla ogólnej populacji dzieci

jąkających się. Na przykład dzieci „z grupy ryzyka jąkania” w badaniu z Utrechtu mogą nie odzwierciedlać szerszej grupy dzieci jąkających się, które nie mają rodzinnej historii jąkania. z kolei w badaniu ELVS uczestniczyło więcej dzieci z rodzin, w których matki są lepiej wykształcone.

Co więcej, badania obejmujące dzieci tuż przed pojawieniem się jąkania i śledzące ich rozwój w dłuższym okresie czasu mogą prowadzić do innych wniosków niż te, do których rekrutowano dzieci jąkające się już od roku do 2 lat w momencie pierwszej diagnozy. Należy również uwzględnić rodzaje zadań stosowanych do badania umiejętności językowych i artykulacyjnych.

W przyszłości pomocna może okazać się standaryzacja pomiarów klinicznych między badaniami, zwłaszcza że część uczestników korzystała z porad logopedycznych, a nawet uczestniczyła w terapii podczas trwania badania. Wyniki nie zawsze pozwalają więc jednoznacznie wyodrębnić czynniki związane ze spontanicznym ustępowaniem jąkania, czyli takim, które następuje bez interwencji terapeutycznej.

*Jeśli dziecko się jąka, a ono lub jego rodzice bardzo się tym martwią, umawiamy je
na diagnozę*

Dalsze badania są niewątpliwie potrzebne, aby dostarczyć logopedom informacji o tych dzieciach, u których jąkanie najprawdopodobniej będzie się utrzymywać i które będą wymagały terapii. Wyniki badań muszą być interpretowane w kontekście doświadczenia klinicznego i wiedzy specjalistycznej. Zalecamy, aby w sytuacji, gdy dziecko się jąka, a ono samo i/lub jego rodzice odczuwają znaczny niepokój związany z jego mową, przeprowadzić odpowiednią diagnozę.

W ramach uzupełnienia warto zwrócić uwagę na wyniki niedawnego badania dotyczącego skuteczności modelu Palin PCI. Zależało nam na sprawdzeniu, czy istnieją jakiegokolwiek różnice między dziećmi, dla których terapia Palin PCI okazała się najbardziej skuteczna, budujące dla nas było odkrycie, że dzieci tradycyjnie uznawane za obarczone większym ryzykiem utrzymywania się jąkania (a więc chłopcy oraz dzieci z rodzinną historią utrzymywania się jąkania) znalazły się w grupie odnoszącej największe korzyści z terapii (Millard, Zebrowski i Kelman, 2018). Może to wskazywać, że czynniki przewidujące skuteczność terapii mogą różnić się od tych, które pozwalają prognozować spontaniczne ustępowanie jąkania.

Czym jest terapia interakcyjna Palin PCI?



3

Na początku rozdziału opiszemy, jak terapia interakcyjna Palin PCI ewoluowała do swojej obecnej formy oraz przedstawimy różne wpływy – w tym wyniki badań naukowych – które kształtowały ją na przestrzeni lat.

Wczesna wersja terapii interakcyjnej rodzic-dziecko Palin PCI

Po raz pierwszy zastosowaliśmy terapię interakcyjną rodzic–dziecko w latach osiemdziesiątych (Rustin, 1987), a jej najbardziej szczegółowy opis opublikowano w 1996 roku (Rustin, Botterill i Kelman, 1996). Program rozwijał się w okresie, gdy dominowało podejście „poczekaj i obserwuj”, kiedy to panowała tendencja do udzielania rodzicom porad w nadziei, że jękanie ustąpi samoistnie. Nawet gdy dziecko przejawiało nasilone jękanie i wyrażało niepokój, w środowisku logopedycznym obecna była wówczas – dziś już zdyskredytowana – obawa przed zwracaniem dziecku uwagi na jego trudności.

W tamtym okresie logopedzi zazwyczaj przyjmowali dzieci indywidualnie, podczas gdy rodzice oczekiwali na zewnątrz w poczekalni. Pionierka terapii, dr Lena Rustin, logopedka i założycielka Michael Palin Centre, dostrzegła jednak kluczową rolę rodziców w wspieraniu ich dzieci. Dążyła także do zmniejszenia ich niepokoju związanego z jękaniami, oferując im konkretną pomoc zamiast ogólnikowych zapewnień czy – jak niekiedy bywało – sprzecznych porad.

Wczesna wersja modelu PCI

- * angażowała rodziców poprzez uświadamianie im, czego nie powinni robić,
- * skupiała się na tym, co nie pomagało,
- * otwarcie uznawała istnienie jękania,
- * obejmowała bezpośrednią terapię.

W tym okresie logopedzi pracowali zazwyczaj w oparciu o model medyczny, a duże znaczenie miała terapia behawioralna. Dlatego we wczesnej formie terapii PCI nacisk kładziono na to, aby ekspert–terapeuta uczył i szkolił rodziców w zakresie tego, czego nie powinni robić, aby ograniczyć jękanie dziecka. Terapeuta wraz z rodzicami analizowali styl ich interakcji, próbując wskazać wzorce, które mogły osłabiać zdolność dziecka do płynnego mówienia.

Skupienie się na zachowaniach rodziców uznawanych za niekorzystne odzwierciedlało ówczesne trendy w badaniach naukowych. W tamtym czasie opisywano rodziców dzieci z jękaniami jako przejawiających negatywne nastawienie w interakcjach (Kasprisin Burrelli, Egolf i Shames, 1972), wydających swoim

dzieciom więcej poleceń, żądań i prośb (Langlois, Hanrahan i Inouye, 1986), częściej im przerywających i niewystarczająco czekających na odpowiedź (Mordecai, 1979) – w porównaniu z rodzicami dzieci mówiących płynnie.

W rezultacie, choć wczesna wersja PCI uwzględniała pewne braki w ówczesnym podejściu do pracy z wczesnym jękaniem, mogła jednocześnie nieumyślnie zwiększać poczucie winy u rodziców.

Wczesna wersja terapii PCI była niekiedy błędnie postrzegana jako wyłącznie pośrednia metoda postępowania z jękaniem. w rzeczywistości od samego początku terapia PCI zakładała, że jękanie powinno być otwarcie uznawane i omawiane, a wokół trudności dziecka nie powinna panować „zmowa milczenia” (Gould i Sheehan, 1967). w swoim opisie podejścia PCI Botterill, Kelman i Rustin (1991) wyraźnie zachęcały rodziców do uznawania trudności dziecka oraz do utrzymywania z nim otwartego dialogu na ten temat.

Co więcej, terapia PCI obejmowała również element bezpośredniej modyfikacji mowy z dzieckiem, koncentrujący się na rozwijaniu jego świadomości poznawczej dotyczącej tego, w jaki sposób może wspierać własną, naturalną płynność mowy. Podejście to w dużej mierze opierało się na Systemie rozwoju płynności mowy u małych dzieci (ang. The Fluency Development System for Young Children; Meyers i Woodford, 1992).

Podejście PCI od początku łączyło więc zarówno metody pośrednie, jak i bezpośrednie, aby w sposób kompleksowy wspierać dziecko w radzeniu sobie z jękaniem.

Model terapii interakcyjnej Palin PCI z 2008 roku

W 2008 roku opublikowaliśmy Praktyczną interwencję w jękaniu wczesnodziecięcym (ang. Practical Intervention for Early Childhood Stammering; Kelman i Nicholas, 2008), podręcznik opisujący Palin PCI, oparty na wieloczynnikowym rozumieniu jękania i jego terapii. Publikacja zawierała szczegółowy opis rozwiniętej filozofii i założeń terapii, a także jej stylu i struktury. Palin PCI (2008) nie opierało się na modelu medycznym, lecz na przekonaniu, że rodzice są ekspertami, którzy intuicyjnie – choć nie zawsze w pełni świadomie – wiedzą, co jest pomocne dla ich dziecka.

Metody terapeutyczne polegały na wydobywaniu tej wiedzy i kompetencji rodziców oraz rozwijaniu ich tak, aby mogli jeszcze skuteczniej wspierać swoje dziecko. Program obejmował szeroki zakres strategii interakcyjnych, rodzinnych oraz ukierunkowanych na bezpośrednią pracę z dzieckiem, które dobierano do pakietu terapeutycznego na podstawie indywidualnych potrzeb dziecka predysponujących je do jękania, zgodnie z wynikami kompleksowej diagnozy.

Nacisk położono na te czynniki, które utrudniały dziecku płynne mówienie w typowych interakcjach dorosły–dziecko (Miles i Bernstein Ratner, 2001). Perspektywa ta pomagała rodzicom zrozumieć, że nie zrobili niczego, co spowodowałoby jękanie, a jednocześnie podkreślała ich kluczową rolę w wspieraniu dziecka.

Palin PCI 2008 koncentrowało się na wspierających interakcjach rodziców i było inspirowane różnorodnymi podejściami psychologicznymi i poradniczymi, w tym m.in.:

- * Terapią krótkoterminową skoncentrowaną na rozwiązaniach (de Shazer, 1988, 1996; George, Iveson i Ratner, 1999)
- * Terapią poznawczą (Beck, 1995)

- * Teorię konstruktów osobistych (Fransella, 1992; Kelly, 1955)
- * Teorię systemów rodzinnych (Epstein i Bishop, 1981)

Zasady terapii Palin PCI

Podjęcie terapeutyczne Palin PCI opiera się na kilku ważnych założeniach wynikających z badań, które nadal przyświecają naszej filozofii. Zasady te zostały omówione pod następującymi nagłówkami:

Rodzice dzieci z jękaniami są postrzegani jako osoby wchodzące w interakcje z dzieckiem w sposób, który pomaga mu przy jego jękaniu.

Rodzice często już wiedzą, co może wpływać na jękanie ich dziecka i reagują na nie w sposób naturalny i instynktowny, na przykład pomagając dziecku się uspokoić czy dając mu chwilę na odpowiedź. w procesie terapeutycznym wykorzystuje się tę wiedzę, wzmacniając zdolność rodziców do interakcji w sposób odpowiadający potrzebom dziecka oraz koncentrując się na zwiększeniu liczby takich korzystnych interakcji w środowisku domowym. Takie przesunięcie akcentów zmniejsza prawdopodobieństwo, że rodzice będą się obwiniać.

Rodzice dzieci z jękaniami nie są postrzegani jako różniący się od rodziców dzieci, które się nie jęka, pod względem ich stylu interakcji.

Zasada ta jest poparta wynikami badań naukowych (zob. przegląd naukowy Nippold i Rudzinski, 1995; Bernstein Ratner, 2004). Rodzice dzieci z jękaniami nie różnią się od rodziców dzieci mówiących płynnie pod względem tempa mowy, długości czasu oczekiwania na odpowiedź, zachowań związanych z przerywaniem wypowiedzi ani ogólnego stylu interakcji.

Jękanie wpływa na style interakcji rodziców

Istnieją nie tylko dowody na to, że modyfikacje w stylu interakcji rodzic–dziecko mogą zmniejszyć częstotliwość jękania, ale także dane wskazujące, że samo jękanie wpływa na style interakcji rodziców (Meyers i Freeman, 1985a, 1985b). Możliwe, że te zmienione sposoby interakcji wynikają ze wzrostu niepokoju związanego z jękaniami.

w badaniu podłużnym dzieci potencjalnie predystynowanych do jękania ze względu na historię rodzinną Kloth i współpracownicy (1995a, 1995b, 1998, 1999) odkryli, że rodzice mogą zmieniać swój styl interakcji w odpowiedzi na jękanie dziecka. Stwierdzili, że przed pojawieniem się jękania nie było różnic w zachowaniach matek dzieci, które później zaczęły się jękać, i matek dzieci mówiących płynnie (Kloth i in., 1995b). Jednak po 4 latach zaobserwowano, że matki dzieci, u których jękanie się utrzymywało, zmieniły swój styl interakcji (Kloth i in., 1999). Opisano je jako przejawiające bardziej „interwenujący” styl – zadawały więcej pytań i udzielały częstszych objaśnień. Matki dzieci, u których jękanie ustąpiło, nie

zmieniły swojego stylu interakcji. Należy jednak pamiętać, że wszystkie dzieci uczestniczące w badaniu miały co najmniej jednego rodzica z jękaniem, co mogło wpływać na sposób reagowania rodziców na niepłynność dziecka. w związku z tym nadal nie wiadomo, jaki jest dokładny związek między stylami interakcji rodziców a utrzymywaniem się jękania.

Style interakcji rodzicielskiej mogą podlegać zmianom, które mogą wpływać na jękanie

Terapia Palin PCI opiera się na założeniu, że interakcja jest procesem dwukierunkowym, a każda z osób w niej uczestniczących wpływa na drugą. z niektórych badań wynika, że jękanie u dzieci może znacznie się zmniejszać, gdy rodzice spowalniają tempo mówienia (Cardman i Ryan, 2007; Guitar i Marchinkoski, 2001; Sawyer i in., 2017), wydłużają czas reakcji (Zebrowski i in., 1996) oraz wprowadzają uporządkowaną kolejność wypowiedzi (Winslow i Guitar, 1994). Co istotne, wpływ tych zmian wprowadzanych przez rodziców nie jest jednakowy u wszystkich dzieci z jękaniem (Zebrowski i in., 1996; Saveikoui, Zebrowski, Feldstein i Cole-Harding, 2007), co podkreśla znaczenie indywidualnego dostosowania terapii do specyficznych potrzeb każdego dziecka. Potrzebne są dalsze badania w tym obszarze, aby pomóc nam lepiej zrozumieć związek między stylami interakcji a jękaniem.

Podstawowe czynniki podatności, które predysponują dziecko do jękania, mogą również utrudniać mu płynne mówienie w kontekście typowych interakcji dorosły–dziecko.

Chociaż stwierdzono, że treści językowe komentarzy rodziców dzieci z jękaniem są takie same jak u rodziców dzieci mówiących płynnie, możliwe jest, że jeśli dziecko ma istotne podstawowe trudności językowe, mogą one utrudniać mu przyswajanie lub reagowanie na komunikaty rodziców (Miles i Bernstein Ratner, 2001). Trudności w zakresie motoryki mowy, opisane w badaniach Smith i Weber, mogą również wpływać na zdolność dziecka do radzenia sobie z typowymi stylami interakcji, ponieważ dzieci te prawdopodobnie potrzebują więcej czasu na koordynację ruchów mownych (Smith i Weber, 2016, 2017).

Ponadto Felsenfeld (1997) oraz Savelkoul i in. (2007) stwierdzili, że temperament dziecka może wpływać na to, w jaki sposób poszczególne dzieci reagują na określone style interakcji – na przykład na tempo mówienia czy długość czasu oczekiwania na odpowiedź

Siła relacji terapeutycznej wpływa na sukces terapii

W dziedzinie psychoterapii i poradnictwa od lat toczy się interesująca dyskusja na temat tego, co wpływa na skuteczność terapii. Wampold (2001) podkreśla, że to związek między terapeutą a klientem odpowiada za większą część zmian zachodzących w terapii niż konkretne techniki wykorzystywane w danej metodzie. Spinelli (1994) twierdzi, że decydującym czynnikiem skutecznej terapii jest „więź” między terapeutą a klientem. Zebrowski (2007) oraz Millard i Cook (2010) omawiają to w kontekście jękania, wskazując na specyficzne umiejętności i cechy terapeuty, a także na nadzieję i wiarę w podejście terapeutyczne, które sprzyjają powstaniu sojuszu terapeutycznego. Podzielamy pogląd, że skuteczna

terapia opiera się na jakości sojuszu tworzonego z rodzinami. Dlatego też przykładamy dużą wagę do nawiązywania relacji z rodzicami – procesu, który rozpoczyna się już na etapie diagnozy i trwa przez cały okres terapii. Kluczowe elementy naszego stylu terapeutycznego to aktywne słuchanie, postawa

„Terapeuta ma kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu terapeutycznego” (Manning, DiLollo, 2018, s. 1).

nieoceniająca i wspierająca, wzmacnianie oraz podkreślanie kompetencji rodziców, ułatwianie im działań, stosowanie humoru, elastyczność oraz budowanie poczucia nadziei i pozytywnych oczekiwań.

Wartości leżące u podstaw terapii Palin PCI

Każde dziecko z jąkaniem jest osobą o indywidualnych potrzebach: program terapii musi być dopasowany indywidualnie

Terapia Palin PCI zapewnia szereg możliwości, użycie strategii interakcyjnych, rodzinnych oraz ukierunkowanych na bezpośrednią pracę z dzieckiem, które można zastosować zgodnie z indywidualnymi potrzebami dziecka, w kontekście jego wyjątkowej sytuacji rodzinnej.

Oboje rodzice odgrywają kluczową rolę w skutecznej terapii

Do terapii włączamy oboje rodziców (w miarę możliwości), ponieważ to oni inicjują zmiany i ułatwiają przeniesienie terapii do domu oraz codziennego życia dziecka.

Jesteśmy zorientowani na klienta i postrzegamy go (to jest rodziców i dzieci) jako eksperta

Nasze doświadczenie nauczyło nas, że rodzice mają trafne przeczucia dotyczące potrzeb swojego dziecka, a rolą terapeuty jest pomóc im je rozpoznać i w pełni rozwinąć. Uważamy, że rodzice posiadają wiedzę, choć często nie zdają sobie sprawy z tego, że ją mają!

Skupiamy się na pozytywach i mocnych stronach – tym, co już jest pomocne

Szkolenie w zakresie Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (ang. Solution Focused Brief Therapy, SFBT) umożliwiło nam przesunięcie punktu ciężkości z problemu na rozwiązanie, co wykorzystujemy podczas pracy terapeutycznej z rodzicami i dziećmi.

Rolą terapeuty jest wspieranie i zachęcanie do działania

Naszym celem jest pomoc rodzicom w rozwijaniu ich własnej wiedzy oraz w zaufaniu do swoich umiejętności. w związku z tym nasza rola polega na zadawaniu pytań, które pozwalają wydobyć tę wiedzę i zrozumienie, a następnie na zachęcaniu rodziców do dalszego budowania pewności siebie.

Terapia musi być oparta na dowodach

Praktyka oparta na dowodach (ang. evidence-based practice) oraz dowody oparte na praktyce (ang. practice-based evidence) stanowią fundamentalne wymogi terapii. w swojej wczesnej formie niektóre strategie w terapii Palin PCI opierały się na tym, czego nauczyli nas rodzice dzieci, z którymi pracowaliśmy, a także na naszym doświadczeniu klinicznym. z biegiem lat publikowano coraz więcej dowodów empirycznych, które w sposób naukowy potwierdziły wiedzę zdobytą podczas praktyki klinicznej. Potrzebujemy jednak znacznie więcej danych i będziemy nadal czerpać z nich wiedzę oraz dostosowywać do nich naszą terapię.

Co wpływało na terapię Palin PCI od 2008 do 2020 roku

- * *Ciągłe podkreślamy, że rodzice nie wywołują jąkania*
- * *Nie mówimy już, że nie wiemy, dlaczego dzieci się jękają*

W ciągu ostatniej dekady przeprowadzono wiele badań (opisanych bardziej szczegółowo w dwóch poprzednich rozdziałach) oraz przedstawiono kilka nowych podejść do zrozumienia jąkania, które wpłynęły na naszą terapię:

Badania nad mózgiem i genetyką

Najbardziej znaczący zbiór wyników badań dotyczy etiologii jąkania w dzieciństwie, szczególnie w obszarze neurologii i genetyki. Kiedyś mówiliśmy, że nie wiemy, co jest przyczyną jąkania; teraz możemy stwierdzić, że jest to zaburzenie neurorozwojowe, które często ma podłoże dziedziczne. Dowiedzieliśmy się również więcej o plastyczności mózgu, który rozwija się i zmienia przez całe życie. Daje nam to pewność, by móc zapewnić rodziców, że nie spowodowali jąkania u swojego dziecka i że zmiany są nadal możliwe.

Badania nad temperamentem

Lepiej rozumiemy również kwestie związane z temperamentem dzieci z jąkaniem oraz możliwy wpływ temperamentu na przebieg ich jąkania. Obecnie dysponujemy szerszym zakresem wyników badań dotyczących wpływu jąkania na dzieci i potencjalnych konsekwencji dla ich dobrostanu emocjonalnego. Mamy coraz więcej dowodów na to, że niektóre dzieci odczuwają negatywne konsekwencje jąkania już od najmłodszych lat. Dowody te potwierdzają potrzebę wczesnej interwencji zamiast oczekiwania czy jąkanie ustąpi samoistnie, podczas gdy dziecko doświadcza zdenerwowania, niepokoju przed mówieniem czy negatywnych reakcji otoczenia. Wyniki badań nad temperamentem wzmacniają teoretyczne

uzasadnienie dla wielu strategii rodzinnych, które zostały włączone do wczesnych wersji terapii Palin PCI, a także stanowią podstawę dla niektórych nowszych strategii ukierunkowanych bezpośrednio na pracę z dzieckiem, które zostały włączone do naszej terapii.

Badania nad wpływem jąkania na rodziców

Choć od dawna rozumiemy kliniczny wpływ jąkania na rodziców, najnowsze badania wykazały, że rodzice są emocjonalnie obciążeni jąkaniami swojego dziecka. Dowody te podkreślają znaczenie włączania rodziców w terapię. Uwzględnialiśmy rodziców w terapii Palin PCI od najwcześniejszych jej etapów, ponieważ to oni są najważniejszymi osobami w życiu dziecka poza gabinetem terapeuty. Obecnie posiadamy również dowody na to, że rodzice mają własne, indywidualne potrzeby związane z terapią – potrzebują wsparcia w zakresie uczuć i reakcji na jąkanie oraz potrzebują rozwijać swoją wiedzę i pewność siebie w radzeniu sobie z nim.

Badania nad zdolnościami motorycznymi mowy dzieci z jąkaniami

Dysponujemy obecnie większą liczbą badań dotyczących zdolności motorycznych aparatu mowy u dzieci z jąkaniami, co podkreśla znaczenie wspierania dziecka w tym, aby miało czas na koordynację niezbędnych komponentów mówienia – czy to dzięki temu, że rodzice pomagają mu zwolnić tempo, czy dzięki strategiom bezpośrednim stosowanym przez samo dziecko.

Badania nad czynnikami ryzyka utrzymywania się jąkania

W naszym podręczniku terapii Palin PCI z 2008 roku przedstawiliśmy bazę dowodową dotyczącą ryzyka utrzymywania się jąkania. Od tego czasu opublikowano jednak nowsze badania, które wpłynęły na kierunek naszych decyzji klinicznych. Obecnie skupiamy się przede wszystkim na wpływie jąkania na dziecko i rodziców jako wskaźniku tego, czy powinniśmy interweniować, a nie na obecności lub braku czynników ryzyka, które mają niejednoznaczną i niepewną podstawę naukową.

Dowody na skuteczność terapii

Dysponujemy obecnie większą liczbą badań dotyczących skuteczności wczesnej interwencji u dzieci z jąkaniami, a wyniki wskazują, że różne programy terapeutyczne prowadzą do podobnych efektów: terapia może znacznie ograniczyć jąkanie, ale u części dzieci będzie się ono nadal utrzymywać po zakończeniu interwencji. Wnieśliśmy swój wkład w tę bazę dowodową i rozpoczęliśmy badania nad indywidualnymi różnicami w reakcji na terapię u poszczególnych dzieci. Podkreśla to znaczenie elastycznego dostosowywania naszego podejścia do indywidualnych potrzeb dziecka i rodziny. Dowody wskazują również, że – podobnie jak w przypadku każdego programu terapeutycznego – u niektórych dzieci jąkanie będzie się utrzymywać, co podkreśla konieczność rozwijania pozytywnych postaw wobec jąkania u małych dzieci i ich rodziców.

Skala Palin PRS (Millard i Davis, 2016)

Opracowanie Skali Oceny Rodziców Palin (Palin Parent Rating Scales⁴) – internetowego narzędzia diagnostycznego umożliwiło nam mierzenie rezultatów odzwierciedlających rzeczywiste cele naszej terapii. Koncentrujemy się nie tylko na płynności mowy, ale także na rozwijaniu pewności siebie dziecka

Palin PRS: psychometrycznie zweryfikowana miara efektów terapii

i jego uczestnictwa w codziennych sytuacjach. Rodzice są ważnym źródłem informacji o jękaniu dziecka poza gabinetem i mogą pomóc nam ocenić wpływ terapii na jego codzienne funkcjonowanie. Ponieważ nasza terapia obejmuje zarówno potrzeby i obawy rodziców, jak i dziecka, chcemy również mierzyć te aspekty naszego programu terapeutycznego. Skale oceniają takie obszary, jak: wpływ jękania na dziecko, poziom nasilenia jękania, wpływ jękania na samych rodziców oraz ich wiedzę i pewność siebie w radzeniu sobie z jękaniami.

Spółeczny model niepełnosprawności a jękanie

W ostatnim czasie wzrosło zainteresowanie społecznym modelem niepełnosprawności w kontekście jękania (Bailey, Harris i Simpson, 2015). Model ten rozróżnia ograniczenie danej osoby (w tym przypadku jękanie) od niepełnosprawności, którą stanowi to, czego doświadcza osoba z ograniczeniem z powodu barier fizycznych, strukturalnych i kulturowych, a nie z powodu samego jękania. Bariery te obejmują społeczne stereotypy i negatywne postawy, a także przekonania osoby z jękaniami (autostygmatyzację), wzmacniane przez wartości społeczne (Boyle, 2013). Niektórzy członkowie społeczności osób jękających się opowiadają się za tym, aby jękanie było postrzegane jako inny sposób komunikowania się, a nie jako „dysfunkcja”. w związku z tym używa się również terminu „neuroróżnorodność” na określenie różnic neurologicznych leżących u podstaw jękania. Osoby te uważają, że to społeczeństwo powinno się zmienić, a nie osoba z jękaniami, i że terapia jękania może wzmacniać niekorzystne postrzeganie jękania przez społeczeństwo. Skłoniło nas to do przemyślenia naszego podejścia terapeutycznego. Model Palin PCI zawsze koncentrował się na wspieraniu pewności siebie dziecka w procesie komunikacji i nigdy nie traktował płynności mowy jako warunku skutecznej komunikacji. Jednocześnie wiemy, że w jękaniu wczesnodziecięcej terapia przynosi rezultaty i że ważne jest, aby zapewnić rodzicom i dzieciom możliwość zwiększenia płynności mowy dziecka na tym etapie jego rozwoju. Jest to jeden z celów terapii Palin PCI. Inne cele obejmują pomoc rodzicom i dzieciom w rozwijaniu pozytywnego nastawienia do jękania oraz oferowanie im szeregu sposobów ułatwiających swobodną komunikację. Te ostatnie cele są szczególnie istotne dla dzieci, u których jękanie może się utrwalić.

Sposób, w jaki mówimy o jękaniu

Zostaliśmy również skłonieni do refleksji nad językiem, którego używamy jako terapeuci, oraz nad językiem używanym przez rodziny, kiedy mówią o jękaniu (Campbell, 2017:

Sposób, w jaki mówimy o jękaniu, kształtuje to, jak dziecko i rodzic je postrzegają

⁴ Skala Palin PRS jest także dostępna w języku polskim: https://www.palinprs.org.uk/secure/pprs_connect.php.

<https://ukcssn.files.wordpress.com/2017/12/the-way-we-talk-by-patrick-campbell.pdf>). Od zawsze zachęcaliśmy do otwartości w mówieniu o jękananiu, a teraz jeszcze bardziej musimy zwracać uwagę na ukryte komunikaty zawarte w naszym języku. Określenia takie jak „straszne jękanie” czy „jego mowa była dziś zła” wyrażają przekonanie, że płynność jest czymś dobrym, a jękanie – czymś złym. Mówienie o „cierpieniu” z powodu jękania również nie pomoże rodzicom i dzieciom uwierzyć, że mogą mieć przed sobą dobrą przyszłość – niezależnie od tego, czy jękanie będzie się utrzymywało. Powinniśmy dawać przykład i zachęcać innych do stosowania uważnego języka, który niesie jasny przekaz – skuteczna komunikacja nie zależy od płynności mowy.

Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniach (de Shazer, 1996; Ratner, George i Iveson, 2012) oraz Terapia poznawczo-behawioralna (Beck, 1976)

Chociaż te podejścia terapeutyczne od zawsze silnie wpływały na naszą pracę, obecnie włączamy ich techniki bardziej bezpośrednio do sesji. Na przykład wykorzystujemy rozmowy o „największych nadziejach” zaczerpnięte z Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, aby wspólnie z rodzicami ustalać ich oczekiwania wobec terapii oraz poszerzać ich perspektywę poza koncentrację wyłącznie na płynności mowy. Każdą sesję rozpoczynamy też rozmową „Co nam się udało?”. Opracowaliśmy również twórcze sposoby korzystania zarówno z Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach, jak i z Terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi, aby wspierać je w budowaniu pewności siebie oraz pomagać im radzić sobie z myślami i emocjami związanymi z jękananiem.

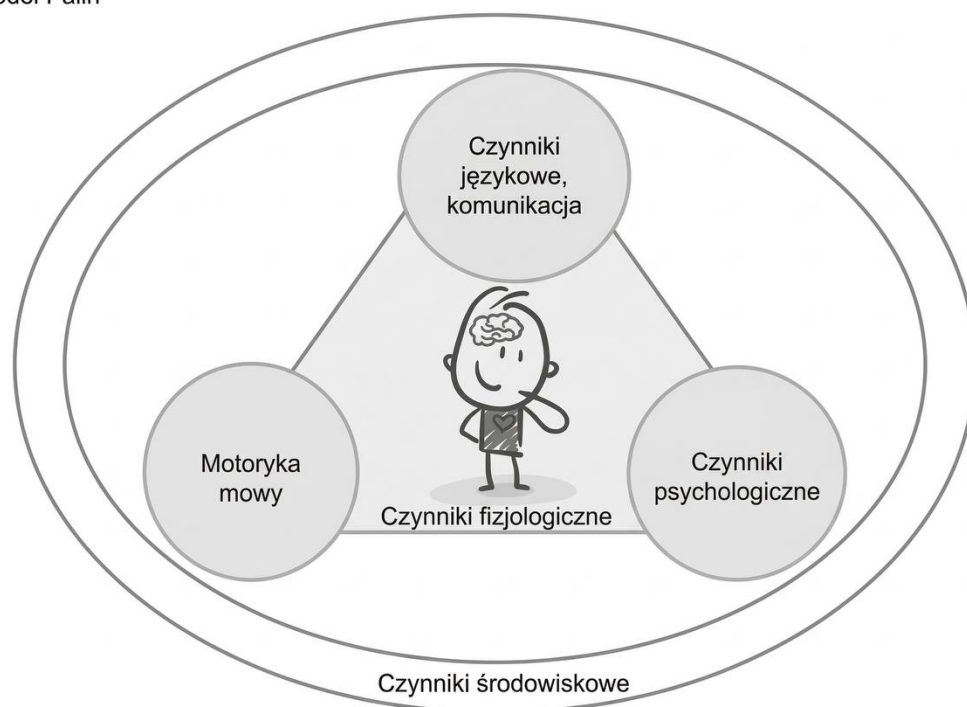
W Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (de Shazer, 1996; Ratner i in., 2012) zakłada się, że problemy najlepiej rozwiązywać poprzez skupienie się na tym, jak dana osoba chciałaby, aby wyglądało jej życie w przyszłości, zamiast koncentrować się wyłącznie na samych problemach. Podejście to opiera się na założeniu, że ludzie mają pewną wiedzę na temat tego, co mogłoby uczynić ich życie lepszym, oraz że posiadają już w sobie załączki rozwiązań. Pytania odgrywają kluczową rolę w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach, a zadaniem terapeuty jest pomagać rodzicom i dzieciom zbliżyć się do przyszłości, której pragną, korzystając z ich istniejącej wiedzy, zasobów, mocnych stron i umiejętności.

Terapia poznawczo-behawioralna (Beck, 1976) jest oparta na rozmowie, która pomaga ludziom rozpoznawać ich myśli i uczucia w różnych sytuacjach oraz zrozumieć wpływ, jaki wywierają one na ich zachowanie. Zidentyfikowanie niekorzystnych wzorców myślenia (na przykład: „Pomyślą, że nie umiem mówić”) może pomóc dzieciom zmienić lub poddać w wątpliwość przekonania, które mogą prowadzić do negatywnego postrzegania własnej mowy lub do unikania mówienia. Oprócz wspierania dzieci w odkrywaniu ich myśli i uczuć, terapia poznawczo-behawioralna pomaga im również rozpoznawać ich mocne strony oraz strategie radzenia sobie. Można ją z powodzeniem dostosować do pracy z dziećmi już w wieku 6 lub 7 lat.

Terapia interakcyjna rodzic-dziecko Palin PCI z 2020 roku

Terapia Palin PCI z 2020 roku to udoskonalona i zaktualizowana forma terapii Palin PCI z 2008 roku, przeznaczona dla dzieci z jąkaniem w wieku poniżej 7 lat. Obejmuje zarówno rodziców, jak i dziecko, a opiera się na szczegółowej ocenie jąkania wraz z wywiadem, aby zrozumieć początek, rozwój i wpływ jąkania na dziecko i jego rodzinę. Cook i Botterill (2005) opisały podejście terapeutyczne stosowane w Centrum Michaela Palina jako obejmujące 3 podstawowe elementy: aspekty poznawcze, umiejętności komunikacyjne oraz umiejętności zarządzania mową, a ta konceptualizacja rozwinęła się w obecny model Palin.

Model Palin



Rys. 3.1 Model Palin

Wieloczynnikowy model Palin jest obecnie wykorzystywany do określenia szeregu różnych czynników wpływających na jąkanie, które pomagają nam zrozumieć jego zmienny charakter; reakcje rodziców i dziecka na jąkanie; wpływ, jaki wywiera ono na dziecko i rodziców; sposoby radzenia sobie oraz to, jak jąkanie rozwija się u dziecka. Indywidualny program terapeutyczny jest następnie opracowywany na podstawie mocnych stron dziecka oraz jego trudności, w kontekście funkcjonowania całej rodziny.

Model Palin: narzędzie kliniczne do zrozumienia wieloczynnikowej natury jąkania

Cele terapii Palin PCI

Terapia Palin PCI ma na celu stworzenie podstaw do swobodnej i efektywnej komunikacji, niezależnie od tego, czy dziecko nadal się jąka, czy nie, poprzez wspieranie pozytywnego nastawienia do komunikacji u dziecka oraz nieoceniającego i akceptującego podejścia do jąkania w domu.

Dlatego nasze cele w terapii są następujące:

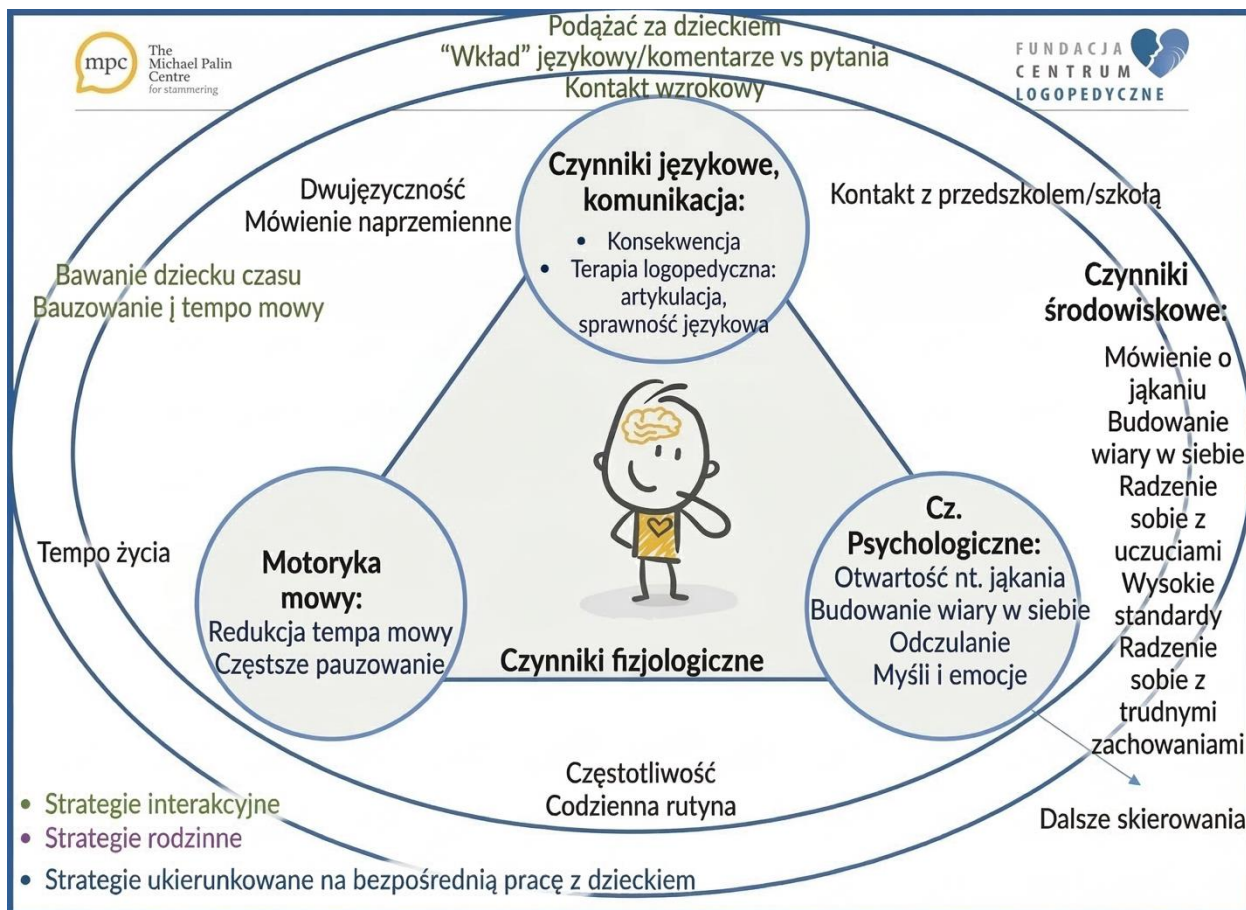
Pewna komunikacja, niezależnie od tego, czy dziecko nadal będzie się jąkać, czy nie

- * pomóc każdemu dziecku stać się pewnym siebie i kompetentnym (roz)mówcą, niezależnie od tego, czy jego jąkanie będzie się utrzymywało;
- * zmniejszyć wpływ jąkania na dziecko i rodziców;
- * zwiększyć płynność mowy u dziecka; oraz
- * zwiększyć wiedzę rodziców i dziecka na temat jąkania oraz ich umiejętność radzenia sobie z nim.

Pewni siebie i świadomi rodzice

Opis terapii

Model Palin wykorzystujemy nie tylko do wyjaśnienia jąkania, ale także do opracowania indywidualnego programu terapii dla każdego dziecka i rodziny. Terapia rozpoczyna się w zewnętrznym kręgu tego modelu, w którym rodzice budują swoją wiedzę i pewność siebie dotyczącą tego, co pomaga ich dziecku oraz czego mogą robić „więcej”, wspierając pozytywne, akceptujące postawy i zmniejszając wpływ jąkania. Obejmuje to interakcje rodziców z dzieckiem (strategie interakcyjne), a także rozważenie, w jaki sposób rodzina i środowisko domowe mogą najlepiej wspierać dziecko (strategie rodzinne). Po wdrożeniu tych strategii, jeśli jest to konieczne, do trójkąta terapeutycznego można włączyć bardziej bezpośrednie strategie, które wspierają komunikację dziecka, jego umiejętności motoryczne mowy oraz dobrostan emocjonalny (strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem).



Rys. 3.2 Model Palin wraz ze strategiami

Terapia rozpoczyna się od początkowego cyklu sześciu sesji prowadzonych w gabinecie, po których następuje sześciotygodniowy okres utrwalania efektów terapii w domu, podczas którego rodzice kontynuują wdrażanie strategii w warunkach domowych.

Strategie interakcyjne wprowadzane są w ramach pięciominutowego „Czasu Specjalnego”, który jest nagrywany w gabinecie, a następnie ćwiczony w domu do pięciu razy w tygodniu. Rodzice analizują swoje nagrania wideo, aby określić, w jakich obszarach ich działania są już pomocne, oraz poszukiwać sposobów, by robić tego więcej, wspierając płynność mowy i skuteczność komunikacyjną dziecka.

Strategie rodzinne, takie jak budowanie pewności siebie, wspieranie dziecka w radzeniu sobie z emocjami czy naprzemiennie zabieranie głosu w rozmowie, są również omawiane i wdrażane w środowisku domowym. Przez cały proces terapeutyczny dziecko i rodzice są zachęceni do otwartej rozmowy na temat jąkania oraz do traktowania jąkania jako jednego z wielu aspektów zdolności komunikowania się i uczestniczenia w sytuacjach związanych z mówieniem. Po pierwszym etapie terapii – obejmującym 6 sesji prowadzonych w gabinecie oraz sześciotygodniowy okres utrwalania strategii w domu – postępy dziecka są ponownie oceniane. Jeśli wyniki są satysfakcjonujące, rodzice są zachęceni do dalszego stosowania strategii, a terapeuta monitoruje postępy podczas 3 dodatkowych wizyt kontrolnych w ciągu kolejnego roku.

Jeśli w dowolnym momencie pojawią się obawy dotyczące zmian w jąkanii dziecka, organizowane są kolejne sesje terapeutyczne, które mogą obejmować dodatkowe strategie interakcyjne i rodzinne, a także strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem w celu zwiększenia płynności mowy

i pewności siebie. Strategie dla dzieci mogą obejmować psychoedukację dotyczącą jąkania i odczulanie, kontrolę tempa mowy i pauz, konkretne działania wzmacniające pewność siebie oraz wspieranie dziecka w radzeniu sobie z jego myślami i uczuciami. Dzieci zazwyczaj nie potrzebują bezpośredniego komponentu tego programu, ponieważ ich kompetencje komunikacyjne i pewność siebie często poprawiają się dzięki samemu komponentowi pośredniemu.

Styl terapeutyczny w podejściu Palin PCI

Terapia Palin PCI ma na celu umożliwienie rodzicom rozwijania ich wiedzy i umiejętności. Chcemy realizować to w sposób, który zapewnia rodzicom wsparcie i konkretne narzędzia, a jednocześnie zmniejsza ich niepokój.

Skupiamy się na rozwiązaniach

Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniach miało znaczący wpływ na naszą terapię na przestrzeni lat, kształtując sposób prowadzenia rozmów z rodzicami na temat wspierania ich dziecka. Kierunek ten został jeszcze bardziej rozwinięty w obecnym programie Palin PCI – rozmowy skoncentrowane na rozwiązaniach pomagają określać nadzieje i oczekiwania rodziców oraz wpływają na sposób, w jaki opisują oni postępy w trakcie terapii.

Opieramy się na wiedzy: pytamy, nie mówimy

Podstawowym założeniem terapii Palin PCI jest przekonanie, że rodzice już podejmują działania, które wspierają ich dziecko w radzeniu sobie z jąkaniami. Naszym zadaniem jest wydobywanie tego intuicyjnego rozumienia – dlatego zadajemy pytania, a nie udzielamy instrukcji ani nie modelujemy zachowań dla rodziców.

- * Na przykład zamiast mówić rodzicom, co naszym zdaniem wpływa na jąkanie dziecka (tj. presja czasu, stan emocjonalny dziecka czy złożoność językowa), pytamy ich o własne spostrzeżenia:
- * „Co wydaje się pomagać Twojemu dziecku?”
- * „Czego potrzebuje, żeby mniej się jąkać?”
- * „Co robisz lub mówisz, aby mu pomóc, kiedy się jąka?”
- * „Jak myślisz, w jaki sposób to mu pomaga?”

Pytania te wykorzystujemy wielokrotnie w trakcie całego programu terapeutycznego i zauważyliśmy, że rodzice zazwyczaj potrafią na nie odpowiedzieć, ponieważ dobrze znają swoje dziecko i wiedzą, co na nie wpływa. Wydobywanie tej wiedzy jest dla rodziców wzmacniające i sprzyja jej trwałemu zapamiętaniu.

Rozwijamy umiejętności: odkrywanie, a nie pokazywanie

Podobnie, jeśli chcemy rozwijać umiejętności rodzica, moglibyśmy opisać daną umiejętność, zaprezentować ją rodzicowi i nauczyć go, jak ją stosować. Rodzic może docenić to, że pokazano mu dokładnie, co należy zrobić, ale może też poczuć się niepewnie, myśląc, że nigdy nie będzie w stanie zrobić tego tak jak „ekspert”. Alternatywnie możemy odnaleźć – nawet bardzo drobne – przykłady sytuacji, w których rodzic już stosuje daną umiejętność, aby pokazać mu, że potrafi to zrobić.

Na przykład zamiast demonstrować rodzicom, jak podążać za inicjatywą dziecka w zabawie (gdy terapeuta bawi się z dzieckiem i pozwala mu prowadzić zabawę), oglądamy nagranie, na którym rodzic bawi się z dzieckiem, i szukamy momentu, w którym rodzic faktycznie podąża za inicjatywą dziecka. Następnie zwracamy uwagę rodzica na ten fragment nagrania.

Wsparcie dla rodziców:

- * skupienie się na pozytywach
- * pytanie, a nie instruowanie
- * odnajdywanie umiejętności, a nie ich demonstrowanie

Wskazywanie rodzicom przykładów sytuacji, w których już skutecznie wspierają swoje dzieci w jąkanii, wzmacnia ich poczucie kompetencji i pomaga im zaufać procesowi terapeutycznemu. Jest to także podejście łatwiejsze, mniej obciążające i bardziej efektywne – polega bowiem na rozwijaniu tego, co już działa, zamiast uczenia się czegoś całkowicie nowego.

Dowody potwierdzające skuteczność terapii interakcyjnej Palin PCI

Studium indywidualnego przypadku

Pierwsze opublikowane dane oceniające skuteczność terapii Palin PCI pochodziły z pojedynczego studium przypadku przeprowadzonego przez Matthews, Williams i Pringa (1997). Autorzy obserwowali postępy czteroletniego chłopca przez 6 tygodni przed rozpoczęciem terapii, 6 tygodni w trakcie jej trwania oraz 6 tygodni po jej zakończeniu. Procent zająkniętych słów obliczano na podstawie próbek mowy uzyskanych podczas dwudziestominutowych sesji zabawy dziecka z każdym z rodziców w gabinecie, prowadzonych raz w tygodniu. Terapia doprowadziła do znacznego zmniejszenia częstotliwości jąkania u dziecka. To wstępne badanie dostarczyło pierwszych dowodów na skuteczność terapii Palin PCI.

Powtórzone badania z udziałem pojedynczych uczestników

Istnieją dwie publikacje opisujące eksperymentalne badania z udziałem pojedynczych uczestników (Millard, Nicholas i Cook, 2008; Millard, Edwards i Cook, 2009), które łącznie objęły 12 dzieci. Wszyscy uczestnicy tych badań jękali się od co najmniej 12 miesięcy, a zatem zostali uznani za dzieci z predyspozycjami do utrzymywania się jąkania. Wielokrotne, cotygodniowe pomiary częstotliwości jąkania pobierano z próbek mowy dziecka podczas zabawy w domu z każdym z rodziców. Pozwoliło to na uzyskanie naturalnych próbek mowy, zebranych poza warunkami gabinetowymi. Zastosowano wielokrotne pomiary bazowe, aby ustalić, czy przed rozpoczęciem terapii występował trend zmian w zakresie jąkania – w szczególności, czy jąkanie u dziecka zaczęło ustępować jeszcze przed interwencją terapeutyczną. Pomiary te powtarzano cotygodniowo w trakcie sześciotygodniowego okresu terapii prowadzonej w gabinecie oraz przez 6 kolejnych tygodni, podczas których rodzice utrwalali stosowanie

strategii terapeutycznych w domu. w badaniu z 2009 roku powtarzane pomiary zbierano przez 6 tygodni poprzedzających spotkanie kontrolne, natomiast w badaniu z 2008 roku – raz w miesiącu przez rok po zakończeniu terapii. w obu projektach badawczych dane analizowano przy użyciu analizy sum kumulacyjnych (ang. Cumulative Sum analysis; Montgomery, 1997). Umożliwiło to badaczom ustalenie, czy systematyczne zmiany związane z terapią wykraczały poza to, co można było wyjaśnić naturalną zmiennością jąkania dziecka obserwowaną w fazie początkowej, bez terapii. Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę zmienny charakter jąkania w tej grupie wiekowej.

Badania wykazały, że spośród 12 dzieci objętych terapią Palin PCI u 8 częstotliwość jąkania uległa zmniejszeniu w trakcie terapii – zarówno w fazie sesji gabinetowych, jak i w fazie konsolidacyjnej (podczas utrwalania strategii w domu). u kolejnych 2 uczestników jąkanie istotnie zmniejszyło się w ciągu 6 miesięcy, a obserwowane ograniczenie jąkania było większe, niż zmienność notowana w fazie początkowej przed rozpoczęciem terapii. 10 z 12 uczestników otrzymało wyłącznie pośrednie komponenty programu terapeutycznego. Wyniki uzyskane w Skali Palin PRS (Millard i Davis, 2016) wykazały, że rodzice oceniali jąkanie jako mniej nasilone i mające mniejszy wpływ na dziecko, a także zgłaszali mniejsze zmartwienie, większe poczucie kompetencji w zakresie wiedzy o jąkanii oraz większą pewność siebie w radzeniu sobie z nim. Co więcej, badania te sugerowały, że pośrednie elementy terapii Palin PCI uruchamiają proces trwałych zmian, który rozpoczyna się w ciągu pierwszych 3 miesięcy od podjęcia terapii. Czynniki uznawane za wskaźniki ustępowania lub utrzymywania się jąkania w populacji nieklinicznej nie okazały się prognostyczne dla efektów terapii w tych badaniach. Kolejne istotne ustalenie dotyczyło 5 dzieci z badania z 2009 roku, które rozpoczęły terapię z zaawansowanymi umiejętnościami językowymi – tempo ich rozwoju w zakresie ekspresji językowej uległo spowolnieniu, w wyniku czego osiągnięte przez nie wyniki obniżyły się do poziomu normy. Nie dotyczyło to jednak ich wyników w zakresie języka receptywnego. Jedną z interpretacji tego wyniku jest to, że normalizacja ekspresyjnych umiejętności językowych może być procesem wymagającym pewnego „kompromisu”, który zachodzi równolegle ze zmniejszaniem się jąkania (Anderson, Pellowski i Conture, 2005; Bernstein Ratner i Guitar, 2006).

Podłużne badanie grupowe

Grupa kliniczna 55 dzieci, które poddano terapii Palin PCI, była obserwowana przez okres 1 roku (Millard i in., 2018). Umożliwiło to analizę wyników u większej liczby dzieci w celu lepszego zrozumienia zakresu reakcji na terapię oraz ustalenia, które czynniki mogą być związane z bardziej lub mniej korzystnymi rezultatami. Mierzono częstotliwość jąkania (odsetek sylab zająkniętych) na podstawie próbek mowy nagrywanych w gabinecie, badano postawy dziecka wobec mówienia przy użyciu testu KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007) oraz oceniano wpływ jąkania na dziecko i rodziców za pomocą Skali Palin PRS (Millard i Davis, 2016). Skala ta obejmuje następujące obszary: Czynniki 1 – wpływ jąkania na dziecko; Czynniki 2 – nasilenie jąkania oraz wpływ jąkania na rodziców; Czynniki 3 – wiedza rodziców na temat jąkania oraz ich pewność siebie w radzeniu sobie z nim.

Pomiary przeprowadzono w 4 punktach czasowych: przed rozpoczęciem terapii, a następnie po 3, 6 i 12 miesiącach od jej rozpoczęcia.

Wyniki tych pomiarów wykazały, że w ciągu 1 roku dzieci uczestniczące w terapii Palin PCI prezentowały istotnie zmniejszoną częstotliwość jąkania oraz bardziej pozytywne nastawienie do mówienia. Dane

uzyskane od rodziców wskazywały również, że nasilenie jąkania oraz jego wpływ na dzieci wyraźnie się zmniejszyły, a wiedza rodziców na temat jąkania oraz ich pewność siebie w radzeniu sobie z nim uległy istotnej poprawie. w niektórych przypadkach uzyskane efekty utrzymywały się przez dłuższy czas. Badanie to było bliższe realiom praktyki klinicznej, ponieważ obejmowało także dzieci, które zwykle są wykluczane z badań naukowych, np. dzieci z dodatkowymi trudnościami językowymi oraz dzieci dwujęzyczne.

Moment pojawiania się zmian był zróżnicowany, a rodzice najpierw obserwowali je poza środowiskiem klinicznym. Zgłaszali oni zmniejszenie nasilenia jąkania oraz niepokoju związanego z jąkaniem po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii – jeszcze przed zaobserwowaniem spadku nasilenia jąkania w pomiarach klinicznych. Autorzy przypisali to faktowi, że terapia prowadzona jest w warunkach domowych, czyli w środowisku, w którym zmiany pojawiają się najwcześniej. Zamiast więc oczekiwać przeniesienia efektów z gabinetu do domu (jak ma to miejsce w przypadku większości terapii), obserwujemy tutaj przeniesienie zmian z domu do gabinetu. Wiedza rodziców na temat jąkania oraz ich pewność siebie w radzeniu sobie z nim również znacząco się poprawiły po 3 miesiącach. Jedną z interpretacji tych wyników zakłada, że rodzice dostrzegają zmniejszenie częstotliwości jąkania, co ich zachęca oraz wzmacnia zarówno ich wiedzę, jak i poczucie kompetencji w zakresie wspierania dziecka. Ustalenia te podkreślają znaczenie uwzględniania perspektywy rodziców w pomiarach rezultatów terapii.

Które dzieci odnoszą lepsze efekty w terapii Palin PCI?

W badaniu tym przeanalizowano również różnice między dziećmi, które odniosły największe korzyści z terapii, a tymi, u których poprawa w ciągu roku była mniej wyraźna. Nie stwierdzono różnic między grupami pod względem dwujęzyczności, trudności fonologicznych ani wieku dziecka w momencie rozpoczęcia terapii. Grupa dzieci, które radziły sobie lepiej, obejmowała natomiast większy odsetek chłopców, dzieci z wywiadem rodzinnym wskazującym na utrzymywanie się jąkania, a także dzieci z opóźnionym rozwojem językowym oraz nieadekwatnymi umiejętnościami językowymi w porównaniu z grupą, w której postępy były mniej wyraźne.

Na podstawie tych wstępnych danych można sądzić, że powszechnie uznawane „czynniki ryzyka utrzymywania się jąkania” (Yairi i Ambrose, 2013) nie pozwalają przewidywać wyników terapii. Badanie wykazało również, że częstotliwość ani nasilenie jąkania nie były predyktorami rezultatu terapii, a „pomyślny rezultat” nie jest ograniczony wyłącznie do częstotliwości jąkania ani od niej zależny. Wyniki te wskazują, że terapia Palin PCI prowadzi do istotnego zmniejszenia częstotliwości jąkania oraz do znaczącego wzrostu postrzegania siebie przez dzieci jako kompetentnych komunikatorów po zakończeniu terapii, a efekty te utrzymują się przez co najmniej rok. Zmniejsza się również wpływ jąkania na dzieci i rodziców, a jednocześnie zwiększają się wiedza rodziców na temat jąkania oraz ich pewność siebie w radzeniu sobie z nim i we wspieraniu swoich dzieci.

Konieczne są dalsze badania nad skutecznością terapii Palin PCI. Chcielibyśmy lepiej zrozumieć, które zmienne wpływają na efekty terapii oraz które jej komponenty są kluczowe. Musimy również dokładniej zbadać różnice między czynnikami ryzyka utrzymywania się jąkania identyfikowanymi w badaniach populacji nieklinicznej a tymi, które mogą być powiązane z wynikami terapii w populacji klinicznej.

Badania przesiewowe, poradnictwo i monitorowanie

4

Okolo 70–80% dzieci, u których pojawia się jękanie, przestaje się jąkać samoistnie, bez jakiegokolwiek interwencji logopedycznej (Månsson, 2000; Yairi i Ambrose, 2005; Yairi i in., 1996; Yairi i Seery, 2015). Odsetek ten jednak zmniejsza się wraz z czasem trwania jękania, co oznacza, że u części dzieci jękanie będzie się utrzymywać także w wieku szkolnym i później. Chociaż badania analizowały wskaźniki prognostyczne utrzymywania się jękania (zob. rozdział 2), nadal nie jest możliwe przewidzenie z pełną dokładnością, czy dziecko skierowane na diagnozę przestanie się jąkać bez jakiegokolwiek interwencji logopedycznej. Dopóki dalsze badania nie pozwolą określić wiarygodnych sposobów identyfikowania ryzyka utrzymywania się jękania, dzieci, u których pojawia się jękanie, powinny być obejmowane badaniami przesiewowymi w celu podjęcia decyzji, czy interwencja jest konieczna. Nasze narzędzie przesiewowe nie jest „kryształową kulą”, która pozwala przewidywać przyszłość. Jest to narzędzie kliniczne służące do podejmowania decyzji dotyczących kolejnych kroków w postępowaniu z dzieckiem.

Nie jest jeszcze możliwe dokładne przewidywanie utrzymywania się jękania

Wyzwaniem dla nas terapeutów jest określenie czy dziecko, które zaczęło się jąkać, potrzebuje interwencji, czy też nie. Podejmując decyzje dotyczące zaleceń, musimy wziąć pod uwagę poziom niepokoju wyrażany przez rodziców i/lub dziecko, a także ich reakcje na jękanie. Jeśli rodzice wyrażają zaniepokojenie i reagują na jękanie dziecka lub jeśli dziecko jest świadome swojego jękania i zaczyna reagować wysiłkiem, rezygnacją, ograniczaniem wypowiedzi bądź komentarzami na jego temat, wówczas zalecana jest dalsza diagnoza. Wysoki poziom niepokoju, a także rozwój negatywnych postaw i reakcji, mogą nasilać jękanie dziecka i w konsekwencji zwiększać jego podatność na utrzymywanie się jękania. Czynniki te są często istotniejsze niż informacje płynące z badań nad wskaźnikami prognostycznymi.

Wysoki poziom obaw przeważa nad innymi czynnikami przy podejmowaniu decyzji

Celem badania przesiewowego wsparcie terapeuty i rodzicom w podjęciu decyzji o odpowiedniej ścieżce wsparcia dla danego dziecka. Niektóre dzieci będą wymagały dalszej diagnozy i terapii, podczas gdy inne dzieci oraz ich rodzice mogą potrzebować jedynie informacji, porad i monitorowania. Badanie przesiewowe może przyjąć formę półgodzinnej wizyty w gabinecie, kwestionariusza wypełnianego przez rodziców drogą mailową lub w wersji papierowej, bądź też rozmowy telefonicznej. Te same informacje można zebrać za pomocą każdej z tych metod, w zależności od preferencji rodziców.

Jeśli ze zgłoszenia wynika, że językiem ojczystym rodziny jest inny język niż angielski⁵, na sesję w gabinecie umawiany jest tłumacz. Jeżeli jednak wiadomo, że jest osoba, która może pomóc rodzicom w przetłumaczeniu i wypełnieniu formularza w domu, kwestionariusz może zostać wysłany pocztą lub pocztą elektroniczną.

Badania przesiewowe obejmują:

- * wizytę w gabinecie
- * pisemny kwestionariusz
- * rozmowę telefoniczną lub teleporadę

Badanie przesiewowe w klinice

Na badanie przesiewowe dziecko przychodzi z jednym lub obojgiem rodziców (stosownie do sytuacji) albo ze swoimi prawnymi opiekunami. Terapeuta korzysta wówczas z Formularza badania przesiewowego (Załącznik 1) w celu zebrania niezbędnych informacji. Dziecko zazwyczaj bawi się w tym czasie, podczas gdy terapeuta rozmawia z rodzicami. Podczas tej sesji nie przeprowadza się bezpośredniej oceny dziecka, lecz prowadzona jest nieformalna obserwacja jąkania w trakcie wszelkich interakcji z dzieckiem. Należy pamiętać, że jąkanie wczesnodziecięce cechuje się dużą zmiennością – z dnia na dzień, z tygodnia na tydzień oraz w zależności od sytuacji. Istnieje zatem duże prawdopodobieństwo, że podczas badania przesiewowego dziecko będzie jąkać się w niewielkim stopniu lub wcale. Zapewniamy rodziców, że nie zostaną odesłani z zaleceniem w rodzaju „proszę się nie martwić” wyłącznie dlatego, że ich dziecko nie jąkało się w trakcie wizyty.

Proponowane wprowadzenie:

„Jak Państwo wiedzą, _____ został/a skierowany/a do mnie przez ____ ze względu na jąkanie. Czy to się zgadza? Chciałabym zadać Państwu kilka pytań dotyczących jego/jej mowy. Nie będę w tej chwili bezpośrednio pracować z Państwa dzieckiem i proszę się nie martwić tym, czy będzie się jąkać, czy nie. To, co mi Państwo opowiedzą, jest dla mnie ważniejsze niż to, czy usłyszę jąkanie podczas wizyty. Pomoże mi to zdecydować, jakie dalsze kroki będą najbardziej odpowiednie. Być może zaproszę Państwa ponownie na bardziej szczegółową diagnozę, a być może wystarczą informacje i wskazówki dotyczące tego, co mogą Państwo zrobić, aby wesprzeć swoje dziecko.”

Zanim przejdziemy do zadawania pytań, ustalamy, w jaki sposób rodzice odnoszą się do mowy swojego dziecka:

„Kiedy mówię o jego/jej mowie, używam słowa jąkanie, aby opisać to, co się dzieje. Jakiego słowa Państwo używają?” (Jeśli rodzice mówią „zacinanie się” lub „niepłynność”, wyjaśniamy, że wszystkie te określenia odnoszą się do tego samego zjawiska).

⁵ w przypadku czytelnika polskiego mamy na myśli język polski.

Niektórzy rodzice mogą w ogóle nie mówić wprost o jękananiu i nie być pewni, jak rozmawiać o nim z dzieckiem. Uspokajamy ich, że mówienie o jękananiu w obecności dziecka oraz nazywanie go jękananiem jest w porządku.

Kwestionariusz wysyłany rodzicom pocztą tradycyjną lub elektroniczną

Opcjonalnie kopia Formularza badania przesiewowego (zob. Załącznik 1) może zostać wysłana rodzicom pocztą tradycyjną lub drogą elektroniczną, wraz z wyjaśniającym wprowadzeniem, jak w poniższym przykładzie:

„Otrzymaliśmy zgłoszenie od _____ w celu oceny jękania Państwa dziecka. Prosimy o jak najpełniejsze wypełnienie załączonego formularza, ponieważ pomoże nam to w podjęciu decyzji dotyczących dalszego postępowania. Po otrzymaniu wypełnionego formularza skontaktujemy się z Państwem w celu ustalenia terminu wizyty w gabinecie. Podczas spotkania będziemy mogli przeprowadzić bardziej szczegółową diagnozę lub przekazać Państwu informacje i wskazówki dotyczące tego, co mogą Państwo zrobić, aby wesprzeć swoje dziecko.”

Uwaga: określenie „jękanie” w potocznym rozumieniu oznacza to samo, co „zacinanie się” lub „niepłynność”.

Rozmowa telefoniczna

Kolejną możliwością jest zebranie informacji potrzebnych do oceny przesiewowej w trakcie rozmowy telefonicznej lub za pośrednictwem teleporady, na przykład przez Zoom. Rodzice otrzymują informację o dacie i godzinie takiej rozmowy.

Proponowane wprowadzenie do rozmowy telefonicznej:

„Jak Państwo wiedzą, _____ został/a skierowany/a do mnie z powodu jękania. Czy to się zgadza? Podczas naszej dzisiejszej rozmowy chciałabym zadać Państwu kilka pytań dotyczących jego/jej mowy. Pomoże nam to w podjęciu decyzji dotyczących kolejnych kroków. Być może zaproszę Państwa na wizytę w gabinecie, aby przeprowadzić bardziej szczegółową diagnozę, a być może wystarczy przekazać Państwu telefonicznie kilka informacji i wskazówek dotyczących tego, co mogą Państwo robić, aby wesprzeć swoje dziecko.”

Zanim przejdziemy do zadawania pytań, ustalamy, w jaki sposób rodzice mówią o mowie swojego dziecka:

„Kiedy rozmawiam o jego/jej mowie, używam słowa jękanie, aby opisać to, co się dzieje. Jakiego słowa Państwo używają?” (Jeśli rodzice mówią „zacinanie się” lub „niepłynność”, wyjaśniamy, że wszystkie te określenia tak oznaczają to samo).

Badania przesiewowe

Formularz badania przesiewowego służy do zebrania kluczowych informacji, które pozwalają określić właściwą ścieżkę postępowania terapeutycznego dla danego dziecka. Nie opieramy naszych zaleceń na odpowiedzi na jedno pytanie; podejmując decyzje kliniczne, bierzemy pod uwagę wyłaniający się szerszy obraz.

Najważniejsze pytania w procesie podejmowania decyzji klinicznych to:

- * Czy dziecko się jąka?
- * Czy jąkanie ma wpływ na dziecko i/lub rodziców?

Odpowiedzi na te pytania mogą brzmieć „tak”, „nie” lub „nie wiem”, a uzyskane odpowiedzi wyznaczają kolejny krok w procesie podejmowania decyzji klinicznych.

Jąkanie / brak jąkania

Pierwszym pytaniem, które musimy rozważyć, jest: „Czy to dziecko się jąka?”. w tym celu prosimy rodziców o szczegółowy opis zachowań związanych z mową dziecka. Jeśli rodzic opisuje tzw. nie płynność zwykłą, czyli łatwe powtórzenia fraz, powtórzenia całych wielosylabowych słów, powtórzenia i wtrącenia bez napięcia, nadmiernej świadomości czy wysiłku, albo jeśli opis dotyczy trudności językowych, fonologicznych lub artykulacyjnych, wówczas nie ma potrzeby przechodzenia do diagnozy pod kątem jąkania – choć w razie potrzeby dziecko może wymagać skierowania na dalsze konsultacje. Jeśli dziecko się jąka, odnotowujemy rodzaje zachowań związanych z jąkaniem i prosimy rodziców o ocenę nasilenia jąkania w skali od 0 do 10 (gdzie 0 oznacza brak jąkania, a 10 – jąkanie tak nasilone, jak to tylko możliwe). Ocena ta stanowi punkt odniesienia do monitorowania postępów dziecka oraz zmian w nasileniu jąkania w czasie. Jeśli w rozmowie uczestniczy dwoje rodziców, prosimy każdego z nich o dokonanie osobnej oceny, które mogą się od siebie różnić.

Ponadto, przed podjęciem decyzji o przejściu do pełnej diagnozy, musimy ustalić, czy istnieje świadomość jąkania oraz czy ma ono wpływ na dziecko i/lub rodziców.

Wpływ jąkania na dziecko lub rodziców

Pytamy rodziców, czy uważają, że ich dziecko jest świadome swojego jąkania, a jeśli tak – czy się nim martwi oraz jaki wpływ jąkanie ma na dziecko. Niektóre dzieci są świadome swojego jąkania, ale nie odczuwają z jego powodu większego dyskomfortu, podczas gdy inne frustrują się swoją mową, mogą wyrażać negatywne uczucia na jej temat, a nawet prosić o pomoc. Zdarza się również, że rodzice opisują epizody jąkania jako przebiegające z dużym napięciem i wysiłkiem. Takie zachowania mogą wskazywać na pewien poziom świadomości jąkania oraz frustracji z nim związanej. Podobnie, jeśli dziecko przestaje mówić i komentuje: „nie mogę tego powiedzieć” lub zakrywa usta, oznacza to, że jąkanie ma wpływ na dziecko. Gdy dziecko wykazuje oznaki, że jąkanie zaczyna mu przeszkadzać lub reaguje na momenty nie płynności, zaleca się przeprowadzenie pełnej diagnozy (zob. rozdział 5 dotyczący pełnego badania).

Jąkanie może również wpływać na rodziców, wywołując dezorientację, niepokój, frustrację, wstyd lub lęk. Dlatego prosimy rodziców, aby opisali, jakie emocje budzi w nich jąkanie dziecka oraz jaki ma ono

wpływ na nich samych. Prosimy ich także o ocenę poziomu swojego zaniepokojenia jękaniami dziecka w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak zaniepokojenia, a 10 – maksymalny poziom zaniepokojenia.

Jeśli jękanie ma wpływ na dziecko lub rodziców albo jeśli nie mamy co do tego pewności, kolejnym krokiem jest rekomendacja zaproszenia rodziny na pełną diagnozę (zob. rozdział 5 dotyczący pełnego badania).

Inne informacje

Formularz badania przesiewowego zawiera również pytania dotyczące momentu pojawienia się jękania oraz tego, jak zmienia się ono w czasie. Informacje te pomagają zbudować długoterminowy obraz przebiegu jękania i są szczególnie przydatne, jeśli zalecany jest okres monitorowania. Pytamy także o sytuacje, w których dziecko jąka się bardziej lub mniej, oraz o reakcje rodziców na jękanie, ponieważ dane te pomagają nam udzielać rodzicom odpowiednich wskazówek.

Rodzice są również pytani o występowanie jękania w rodzinie – zarówno w najbliższej, jak i dalszej – oraz o to, czy miało ono charakter utrwalony.

Ponadto pytamy, czy dziecko doświadcza jakichkolwiek trudności językowych lub innych wyzwań rozwojowych, ponieważ mogą one wpływać na podejmowane przez nas decyzje kliniczne. Na przykład, jeśli rodzice wyrażają niepokój zarówno z powodu opóźnionego rozwoju mowy, jak i jękania, zasadne może być ustalenie priorytetów dotyczących tego, którym obszarem należy zająć się w pierwszej kolejności.

Podejmowanie decyzji klinicznych: przeprowadzenie diagnozy lub udzielanie informacji i porad, a następnie monitorowanie

Podejmowanie decyzji klinicznych

Po wypełnieniu formularza badania przesiewowego terapeuta wspólnie z rodzicami rozważa, jakie powinny być kolejne kroki, pytając ich o odczucia i preferencje. Angażuje to rodziców w proces podejmowania decyzji i podkreśla, że są oni ekspertami w zakresie potrzeb swojego dziecka. Możemy zdecydować o przeprowadzeniu pełnej diagnozy logopedycznej albo ograniczyć się do przekazania rodzicom informacji i porad, a następnie objąć rodzinę monitoringiem.

Pełne badanie logopedyczne

Jeśli wymagane jest przeprowadzenie pełnego badania, wyjaśniamy rodzicom, że będzie ono składać się z dwóch spotkań: badania dziecka oraz wywiadu z rodzicami. Badanie dziecka odbywa się w obecności jednego lub obojga rodziców i trwa ok. 1 do 1,5 godz. Na sesję wywiadu rodzice przychodzą bez dziecka; spotkanie to trwa ok. 2 godz. Należy wcześniej ustalić, kogo zaprosić na tę sesję.

Od wielu lat zalecamy, aby w procesie diagnozy i terapii uczestniczyli oboje rodzice (jeśli jest to możliwe) lub główni opiekunowie dziecka. z naszego doświadczenia wynika, że jesteśmy skuteczniejsi, gdy angażujemy oboje rodziców w ten proces. Zauważyliśmy, że gdy rodzice lepiej rozumieją jękanie swojego dziecka, są w stanie współpracować, aby wspierać je w mówieniu i w budowaniu jego pewności siebie.

Dlatego zawsze rekomendujemy udział obojga rodziców w procesie diagnozy, co sprzyja również ich późniejszemu wspólnemu zaangażowaniu w terapię.

Oczywiście istnieją sytuacje, w których nie jest to możliwe – np. gdy dziecko jest wychowywane przez samotnego rodzica i nie ma kontaktu z drugim rodzicem. Rodzice po rozstaniu mogą być w stanie przyjść razem, aby wesprzeć dziecko, jednak w przypadku relacji konfliktowej może to nie być właściwe. W takich sytuacjach często zapraszamy rodziców na osobne spotkania. Jeśli rodzice są w nowych związkach, zasadne może być również zaproszenie ich nowych partnerów do udziału w sesji wywiadu. Zdarza się też, że jeden z rodziców pracuje przez dłuższy czas poza domem (np. w wojsku lub w przemyśle naftowym) lub że rodzina znajduje się w szczególnych okolicznościach, takich jak doświadczenie migracji czy uchodźstwa.

Z naszego doświadczenia wynika, że gdy rodzice rozumieją, dlaczego udział obojga z nich w sesjach z dzieckiem jest istotny, większość podejmuje odpowiednie kroki, aby być obecnymi na spotkaniach. Jeśli jednak nie jest to możliwe, diagnoza i terapia mogą być kontynuowane, choć często są wówczas mniej skuteczne i bardziej czasochłonne. Terapeuci podkreślają również, że łatwiej jest im zachęcić oboje rodziców do udziału, gdy ci czują się pewniej i rozumieją powody takiego zalecenia. Zauważono także, że liczba uczestniczących rodziców wzrastała, gdy w informacji o terminie wizyty jasno wskazywano, że obecność obojga rodziców jest wymagana, a nie jedynie sugerowana.

Zdajemy sobie jednak sprawę z różnic między funkcjonowaniem dużej poradni a pracą w ośrodku specjalistycznym. W placówkach specjalistycznych większość rodziców jest gotowa zrobić wszystko, co konieczne, zwłaszcza jeśli wcześniej długo czekali na wizytę. Podczas naszych szkoleń dla logopedów wspólnie omawiamy powody, dla których warto angażować oboje rodziców, i zazwyczaj powstaje długa lista argumentów przemawiających za takim podejściem.

Dlaczego warto uwzględnić oboje rodziców?

- * *Umożliwia rodzicom wzajemne wspieranie się*
- * *Każdy z rodziców w inny sposób wpływa na dziecko*
- * *Daje im możliwość dzielenia się swoimi emocjami*
- * *Zapewnia ciągłość udzielanego wsparcia*
- * *Upewnia dziecko, że nie jest samo*
- * *Podkreśla zespołowy charakter działań*
- * *Rodzice uczą się od siebie nawzajem*
- * *Wspiera spójne podejście terapeutyczne*
- * *Pokazuje, że odpowiedzialność za jękanie nie spoczywa na barkach dziecka*
- * *Odciąża pojedynczego rodzica*

Informacje o jąkanii

Przekazywanie informacji na temat jąkania może pomóc rodzicom lepiej zrozumieć, jak rozwija się mowa ich dziecka oraz w jaki sposób mogą wspierać ten proces. Pogłębianie wiedzy pomaga także rodzicom radzić sobie z niepokojem związanym z jąkanii. Przekazujemy rodzicom ulotkę „Informacje o jąkanii” (zob. Załącznik 2) i omawiamy jej treść w sposób przedstawiony poniżej.

Czym jest jąkanie?

Opisujemy, czym jest jąkanie oraz jak bardzo może być ono zmienne. Wyjaśniamy także rodzicom, że pomocne jest zauważanie jąkania, niezależnie od tego, czy dziecko wydaje się go świadome, czy nie.

Dlaczego dzieci się jękają?

Bardzo ważne jest, aby rodzice wiedzieli, że to nie oni spowodowali jąkanie u swojego dziecka. Informujemy ich, że jąkanie jest wynikiem różnic w rozwijającym się mózgu dziecka, które mogą mieć charakter dziedziczny. Przekazujemy również, że mózgi dzieci cechują się dużą plastycznością i że w miarę rozwoju jąkanie ustępuje u czterech na pięć dzieci.

Wskazówki dla rodziców

Podkreślamy ponownie, że czasami pomocne jest, gdy rodzice zauważają momenty jąkania u swojego dziecka i omawiamy sformułowania, których mogliby wówczas użyć, na przykład: „Widzę, że to słowo trochę się zablokowało”. w badaniu przesiewowym rodzice informowali nas, kiedy ich dziecko jąka się bardziej (np. gdy jest podekscytowane lub próbuje wyjaśnić coś skomplikowanego), a kiedy mniej (np. gdy jest spokojne i mówi bez pośpiechu). Pokazuje to, że mają dobrą intuicję co do tego, co może być pomocne dla ich dziecka. Mogą reagować na dziecko udzielając rad, takich jak „zwolnij” czy „weź głęboki oddech”. Wspólnie z nimi analizujemy jednak także inne sposoby wspierania dziecka, które nie polegają na bezpośrednim instruowaniu go, ponieważ takie podejście może być nieefektywne i prowadzić do zwiększonego wysiłku ze strony dziecka:

- * Możesz mieć poczucie, że dziecko potrzebuje się uspokoić lub mówić wolniej i że takie działania prawdopodobnie pomogą w jego jąkanii. Zamiast jednak mówić mu, żeby się uspokoił lub zwolnił tempo mówienia, możesz poszukać innych sposobów, które pomogą mu poczuć się spokojniej lub dać sobie więcej czasu.

Rodzice mogli powiedzieć nam, że dziecko jąka się bardziej, gdy jest zmęczone, dlatego możemy wspólnie z nimi poszukiwać sposobów, które pomogą mu dłużej spać lub mieć więcej „momentów wyciszenia”. Może się okazać, że dziecko ma bardzo napięty plan dnia i że wygospodarowanie czasu na spokojne chwile oraz zabawę w domu może być prostą i pomocną strategią. Możemy również udzielać rodzicom bardziej ogólnych wskazówek dotyczących sposobów wspierania dziecka. Ważne jest jednak, aby pamiętać, że niektóre z tych pozornie prostych porad wiążą się ze zmianą stylu interakcji rodziców z dzieckiem, a wiemy, że wprowadzanie takich zmian może być trudne. Dlatego zachęcamy rodziców, aby wypróbowali jedną lub dwie z tych zmian i sprawdzili, co najlepiej sprawdza się w ich środowisku rodzinnym. Wprowadzamy również tzw. Czas Specjalny (zob. rozdział 7) oraz zachęcamy do

rozważenia wprowadzenia zasady „mówienia po kolei” podczas rozmów w rodzinnym gronie (zob. rozdział 8).

Monitoring

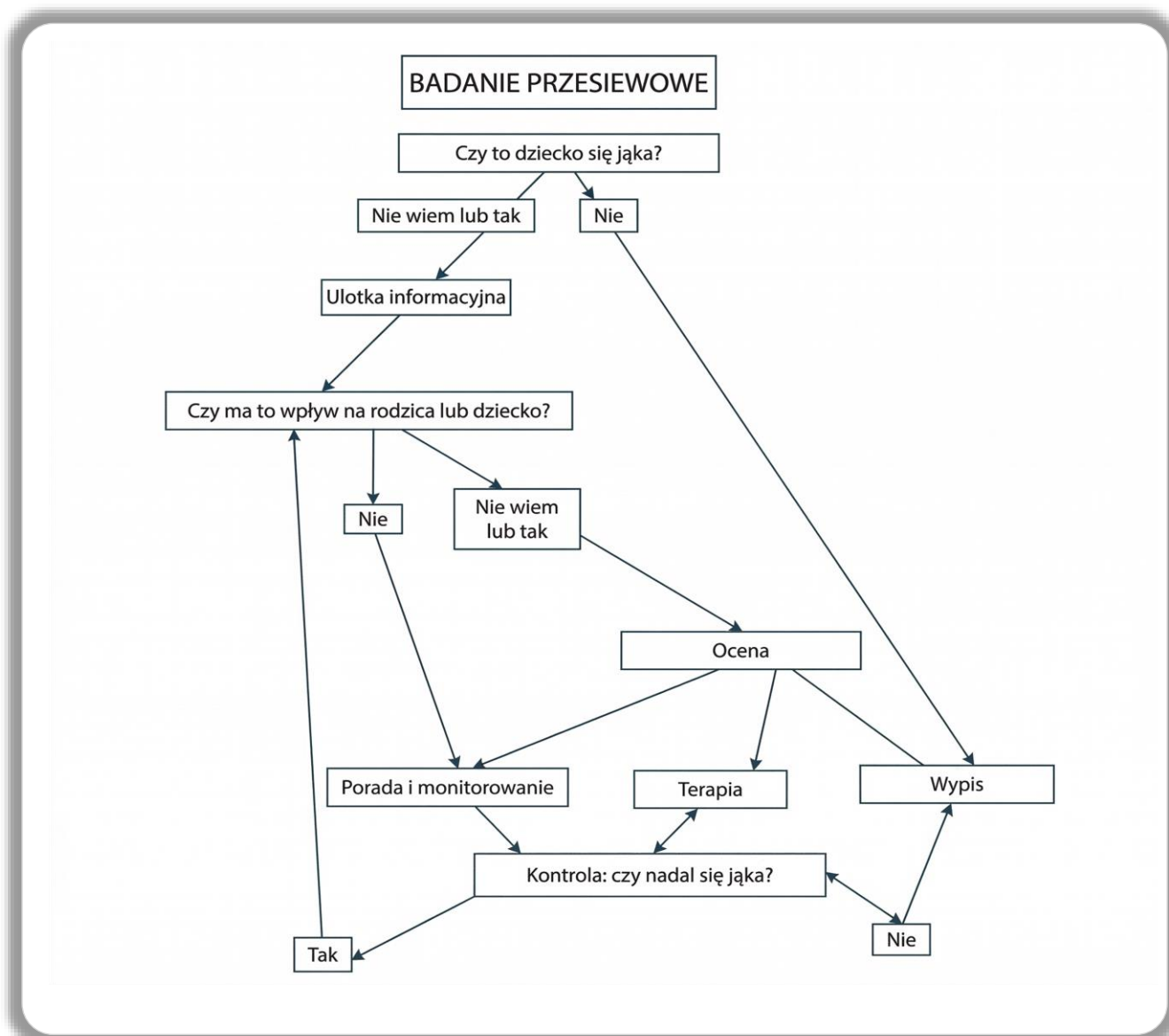
Po przekazaniu rodzicom informacji i wskazówek dotyczących wspierania ich dziecka wyjaśniamy, że będziemy monitorować jego postępy w ciągu kolejnego roku, podczas spotkań kontrolnych – bezpośrednich lub telefonicznych. Rodzice są zachęceni do kontaktu z nami na każdym etapie, jeśli dziecko zacznie się jąkać częściej, stanie się świadome swojego jąkania lub zacznie się nim martwić, spróbuje robić coś inaczej podczas jąkania albo jeśli sami rodzice złączą odczuwać niepokój związany z jąkaniami. Częstotliwość i terminy wizyt kontrolnych mogą być ustalane indywidualnie z każdą rodziną, jednak zazwyczaj zalecamy spotkania po trzech i sześciu miesiącach oraz po upływie jednego roku od badania przesiewowego. Celem okresu monitoringu jest upewnienie się, że jąkanie dziecka nadal nie wywiera wpływu ani na dziecko, ani na rodziców, a także że jego przebieg wykazuje tendencję do poprawy. Podczas każdej wizyty kontrolnej pytamy, czy dziecko wydaje się być bardziej świadome swojego jąkania lub bardziej nim zaniepokojone, a także prosimy rodziców o ocenę poziomu ich niepokoju na skali od 0 do 10. Rodzice opisują również rodzaj i nasilenie jąkania dziecka i w tym przypadku także prosimy ich o ocenę w skali od 0 do 10.

Następnie porównujemy te informacje z wynikami badania przesiewowego lub z danymi z poprzedniego spotkania monitorującego i wspólnie z rodzicami decydujemy, czy jąkanie wydaje się ustępować. Jeżeli jąkanie zaczyna wywierać wpływ na dziecko lub rodziców albo nie ulega poprawie, wówczas przygotowujemy się do przeprowadzenia pełnego badania (patrz rozdział 5 dotyczący pełnego badania).

Informacje o terapii, jeśli jest wymagana

Aby pomóc rodzicom zrozumieć dostępne możliwości, wyjaśniamy, jaką formę może przybrać przyszła terapia oraz że jest ona indywidualnie dostosowywana do dziecka i jego rodziny w oparciu o wyniki pełnej diagnozy. Tłumaczymy, że na początkowym etapie terapia koncentruje się na tym, czego rodzice mogą się nauczyć i co mogą robić, aby wspierać mowę swojego dziecka, zamiast skupiać się bezpośrednio na samym dziecku. Czasami, na późniejszym etapie, wprowadzana jest również terapia bezpośrednia. Opisujemy strukturę terapii pod kątem wizyt w gabinecie oraz zaangażowania rodziców w działania podejmowane w domu. Istotne jest, aby już od samego początku pomagać rodzicom skoncentrować się na swobodnej komunikacji oraz na zachęcaniu dziecka do mówienia.

Omawiamy zatem cel terapii, którym jest to, aby dziecko stało się pewnym siebie, sprawnie komunikującym się (roz)mówcą, czerpiącym radość z mówienia – niezależnie od tego, czy się jąka, czy nie.



Rys. 4.1 Schemat badania przesiewowego

Studium przypadku Samira, lat trzy i pół

Badanie przesiewowe – rozmowa telefoniczna z matką Samiry

Matka Samiry poinformowała, że jękanie pojawiło się około sześć miesięcy wcześniej, w okresie, gdy zauważyła nagłe przyspieszenie rozwoju mowy córki – Samira zaczęła używać znacznie dłuższych i bardziej złożonych zdań. w jej mowie występowały powtórzenia całych słów oraz ich części, niekiedy nawet cztero- lub pięciokrotne, jednak bez towarzyszącego napięcia. Matka Samiry zauważyła, że liczba powtórzeń stopniowo się zmniejszała. Samira wydłużała również dźwięki, jednak z czasem zdarzało się to coraz rzadziej. Matka oceniła nasilenie jękania na 2 w skali od 0 do 10 (gdzie 0 oznacza brak jękania, a 10 – jękanie bardzo nasilone). Matka stwierdziła, że Samira nie była świadoma swojego jękania – „po prostu mówiła dalej” – i miała poczucie, że objawy zaczynają ustępować. Sama matka nie była szczególnie zaniepokojona, oceniając swój poziom obaw na 1–2 w skali od 0 do 10 (gdzie 0 oznacza brak zmartwienia, a 10 –

bardzo silny niepokój). Zasięgnęła jednak porady, ponieważ zasugerował jej to krewny. w rodzinie nie było wówczas innych osób jękających się, choć babcia Samiry podobno jękała się w dzieciństwie, a następnie przestała. Rozwój mowy i umiejętności językowych Samiry przebiegał prawidłowo i nie zgłaszano żadnych innych niepokojących objawów.

Decyzja kliniczna:

Informacje i porady dla rodziców

Uzasadnienie:

- * Opisanie zachowania są typowe dla jękania*
- * Samira jest nieświadoma jękania; brak wpływu jękania na dziecko*
- * Matka nie jest zaniepokojona, a jękanie nie ma na nią wpływu*

W trakcie rozmowy omówiono broszurę informacyjną (Załącznik 2) i uzgodniono, że matka Samiry skontaktuje się z terapeutą za trzy miesiące w celu przekazania aktualnych informacji lub wcześniej, jeśli Samira lub jej mama zaczną się martwić mową dziecka albo jeśli jękanie zacznie w jakikolwiek sposób na nie wpływać.

Studium przypadku *Ishan w wieku czterech lat*

Badanie przesiewowe – rozmowa telefoniczna z matką Ishana

Matka Ishana zgłosiła, że chłopiec powtarza całe słowa i ich fragmenty, wydłuża dźwięki oraz doświadcza bloków – „często zacina się na początku słowa i nie może nic powiedzieć”. Dodata, że Ishan czasami denerwuje się z powodu swojego jękania, rezygnuje z mówienia, mówi „nie mogę tego powiedzieć” oraz pyta: „co jest nie tak z moją mową?”.

Matka poinformowała również, że jękanie trwa już ponad rok, a jego nasilenie stopniowo się zwiększa. Wyraziła wątpliwość czy objawy ustąpią samoistnie, mimo że jej mąż i inni członkowie rodziny próbowali ją uspokoić, sugerując, że Ishan „z tego wyrośnie”. Podkreśliła, że bardzo martwi się jękaniami syna.

W skali od 0 do 10 (gdzie 0 = brak jękania, a 10 = jękanie maksymalnie nasilone) matka oceniła jękanie Ishana na 6, natomiast swój poziom zaniepokojenia na 8 (gdzie 0 = w ogóle się nie martwię, a 10 = martwię się w sposób znaczący).

W wywiadzie rodzinnym nie stwierdzono przypadków jękania. Matka Ishana poinformowała, że w domu używane są dwa języki: gudżarati i angielski. Dodata, że angielski jest językiem, którym Ishan posługuje się najczęściej, jednak dobrze rozumie również gudżarati. Nie wyrażała obaw dotyczących ogólnego rozwoju mowy ani umiejętności językowych dziecka.

Decyzja kliniczna:

Pełna diagnoza

Uzasadnienie:

- * *Opisane zachowania są typowe dla jękania*
- * *Ishan jest świadomy jękania i reaguje na momenty zajknięć*
- * *Matka jest bardzo zaniepokojona*

Dodatkowo:

- * *Długi czas trwania jękania u Ishana*
- * *Nasilanie się jękania („pogarszanie się”)*

Studium przypadku *Jake w wieku sześciu lat*

Badanie przesiewowe – rozmowa telefoniczna z matką Jake’a

Matka Jake’a opisała jego jękanie jako charakteryzujące się głównie przedłużaniem dźwięków oraz blokami, które – jak zaznaczyła – potrafiły być dość długotrwałe. Opisała również zachowania wysiłkowe: „czasami porusza ustami na boki lub rusza głową, aby pomóc sobie wypowiedzieć dane słowo”. Dodała, że choć Jake nie mówi wprost o swojej mowie, ona ma poczucie, że jękanie mu przeszkadza. Zauważyła, że wyraźnie stara się unikać jękania i zaczyna wypracowywać różne „sztuczki”, aby je ukryć. Doprecyzowała, że czasami zmienia to, co zamierzał powiedzieć, odpowiada jednym słowem zamiast udzielać pełnych odpowiedzi oraz zaczął prosić ją, aby mówiła za niego, na przykład podczas wyjść na basen lub przy składaniu zamówienia w pobliskiej kawiarni. w skali od 0 do 10 (gdzie 0 = brak jękania, a 10 = jękanie maksymalnie nasilone) oceniła jękanie Jake’a na 7. Powiedziała, że jękanie rozpoczęło się, gdy chłopiec miał około dwóch i pół roku, i stopniowo nasilało się, aż ustabilizowało się na obecnym poziomie mniej więcej w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.

Matka Jake’a poinformowała, że początkowo nie przejmowała się jego jękaniami. Wspomniała również, że jej kuzyn lekko się jąka, co – jak podkreśliła – nie stanowi dla niego problemu, ponieważ jest odnoszącym sukcesy aktorem. Dodała także, że brat Jake’a jąkał się przez pewien czas we wczesnym dzieciństwie, lecz stopniowo przestał, gdy rozwinęły się jego umiejętności językowe. Obecnie jednak zaczęła odczuwać niepokój związany z jękaniami Jake’a, ze względu na wpływ, jaki – jej zdaniem – zaczyna ono na niego wywierać.

W skali od 0 do 10 (gdzie 0 = w ogóle się nie martwię, a 10 = martwię się w sposób znaczący) oceniła swój poziom zaniepokojenia jękaniami Jake’a na 5.

Dodała, że Jake zaczął mówić wcześnie, dysponuje bardzo bogatym zasobem słownictwa, a jego zdolności językowe prawdopodobnie wyprzedzają umiejętności rówieśników. Nie zgłaszała żadnych innych obaw dotyczących jego rozwoju.

Decyzja kliniczna:

Pełne badanie logopedyczne

Uzasadnienie:

- * Opisane zachowania są typowe dla jękania.*
- * Choć Jake nie mówi otwarcie o swoim jękanii, reaguje na momenty zająknięć i rozwija strategie mające na celu powstrzymanie jękania, ukrywanie go lub sprawianie, by było mniej zauważalne.*
- * Matka Jake'a jest coraz bardziej zaniepokojona.*

Dodatkowo:

- * Długi czas trwania jękania u Jake'a – na tym etapie jest mało prawdopodobne, aby jękanie ustąpiło samoistnie.*
- * Jękanie utrzymuje się na stabilnym poziomie lub wykazuje tendencję do nasilania się.*

Podczas wywiadu w ramach badania przesiewowego ustalono również, że matka Jake'a jest rodzicem samotnie wychowującym dziecko i rozstała się z jego ojcem, gdy Jake miał półtora roku. Poinformowała, że Jake regularnie kontaktuje się z ojcem – raz w tygodniu oraz co drugi weekend – a ojciec chętnie angażuje się w terapię logopedyczną syna.

Uzgodniono, że w pierwszej kolejności pełne badanie logopedyczne odbędzie się z udziałem Jake'a i jego matki, natomiast osobna sesja wywiadu dotycząca historii przypadku zostanie przeprowadzona z udziałem ojca Jake'a.

Pełne badanie logopedyczne

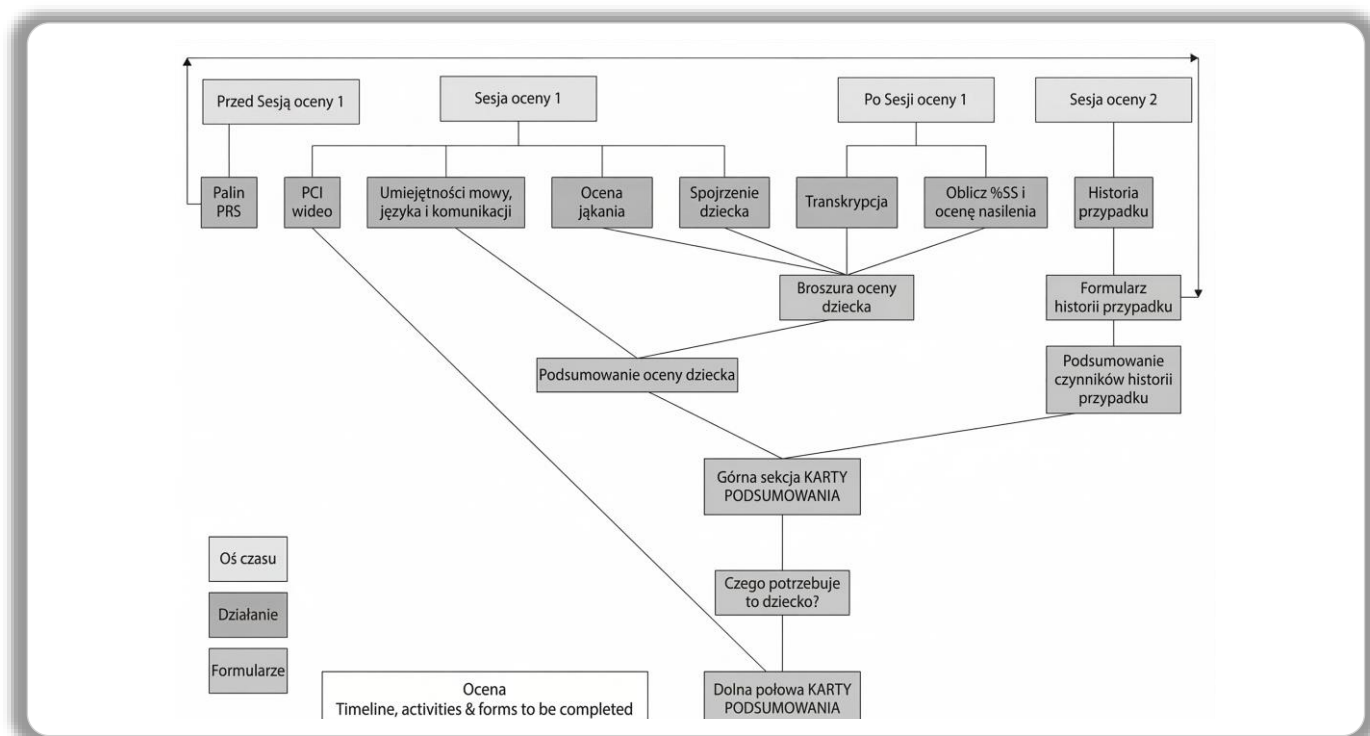
5

Ogólnym celem pełnego badania jest uzyskanie informacji na temat czynników, które wpływają na pojawienie się, rozwój oraz wpływ jąkania u dziecka, a także ustalenie czy dziecko potrzebuje terapii. Jeśli terapia jest zalecana, konieczne jest rozważenie jej zakresu i czasu trwania oraz zaplanowanie zestawu działań terapeutycznych, który będzie odpowiadał indywidualnym potrzebom dziecka i jego rodziny.

Rodzice odgrywają kluczową rolę w procesie pełnego badania, dostarczając cennych informacji na temat swojego dziecka i jego jąkania w kontekście życia rodzinnego. Pełne badanie stwarza również rodzicom przestrzeń do podzielenia się swoimi odczuciami i refleksjami na temat jąkania dziecka oraz wpływu, jaki ma ono na nich samych i na całą rodzinę.

Po zakończeniu pełnego badania zebrane informacje są przenoszone do Karty podsumowania badania (patrz Załącznik 3), będącej narzędziem dla terapeutów, w którym gromadzone są kluczowe dane niezbędne do przygotowania wyjaśnienia dla rodziców dotyczące charakteru jąkania ich dziecka. Karta podsumowania badania zawiera również propozycję zestawu strategii stanowiących podstawę zindywidualizowanego planu terapii.

Niniejszy rozdział zawiera opis poszczególnych elementów procedury pełnego badania, w tym ich zalecanej kolejności, wyjaśnienia celu każdego etapu oraz omówienie formularzy wykorzystywanych w procesie, które prowadzą do sformułowania podsumowania badania oraz rekomendacji terapeutycznych. Poniżej przedstawiono schemat blokowy podsumowujący kolejność poszczególnych etapów pełnego badania oraz wskazujący, które formularze należy wypełnić i na którym etapie procesu.



Rys.5.1 Schemat blokowy formularzy przebiegu badania

Pełne badanie przeprowadza się wówczas, gdy informacje uzyskane podczas badania przesiewowego wskazują, że dziecko może odnieść korzyści z interwencji – na przykład dlatego, że rodzice i/lub dziecko wyrażają zaniepokojenie jękaniem oraz/lub jękanie wywiera wpływ na dziecko lub rodziców.

Pełne badanie obejmuje:

- * Skalę Palin PRS (Millard i Davis, 2016)
- * Nagranie interakcji rodzic–dziecko
- * Badanie dziecka
- * Wywiad z rodzicami (historię przypadku)

Skala Palin PRS (Millard i Davis, 2016)

Przed rozpoczęciem pełnego badania prosimy rodziców o wypełnienie Skali Palin PRS (Millard i Davis, 2016). Jest to standaryzowane narzędzie, dostępne bezpłatnie online, które umożliwi wstępną ocenę perspektywy rodziców w zakresie: wpływu jękania na dziecko, nasilenia jękania oraz jego wpływu na nich jako rodziców, a także ich wiedzy na temat jękania i pewności siebie w zakresie wspierania dziecka. Skala może zostać wypełniona online lub w wersji papierowej przekazanej rodzicom. Jej wypełnienie zajmuje jedynie kilka minut.

Rejestracja, instrukcje oraz dostęp do bezpłatnej Skali Palin PRS są dostępne pod adresem:

www.palinprs.org.uk/secure/pprs_connect.php

www.palinprs.org.uk

1 Pełne badanie – sesja pierwsza

Dziecko uczestniczy w spotkaniu z jednym lub obojgiem rodziców przez około 1–1,5 godziny.

- * Nagranie interakcji rodzic–dziecko
- * Badanie dziecka

Uwaga: Po zakończeniu pierwszego spotkania terapeuta będzie potrzebował około jednej godziny na uzupełnienie transkrypcji oraz analizę badania.

2 Pełne badanie – sesja druga

Rodzice uczestniczą w spotkaniu bez dziecka przez około 2 godziny.

- * Wywiad z rodzicami (historia przypadku)
- * Podsumowanie wyników badania
- * Rekomendacje

Uwaga: Alternatywnie, jeśli terapeuta ma możliwość współpracy z innym terapeutą, pełne badanie może zostać przeprowadzone podczas jednego spotkania. w takim przypadku jeden terapeuta dokonuje oceny dziecka, podczas gdy drugi spotyka się z rodzicami. Stanowi to dobrą okazję do współpracy zespołowej oraz refleksyjnej praktyki.

Sprzęt potrzebny do pełnego badania podczas pierwszego spotkania

- * Urządzenie do rejestracji dźwięku i obrazu
- * Materiały do zabawy
- * Narzędzia do przesiewowych badań logopedycznych
- * Stymulujące bodźce obrazkowe, na przykład „Co tu nie pasuje?”
- * Ulotka Badanie dziecka (patrz Załącznik 4)

Pełne badanie – sesja pierwsza

Nagranie interakcji rodzica z dzieckiem

Spotkanie poświęcone badaniu dziecka zazwyczaj rozpoczyna się od nagrania interakcji rodzica z dzieckiem. Daje to dziecku czas na zaznajomienie się ze środowiskiem gabinetu i oswojenie się z nową sytuacją. Obserwacja dziecka bawiącego się z każdym z rodziców (jeśli oboje są obecni) może dostarczyć użytecznych informacji na temat poziomu jąkania podczas interakcji z rodzicami. Przed rozpoczęciem nagrania prosimy rodziców o wypełnienie formularza zgody na rejestrację obrazu i dźwięku.

Przygotowanie do wstępnego nagrania interakcji rodzic–dziecko

Naszym celem jest zmniejszenie poziomu niepokoju oraz zachęcenie do jak najbardziej naturalnej i typowej zabawy. Wyjaśniamy rodzicom cel nagrania oraz to, czego od nich oczekujemy. Zapewniamy ich, że zdarza się, iż dzieci są podczas takiego nagrania raczej ciche lub w ogóle się nie jękają, i że nie ma to żadnego znaczenia. Podczas spotkania poświęconego historii przypadku rodzice będą mieli możliwość opisanie, jak jękanie wygląda w innych sytuacjach.

Wyjaśnienie dla rodziców

„Chciałabym/chciałbym rozpocząć od nagrania krótkiego filmu przedstawiającego zabawę każdego z Państwa z dzieckiem. Jest to pomocny sposób, aby dziecko mogło się uspokoić, a dla mnie okazja do zobaczenia, jak funkcjonuje ono podczas zabawy z rodzicami, których dobrze zna, a nie tylko w kontakcie ze mną – osobą obcą. Nie ma znaczenia, jeśli dziecko będzie bardzo ciche; proszę nie czuć potrzeby zachęcania go do mówienia. Nie ma również znaczenia, jeśli nie usłyszymy żadnego jękania, ponieważ wiemy, że jego nasilenie może zmieniać się z dnia na dzień. Poproszę Państwa, aby pobawili się z dzieckiem przez około pięć minut, w możliwie najbardziej naturalny sposób. Wiem, że nie jest to samo co zabawa w domu, ale spróbujmy uzyskać możliwie typowy obraz tego, jak zwykle wygląda taka interakcja.”

Powinna istnieć możliwość wyboru zabawek. Prosimy dziecko, aby wybrało, czym chciałoby się bawić oraz z którym z rodziców chciałoby bawić się jako pierwszym. Nagrywamy około pięciominutowe wideo

z każdym z rodziców bawiącym się z dzieckiem. Często pomocne jest poproszenie rodzica, który w danym momencie nie uczestniczy w zabawie, aby pozostał na zewnątrz lub w pokoju obserwacyjnym, jeśli taki jest dostępny, ponieważ zmniejsza to poziom rozproszenia uwagi dziecka. Terapeuta może również ustawić nagranie i opuścić pomieszczenie, pozostawiając rodzica samego z dzieckiem podczas zabawy.

Analiza interakcji rodzica z dzieckiem odbywa się po zakończeniu pierwszej sesji pełnego badania.

Badanie dziecka

Badanie dziecka przeprowadzane jest po nagraniu interakcji rodzic–dziecko i obejmuje następujące elementy:

- 1 Badanie przesiewowe w zakresie mowy, języka i umiejętności komunikacyjnych
- 2 Badanie przesiewowe w zakresie zdolności motorycznych mowy
- 3 Ocenę zachowań związanych z jękaniem
- 4 Poznanie perspektywy dziecka, w tym ocenę świadomości, uczuć i reakcji na jękanie
- 5 Wypełnienie Karty badania dziecka (patrz Załącznik 4) oraz wprowadzenie uzyskanych informacji do Karty podsumowania

Schemat badania dziecka

Z naszego doświadczenia wynika, że poniższy schemat zazwyczaj pozwala zebrać wszystkie niezbędne informacje przy ograniczonym czasie koncentracji dziecka:

- 1 Wykonywanie zadań przy stole, na przykład gra planszowa lub układanka
- 2 Badanie przesiewowe w zakresie rozumienia (początkowo wymagające odpowiedzi niewerbalnych)
- 3 Badania przesiewowe w zakresie rozwoju językowego i fonologicznego
- 4 Badanie przesiewowe w zakresie motoryki mowy
- 5 Ocena zachowań związanych z jękaniem
- 6 Perspektywa dziecka

Część „Perspektywa dziecka” jest celowo umieszczona na końcu oceny, ponieważ na tym etapie dziecko zazwyczaj jest już bardziej rozmowne. Jeśli jednak pojawią się trudności z koncentracją, pytania te można zadać na wcześniejszym etapie sesji. Konieczne może być przeplatanie powyższych zadań innymi aktywnościami, na przykład grami planszowymi lub układankami. Powinny one jednak być krótkie, aby jak najlepiej wykorzystać uwagę dziecka.

U niektórych dzieci pomocne bywa wprowadzenie systemu nagród, na przykład naklejek pomiędzy zadaniami, co zwiększa motywację do współpracy i pomaga utrzymać koncentrację. Do wspierania koncentracji dziecka można również wykorzystać wizualne rozpiski przebiegu sesji.

- 1 Badanie przesiewowe w zakresie mowy, języka i umiejętności komunikacyjnych

Rutynowo przeprowadzamy przesiewową ocenę mowy, języka i komunikacji dziecka, aby zidentyfikować jego mocne strony oraz obszary wymagające wsparcia.

Badanie przesiewowe obejmuje:

- * *język receptywny, w tym rozumienie słownictwa i struktur składniowych*
- * *język ekspresyjny, w tym słownictwo, składnię i użycie języka*
- * *umiejętność wyszukiwania słów*
- * *rozwój umiejętności artykulacyjnych*
- * *zdolności motoryczne mowy*
- * *umiejętności komunikacji społecznej*

Następnie istotne jest ustalenie, czy:

- * rozwój mowy, języka i komunikacji dziecka jest opóźniony lub zaburzony
- * umiejętności są ze sobą spójne, czy też występują rozbieżności pomiędzy poszczególnymi obszarami, na przykład między słownictwem receptywnym i ekspresyjnym lub między językiem ekspresyjnym a rozwojem dźwięków mowy
- * umiejętności dziecka są powyżej poziomu oczekiwanego dla jego wieku
- * umiejętności mieszczą się w granicach normy w formalnych badaniach, ale występują trudności „subkliniczne” lub bardziej subtelne (zob. rozdział 1).

Przesiewowe badanie logopedyczne jest niezbędne do określenia czynników językowych, które mogą wpływać na aktualne jękanie dziecka.

Ponieważ terapeuci dysponują szerokim wachlarzem nieformalnych i formalnych narzędzi oceny logopedycznej, z których rutynowo korzystają w swojej praktyce, nie zalecamy stosowania konkretnych, odgórnie narzuconych narzędzi diagnostycznych w przypadku dzieci z jękaniami.

W zależności od wieku dziecka stosowane są różne narzędzia oceny. u niektórych dzieci może być konieczna pogłębiona ocena mowy i języka; w takich przypadkach można zastosować dodatkowe, bardziej szczegółowe badania formalne.

2 Ocena zdolności motorycznych mowy

Pomocna może być obserwacja umiejętności oromotorycznych oraz motoryki mowy dziecka podczas tekstu diadochokinezy oraz aktywności angażujących ruchy języka. Dostępnych jest wiele narzędzi służących do oceny motoryki mowy dziecka i w przypadku pojawienia się obaw dotyczących tych umiejętności można sięgnąć po odpowiednie procedury diagnostyczne. Niektóre protokoły oceny obejmują badanie umiejętności diadochokinetycznych dziecka (na przykład Yaruss i Logan, 2002) lub wykorzystują Skalę oceny motoryki jamy ustnej (OMAS; Riley i Riley, 1985). Najnowsze badania uwzględniały także ocenę umiejętności powtarzania pseudosłów z wykorzystaniem Testu powtarzania pseudosłów (Dollaghan i Campbell, 1998). Należy jednak pamiętać, że choć wyniki badań wskazują na trudności na poziomie subklinicznym, wszelkie trudności w zakresie ruchów oralnych, koordynacji lub sekwencjonowania mogą przyczyniać się do wieloczynnikowego rozumienia jękania

u dziecka. Tempo mówienia dziecka jest również powiązane z jego umiejętnościami motorycznymi (patrz Kloth i in., 1995, 1999). Jednak dokładny i rzetelny pomiar tempa mowy za pomocą stopera w warunkach klinicznych jest trudny do przeprowadzenia. Zamiast tego zwracamy uwagę na to, czy tempo mowy dziecka jest postrzegane jako szybsze lub wolniejsze niż oczekiwane dla jego wieku oraz jak może to wpływać na jego zdolność mówienia. w razie potrzeby podejmujemy dalsze działania diagnostyczne. Podczas całej sesji obserwujemy również umiejętności komunikacji społecznej dziecka.

Uwaga: Aby uzyskać więcej informacji na temat sposobu transkrypcji i adnotacji jąkania oraz metod obliczania liczby zająknięć (zob. Załącznik 5).

3 Ocena zachowań związanych z jąkaniami

Celem oceny jest określenie nasilenia jąkania pod względem jego częstotliwości oraz zaobserwowanych rodzajów zachowań związanych z jąkaniami.

Uwaga: Należy pamiętać, że jąkanie wczesnodziecięce cechuje się dużą zmiennością – z dnia na dzień, z tygodnia na tydzień oraz w zależności od sytuacji. Istnieje zatem duże prawdopodobieństwo, że podczas badania w gabinecie dziecko będzie jąkać się w niewielkim stopniu lub wcale. w związku z tym zawsze sprawdzamy wspólnie z rodzicami, czy uzyskana próbka mowy jest reprezentatywna dla jąkania ich dziecka, oraz zbieramy dodatkowe informacje na temat mowy dziecka podczas sesji wywiadu z rodzicami (historii przypadku). Czasami rodzice chcą pokazać nam nagraną w domu próbkę mowy dziecka, zwłaszcza gdy materiał zarejestrowany w gabinecie nie jest reprezentatywny dla codziennego jąkania. Zapewniamy rodziców, że nie zostaną odesłani z zaleceniem typu „proszę się nie martwić” tylko dlatego, że ich dziecko nie jąkało się podczas wizyty.

Ocena obejmuje:

- * *odsetek zająkniętych sylab*
- * *rodzaje zachowań związanych z jąkaniami*
- * *tempo mowy*

Próbka mowy jest nagrywana w celu przeprowadzenia analizy jąkania. Można ją zarejestrować podczas swobodnej zabawy z terapeutą lub rodzicami, jednak jej nagranie i późniejsza analiza mogą być wówczas trudniejsze. Często łatwiejsze jest uzyskanie próbki podczas aktywności przy stole z wykorzystaniem materiału obrazkowego. Zalecamy stosowanie obrazków „Co tu nie pasuje?” (LDA, 1988; Speechmark, 2007) jako bodźców do rozmowy, ponieważ są one atrakcyjne dla dzieci i pozwalają uzyskać informacje dotyczące języka. Zazwyczaj wykorzystujemy około dziesięciu obrazków. Następnie próbka mowy jest poddawana transkrypcji i analizie. Jąkanie dziecka obserwujemy również podczas pozostałych elementów oceny, w tym w trakcie nagrania interakcji rodzic–dziecko, gdy dziecko wchodzi w interakcję z jednym lub obojgiem rodziców.

Na podstawie tych obserwacji oraz analizy próbki mowy gromadzone są następujące informacje:

- * odsetek sylab zająkniętych – dostarcza informacji o nasileniu lub częstotliwości jąkania w czasie badania,

- * rodzaje zachowań związanych z jękaniem, w tym czas trwania zająknięć, liczba powtórzeń, obecność napięcia, zachowania unikowe oraz ruchy towarzyszące,
- * tempo mowy – nie jest ono formalnie mierzone podczas badania, lecz oceniane subiektywnie w trakcie różnych zadań językowych; uwzględnia się je również w odniesieniu do ogólnych umiejętności językowych i motoryki oralnej dziecka.

Informacje te są podsumowywane na pierwszej stronie Karty oceny badania dziecka.

Uwaga: Należy pamiętać o uzupełnieniu pierwszej strony Karty oceny badania dziecka.

Dostępnych jest wiele standaryzowanych metod pomiaru nasilenia jękania u małych dzieci z jękaniem:

- * Stuttering Severity Instrument – 4 (SSI-4; Riley, 2009) – narzędzie to określa nasilenie jękania w skali od bardzo łagodnego do bardzo ciężkiego (bardzo łagodne, łagodne, umiarkowane, ciężkie, bardzo ciężkie). Wynik opiera się na łącznym rezultacie trzech komponentów: częstotliwości sylab zająkniętych, średniego czasu trwania trzech najdłuższych jęknięć, obecności fizycznych objawów towarzyszących.
- * Test of Childhood Stuttering (TOCS; Gillam, Logan i Pearson, 2009) – przeznaczony dla dzieci w wieku od 4 do 12 lat. TOCS obejmuje: standaryzowany pomiar płynności mowy (nasilenie jękania oceniane w czterech zadaniach mówienia); skalę ocen obserwacyjnych (wypełnianą przez rodziców lub nauczycieli); uzupełniającą ocenę kliniczną, w której analizowane są takie czynniki jak częstotliwość jękania, czas jego trwania, długość powtórzeń, tempo mowy oraz naturalność wypowiedzi. Badanie to dostarcza wyników wskaźnikowych (porównywanych z wynikami dzieci, które się nie jękają), wyników centylowych oraz ocen opisowych (typowa / łagodna / umiarkowana / ciężka niepłynność). Ponieważ terapeuci mogą nie mieć dostępu do standaryzowanych miar nasilenia jękania, sugerujemy dokonanie szerokiej, subiektywnej oceny jego nasilenia (łagodne, umiarkowane lub nasilone). Ocena ta powinna opierać się na częstotliwości jękania, rodzaju zachowań związanych z jękaniem oraz stopniu fizycznego wysiłku i napięcia towarzyszącego momentom zająknięć.

Dzieci dwujęzyczne i wielojęzyczne: w przypadku dziecka posługującego się dwoma lub więcej językami zalecane jest zebranie próbek mowy w każdym z tych języków. Umożliwia to ocenę rozwoju mowy i języka dziecka we wszystkich używanych przez nie językach oraz identyfikację częstotliwości i rodzaju jękania występującego w każdym z nich (Shenker, 2011). Wiemy, że mowa dzieci dwujęzycznych charakteryzuje się większą liczbą zająknięć (niepłynności typowych dla jękania) niż mowa dzieci jednojęzycznych (Byrd, 2018; Byrd i in., 2015). Obejmują one m.in. wtrącenia, wyrazy niepełne oraz powtórzenia – w tym powtórzenia fraz, wyrazów wielosylabowych i jednosylabowych, a także głosek i sylab. Niepłynności te odzwierciedlają rozwijające się umiejętności językowe dziecka w obu językach. Konieczne jest upewnienie się, że nie mylimy typowych niepłynności rozwojowych u dziecka dwujęzycznego z jękaniem. Jednocześnie nie należy błędnie uznawać objawów jękania za przejaw uczenia się drugiego języka. Ponadto musimy zachować ostrożność, aby zachowań związanych z przelączeniem kodów językowych lub mieszaniem języków nie interpretować jako zachowań unikowych.

Dla dzieci dwujęzycznych należy zebrać próbki językowe w obu językach.

4 Perspektywa dziecka

Świadomość dziecka dotycząca jego jąkania badamy za pomocą prostej sekwencji pytań, rozpoczynając od konkretnych informacji związanych z przedszkolem lub szkołą oraz rodziną. Odpowiedzi dziecka są zapisywane na Karcie oceny dziecka (patrz Załącznik 4). Ta część badania zawiera również pytanie dotyczące dokuczania. Pytamy dziecko, czy ktoś mu dokucza, a jeśli tak – z jakiego powodu.

* Pytania do dziecka dotyczące mówienia

Historycznie przez lata zalecano, aby jąkanie u małego dziecka było ignorowane i aby nie zwracać na nie uwagi dziecka. Wynikało to z obawy, że kierowanie uwagi na jąkanie może je nasilić. Takie podejście zostało jednak zdyskredytowane i obecnie wiadomo, że terapeuci nie muszą obawiać się zadawania dziecku bezpośrednich pytań dotyczących jego jąkania.

Kylie w wieku czterech lat powiedziała: „Robię a-a-a”.

Daniel w wieku sześciu lat powiedział:

„Trudno jest mi mówić. To tak, jakby coś blokowało powietrze. Muszę brać głęboki oddech”.

Kian w wieku trzech lat powiedział: „Nie lubię, gdy słowa się skleją”.

Rodzice czasami wyrażają zaniepokojenie tym elementem diagnozy, szczególnie wtedy, gdy nie powiedzieli dziecku, dlaczego przyprowadzili je do logopedy. Nierzadko rodzice podkreślają, że ich dziecko wydaje się nieświadome swojego jąkania i nie wykazuje żadnych oznak niepokoju. w razie potrzeby wyjaśniamy rodzicom, dlaczego ważne jest sprawdzenie czy dziecko jest świadome swojego jąkania, oraz uspokajamy ich, że zadawanie takich pytań nie spowoduje nasilenia jąkania. Wiele małych dzieci, które się jękają, jest bowiem świadomych swojego jąkania. w związku z tym zadajemy dziecku bezpośrednie pytania dotyczące jego mowy, jego odczuć związanych z komunikowaniem się oraz tego, czy chciałoby otrzymać w tym zakresie pomoc. Dostarcza nam to informacji na temat poziomu wglądu dziecka i jego troski związanej z jąkaniem, tego, czy jąkanie ma na nie wpływ, a także czy dziecko stosuje jakiegokolwiek strategię radzenia sobie z nim.

Wczesne oznaki świadomości mogą obejmować na przykład odwracanie wzroku przez dziecko w momentach jąkania lub ogólne wrażenie skrępowania podczas mówienia. Tego rodzaju reakcje mogą być zauważalne jeszcze zanim dziecko wprost odniesie się do swojej mowy. Zazwyczaj jest również wyraźnie widoczne, gdy dziecko nie ma świadomości jąkania. w takich sytuacjach dziecko zapewnia, że dobrze radzi sobie z mówieniem i że zawsze przychodzi mu ono z łatwością. Wówczas nie zadajemy już dalszych pytań dotyczących jego mowy.

* Dodatkowy czas na udzielenie odpowiedzi przez dziecko

Terapeuta musi pamiętać, że niektóre dzieci potrzebują więcej czasu, aby odpowiedzieć na pytania dotyczące ich mowy. Może to być pierwszy moment, w którym mają okazję rozmawiać o jąkaniu, i możliwe, że będą musiały zastanowić się, jak opisać coś tak złożonego.

* Posługiwanie się językiem dziecka

Gdy dziecko okazuje świadomość jąkania, używamy jego własnych określeń w kolejnych pytaniach. Na przykład niektóre dzieci mówią o „jąkaniu”, inne natomiast o tym, że ich mówienie jest „trudne”, że „słowa się zacinają” lub „utykają”. Wówczas możemy zapytać: „Co się dzieje, kiedy twoje mówienie się zacina?” albo „Czy chciałbyś, żeby ktoś pomógł ci z tym zacinianiem się słów?”.

* Podawanie przykładów jąkania

Niektóre dzieci są świadome swojego jąkania, ale mają trudność z jego opisaniem. Jeśli dziecko mówi, że ma problemy z mówieniem, możemy delikatnie pogłębić ten temat w następujący sposób:

„Niektóre dzieci, które do nas przychodzą, mają trudności z wypowiedzaniem słów i mówią na przykład: „mam mam mam mam na imię...”. Czy tobie też się tak zdarza? Albo czasami mówią: „ma-ma-ma-mam na imię...”. Czy u ciebie też tak bywa? Albo mówią: „maaam na imię...”. Czy to też ci się zdarza? Albo czasami mówią: „mam [blok] na imię...”. Czy tobie również się tak zdarza?”

Niektóre dzieci potrafią rozpoznać własne wzorce jąkania w tych modelowanych przykładach, co pomaga im dalej rozmawiać o swoim jąkaniu. z naszego doświadczenia wynika, że dzieci, które nie są świadome swojego jąkania lub nie chcą o nim mówić, zazwyczaj odpowiadają: „Nie, nie mówię tak”.

Przeprowadzamy również badanie testem KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007). Jest to narzędzie diagnostyczne zaprojektowane do oceny postaw komunikacyjnych dzieci jękających się w wieku od trzech do sześciu lat. Składa się ono z dwunastu pytań typu „tak/nie”, zadawanych przez terapeutę, na przykład: „Czy zdarza ci się, że słowa nie chcą Ci wyjść z buzi?” lub „Czy innym ludziom podoba się to, jak mówisz?”.

W instrukcji tego testu podane są średnie wyniki dla dzieci z jąkaniem oraz dzieci, które się nie jękają. Wyższy wynik wskazuje na bardziej negatywne nastawienie dziecka do własnej mowy. Test KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007)⁶ jest powtarzany kilkakrotnie w różnych

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Badanie przesiewowe

Początkowo Ishan był małomówny, jednak w miarę trwania spotkania stopniowo stawał się coraz bardziej rozmowny. Był bardzo współpracujący i dobrze skoncentrowany. Podczas mówienia i słuchania utrzymywał kontakt wzrokowy, z wyjątkiem momentów, gdy pojawiały się bloki – wówczas na krótko odwracał wzrok. Choć na początku jedynie odpowiadał na pytania terapeuty, pod koniec spotkania sam zaczął inicjować rozmowę, a jego wypowiedzi stawały się coraz dłuższe. Ishan przejawiał umiarkowane jąkanie, charakteryzujące się powtarzaniem całych słów i części słów (maksymalnie do czterech powtórzeń), krótkimi przedłużeniami dźwięków oraz blokami, które czasami trwały od trzech do czterech sekund. Podczas momentów blokowania sprawiało wrażenie nieco skrzępowanego, a na jego twarzy widoczne było napięcie, gdy próbował wydobyć z siebie słowa. Jąkanie występowało w 8,4% wypowiedzanych sylab. Na pytanie „Czy czasami

⁶ Narzędzie jest dostępne w polskiej wersji językowej z polskimi normami: Vanryckeghem, M., & Brutten, G. J. (2015). KiddyCAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym [KiddyCAT. Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter]. Gdańsk: Harmonia Universalis.

trudno jest ci mówić?” odpowiedział „tak”, a zapytany „Co się wtedy dzieje?”, wyszeptał: „moje słowa utknęły”, dodając, że z tego powodu czuje się „smutny”.

KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007): wynik Ishana wyniósł 6. Porównanie z wynikami średnimi dla dzieci jękających się oraz dzieci bez jękania w wieku Ishana wskazuje, że przejawia on bardziej negatywne nastawienie do swojej mowy niż inne dzieci jękające się w tym samym wieku.

Nieformalna ocena receptywnych i ekspresyjnych umiejętności językowych wykazała, że rozwój języka angielskiego Ishana mieści się w normie dla jego wieku. Potrzebował on jednak więcej czasu na formułowanie myśli, przy czym często próbował mówić w szybkim tempie. Zauważono, że jego mowa zawierała powtórzenia wielosylabowych słów, a także pewną liczbę powtórzeń fraz i poprawek, pojawiających się w trakcie prób wyrażania myśli.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Badanie przesiewowe

Jake dał się poznać jako dziecko komunikujące się z dużą pewnością siebie. Podczas mówienia i słuchania utrzymywał kontakt wzrokowy, jednak w trakcie dłuższych epizodów jękania odwracał wzrok. Chętnie współpracował i był dobrze skoncentrowany. Jękanie Jake’a miało nasilenie umiarkowane do znacznego i obejmowało 14% sylab jękanych. Dominowały przedłużenia dźwięków oraz bloki, które czasami trwały do trzech sekund. Od czasu do czasu pojawiały się również powtórzenia całych słów lub ich części. Jake wykazywał pewne zachowania wysiłkowe – w momentach jękania jego twarz przybierała napięty wyraz, a czasami poruszał całym ciałem, aby pomóc sobie wydobyć słowa. Zaobserwowano także, że kilkakrotnie zmieniał to, co zamierzał powiedzieć.

Na pytanie „Dlaczego mama przyprowadziła cię tu dzisiaj?” odpowiedział, że „się jęka” i że mówienie bywa dla niego trudne. Opisał swoje słowa jako „zablokowane” i „zacinające się” oraz powiedział, że wypowiedzenie ich zajmuje mu dużo czasu. Stwierdził, że jękanie sprawia, iż czuje się „źle”, i martwi się, że jego przyjaciele zaczynają mieć dość czekania na niego. Dodał, że zwolnienie tempa mówienia jest pomocne. Był świadomy, że czasami zmienia słowa lub mówi mniej z powodu jękania. Potwierdził również, że chciałbym aby mu pomóc w związku z jego mówieniem.

KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007): wynik Jake’a wyniósł 6. Porównanie ze średnimi wynikami dzieci jękających się i dzieci bez jękania w wieku Jake’a wskazuje, że prezentował on bardziej negatywne nastawienie do swojej mowy niż inne dzieci jękające się w jego wieku.

Nieformalna ocena receptywnych i ekspresyjnych umiejętności językowych wykazała, że rozwój języka angielskiego Jake’a mieścił się w normie dla jego wieku. Używał szerokiego zakresu słownictwa i miał tendencję do budowania długich, złożonych gramatycznie zdań. Mówił również bardzo szybko.

Po pełnym badaniu – po pierwszej sesji diagnostycznej

- * *analiza ocen mowy i języka*
- * *analiza jąkania w próbce mowy*
- * *uzupełnienie Karty badania dziecka*
- * *uzupełnienie górnej części Karty podsumowania*
- * *określenie potrzeb dziecka („Czego potrzebuje to dziecko?”)*
- * *analiza nagrania interakcji rodzic–dziecko*

Po zakończeniu sesji i opuszczeniu gabinetu przez dziecko analizujemy wyniki badania mowy i języka, dokonujemy transkrypcji oraz analizy próbki mowy zebranej do oceny jąkania, a także analizujemy nagranie interakcji rodzic–dziecko. Wyniki tych analiz podsumowujemy w Karcie badania dziecka, uzupełniając je o komentarze dotyczące umiejętności komunikacji społecznej dziecka. Następnie informacje te przenosimy do górnej części Karty podsumowania, jak pokazano poniżej.

Górna część Karty podsumowania przedstawia zakres potencjalnych czynników, które mogą leżeć u podstaw jąkania dziecka lub wpływać na jego początek, rozwój oraz oddziaływanie na dziecko i rodzinę.

Informacje uzyskane podczas diagnozy dziecka (a następnie z wywiadu z rodzicami) wykorzystuje się do rozpoczęcia identyfikowania istotnych czynników leżących u podstaw jąkania oraz wpływających na indywidualną sytuację każdego dziecka. w kolumnie obok każdego aspektu zidentyfikowanego podczas diagnozy zaznaczamy te elementy, które mogą mieć wpływ na jąkanie dziecka. Nie dotyczy to jednak części odnoszących się do częstotliwości jąkania (odsetek sylab zająkniętych), nasilenia jąkania (łagodne/umiarkowane/ciężkie), czasu od pojawienia się jąkania (w miesiącach) ani wzorca zmian (nasilanie się jąkania / zmniejszanie się jąkania / stabilizacja).

Rozwój neurologiczny zaznaczamy u każdego dziecka jako czynnik podstawowy, natomiast płeć zaznaczamy w przypadku chłopców.

Czego potrzebuje to dziecko?

Następnie wypełniana jest środkowa część Karty podsumowania. Rozważamy, czego dziecko potrzebuje, aby wspierać jego komunikację i pewność siebie – pozwala to określić ogólne cele programu terapii dla danego dziecka. Na przykład:

- * zapewnienie mu większej ilości czasu ze strony rodziców i otoczenia;
- * rozwijanie jego języka ekspresyjnego;
- * dalsze rozwijanie jego pewności siebie.

Tabela 5.1 Wykres podsumowujący

Karta podsumowania wyników			
Imię		Data	
Czynniki fizjologiczne		Czynniki związane z motoryką mowy	
Neurorozwój		Częstotliwość jąkania	
Historia jąkania w rodzinie		Stopień nasilenia jąkania	
Płeć		Czas od wystąpienia pierwszych objawów	
Męczliwość		Wzorzec zmiany	
Zdrowie		Szybkie tempo mowy/szybkie zrywy w mowie	
		Niewystarczające pauzowanie	
Czynniki związane z językiem i komunikacją		Czynniki psychologiczne	
Opóźnienia w rozwoju mowy i języka		Niska samoocena (brak pewności siebie)	
Niedostateczne umiejętności odbiorcze		Świadomość dziecka/obawy związane z jąkaniem	
Niedostateczne umiejętności nadawcze		Reakcje na jąkanie	
Problem z doбором słownictwa		Nadwrażliwość	
Trudności artykulacyjne		Lękliwość/bojaźliwość	
Przyspieszony rozwój mowy		Nieśmiałość	
Nieharmonijny rozwój poszczególnych funkcji językowych		Wzmoczone reakcje emocjonalne	
Problemy wynikające z dwujęzyczności		Wysokie wymagania wobec siebie (dziecko bardzo ambitne)	
Budowanie długich wypowiedzi/mówienie po kolei		Trudności w radzeniu sobie ze zmianami	
Ograniczony kontakt wzorkowy			
Obniżona zdolność koncentracji			
Czynniki środowiskowe			
Poziom obaw rodziców			
Otwartość/wrażliwość na jąkanie			
Język, jakim mówi się w rodzinie o jąkaniu			
Radzenie sobie z zachowaniem dziecka			
Rutyna			
Mówienie po kolei w rodzinie			
Tempo życia			
Czynniki związane z funkcjonowaniem dziecka w przedszkolu lub szkole			

Tabela 5.2 Wykres podsumowujący – czego potrzebuje dziecko?

Czego potrzebuje dziecko?	
1	
2	
3	

Ocena interakcji rodzic–dziecko

W dolnej części Karty podsumowania znajduje się lista strategii interakcyjnych, która stanowi wskazówkę podczas analizy nagrania interakcji rodzic–dziecko. Wstępną analizę tej interakcji przeprowadzamy, opierając się na informacjach uzyskanych podczas diagnozy dziecka.

Wzorce interakcji między każdym z rodziców a dzieckiem rozważamy z dwóch perspektyw:

- 1 Profil umiejętności dziecka w zakresie mowy, języka i kompetencji komunikacyjnych oraz związane z nimi czynniki ryzyka.
- 2 Pewność komunikacyjną dziecka oraz strategie wspierające płynność mowy lub – jeśli ma to znaczenie – strategie wspierające rozwój języka, które są już stosowane przez rodzica.

Nie istnieją standardowe strategie interakcyjne zalecane dla wszystkich rodziców i nie wszystkie z wymienionych stylów usprawniających komunikację będą odpowiednie w każdej rodzinie. Niektóre strategie są zasadne wyłącznie wtedy, gdy dziecko doświadcza określonych trudności, na przykład związanych z tempem mowy rodzica, jeśli mówi on znacznie szybciej niż dziecko.

Tabela 5.3 Wykres podsumowujący – strategie interakcyjne

STRATEGIE INTERAKCYJNE	A	B		C	
		M	T	M	T
Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem)					
Dawanie dziecku czasu na rozpoczęcie, udzielenie i dokończenie wypowiedzi					
Pauzowanie, tempo					
Kontakt, wzrokowy					
Język odpowiedni do poziomu dziecka					
Więcej komentarzy niż pytań					
Inne					

Tabela 5.4 Wykres podsumowujący – klucz

A	Czy to dziecko skorzysta z tej strategii?
B	Czy mama/tata w ogóle stosuje tę strategię?
C	Czy byłoby pomocne, gdyby rodzic stosował ją częściej?

A Czy to dziecko skorzysta z tej strategii?

Zaczynając od kolumny A, terapeuta zaznacza, które strategie byłyby odpowiednie, biorąc pod uwagę profil umiejętności oraz uwarunkowania dziecka. Można argumentować, że zasadniczo wszystkie te strategie mogłyby być pomocne dla każdego dziecka z jąkaniem; naszym celem jest jednak wskazanie strategii najbardziej adekwatnych dla konkretnego dziecka, w oparciu o informacje uzyskane podczas diagnozy.

B Czy mama/tata w ogóle stosuje tę strategię?

Po zidentyfikowaniu strategii interakcyjnych, które mogą być pomocne dla dziecka, wykorzystujemy Kartę podsumowania do sprawdzenia, czy poszczególne strategie są już stosowane przez każdego z rodziców (zaznaczamy to w kolumnie B). Odbyna się to na podstawie analizy nagrań wideo, na których rodzice bawią się z dzieckiem. Jeśli w terapię zaangażowanych jest dwoje rodziców, sposób korzystania ze strategii interakcyjnych przez każdego z nich odnotowujemy oddzielnie, w osobnych kolumnach oznaczonych jako „B”.

Analizujemy przykłady sytuacji, w których rodzic stosuje którąkolwiek ze strategii wcześniej zaznaczonych w kolumnie A jako potencjalnie korzystną dla tego dziecka. Następnie zaznaczamy odpowiednie pole w kolumnie B, aby wskazać, że dany rodzic czasami już korzysta z tej strategii.

C Czy byłoby pomocne, gdyby rodzic stosował ją częściej?

Jeśli uznamy, że częstsze stosowanie danej strategii przez rodzica byłoby pomocne, określamy ją jako potencjalny cel terapii, zaznaczając odpowiednie pole w kolumnie C dla każdego z rodziców – zgodnie z indywidualnymi potrzebami.

Ta wstępna analiza nagrania interakcji rodzic–dziecko dostarcza informacji niezbędnych do przygotowania Podsumowania badania (patrz rozdział szósty) i ułatwia proces podejmowania decyzji terapeutycznych. Nie oznacza to, że mówimy rodzicom, co mają robić – jak wspomniano wcześniej – lecz stanowi wskazówkę dla nas, terapeutów, dotyczącą tego, co może być najbardziej pomocne dla dziecka.

Możemy powrócić do nagrania interakcji rodzic–dziecko przed omówieniem diagnozy, aby uzupełnić analizę o informacje uzyskane podczas sesji wywiadu z rodzicami. Na przykład podczas wywiadu rodzice mogą opisać swoje dziecko jako samodzielne i lubiące działać niezależnie. w takiej sytuacji możemy zwrócić szczególną uwagę na momenty, w których rodzice podążają za inicjatywą dziecka w zabawie.

Zobacz załącznik trzeci: Kartapodsumowania Ishana oraz Karta podsumowania Jake’a – przykłady kompletnej oceny interakcji rodzic–dziecko (strategie interakcyjne).

Wywiad z rodzicami

- * **Wywiad:**
- * *Angażuje oboje rodziców lub głównych opiekunów*
- * *Jest efektywny i ekonomiczny czasowo*
- * *Wspiera dziecko*
- * *Sprzyja przenoszeniu nabywanych umiejętności do środowiska rodzinnego*
- * *Opiera się na współdzielonej odpowiedzialności za zmianę*
- * *Prowadzi do wspólnego rozumienia sytuacji*

W miarę możliwości wymagamy, aby w sesji wywiadu uczestniczyli oboje rodzice lub główni opiekunowie dziecka. Oczywiście istnieją sytuacje, w których nie jest to właściwe lub możliwe, na przykład w przypadku samotnego rodzica, gdy dziecko nie ma kontaktu z drugim rodzicem. Rodzice będący w separacji mogą czasem uczestniczyć wspólnie w sesji z myślą o dobru dziecka, jednak nie zawsze jest to wskazane, zwłaszcza gdy relacje między nimi są napięte lub konfliktowe. w takich przypadkach często zapraszamy rodziców na osobne spotkania. Jeżeli rodzice pozostają w nowych związkach, zasadne może być również włączenie ich partnerów do sesji wywiadu. Zdarza się także, że jeden lub oboje rodziców przebywa poza domem ze względu na zobowiązania zawodowe (na przykład służbę wojskową lub pracę w przemyśle naftowym) bądź szczególne okoliczności życiowe (na przykład sytuację rodzin uchodźczych).

Rodzice są proszeni o udział w sesji bez obecności dzieci. Pozwala to na większą otwartość w rozmowie o jękanii dziecka oraz o uczuciach z nim związanych. Umożliwia to również swobodne omówienie innych

obaw dotyczących dziecka lub trudności występujących w rodzinie, które zdaniem rodziców mogą wpływać na jąkanie.

Przed przystąpieniem do diagnozy prosimy rodziców o wypełnienie skali Palin PRS (Millard i Davis, 2016). Jeśli nie zostało to zrobione wcześniej, prosimy ich o wypełnienie skali w gabinecie przed rozpoczęciem wywiadu – online lub w formie papierowej. Zajmuje to jedynie kilka minut.

Przeprowadzenie wywiadu

Wywiad składa się z serii pytań, których celem jest zebranie informacji o dziecku i jego jąkanii w kontekście funkcjonowania rodziny. Pozwala to na identyfikację czynników, które mogą wpływać na jąkanie, ocenę jego oddziaływania oraz określenie potrzeby terapii.

Rodzice są najbardziej kompetentnymi osobami do rozmowy o swoim dziecku, jednak mogą obawiać się, że zostaną obwinieni lub że robią coś niewłaściwego. Dlatego niezwykle ważne jest rozwianie takich obaw już na samym początku wywiadu. Zazwyczaj robimy to, mówiąc coś w rodzaju:

„Jąkanie jest bardzo złożonym zjawiskiem i było przedmiotem wielu badań. Badania te potwierdzają to, co już wiemy – że rodzice nie powodują jąkania. Znają Państwo swoje dziecko lepiej niż ktokolwiek inny, dlatego potrzebuję Państwa pomocy w diagnozie. Pytania, które będę zadawać, mają pomóc mi lepiej zrozumieć Państwa dziecko i jego jąkanie. Nie ma tu dobrych ani złych odpowiedzi (i oboje mogą Państwo mieć różne zdanie)”.

„Po zakończeniu sesji wywiadu połączę informacje, które mi Państwo przekażą, z danymi uzyskanymi podczas badania dziecka. Następnie wyjaśnię Państwu, jakie czynniki mogą wpływać na jąkanie i co w związku z tym warto zrobić. Przekażę także ogólne informacje na temat jąkania i odpowiem na wszelkie pytania”.

Arkusze wywiadu znajduje się w załączniku szóstym. Jest on podzielony na następujące części:

- * Dane osobowe
- * Jąkanie
- * Komunikacja
- * Zdrowie i rozwój dziecka
- * Jedzenie i sen
- * Osobowość
- * Relacje społeczne dziecka
- * Historia rodziny
- * Szkoła
- * Kontrola nad zachowaniem
- * Historia rozwoju

Staraliśmy się formułować pytania prostym i zrozumiałym językiem. w niektórych przypadkach może być jednak konieczne ich doprecyzowanie lub przeformułowanie. Na przykład:

- * Czy jest wrażliwy? Czy bardzo przejmuję się uczuciami innych osób? Czy martwi się, gdy inni ludzie są smutni?
- * Czy ma trudności z koordynacją? Czy sprawia wrażenie nieporadnego? Czy potrafi jeździć na rowerze, łapać piłkę, zapinać guziki?

Niektóre pytania odnoszą się do obszarów, które mogły zostać już poruszone podczas badania przesiewowego lub diagnozy dziecka. Mimo to istotne jest, aby zadać rodzicom wszystkie pytania, z kilku powodów:

- * Informacje uzyskane podczas badania przesiewowego i diagnozy dziecka mogą być niepełne. Chociaż niektóre pytania są identyczne jak w badaniu przesiewowym, w okresie pomiędzy sesjami diagnostycznymi jękanie dziecka oraz reakcje dziecka i rodziców mogły ulec zmianie lub mogli oni zauważyć nowe aspekty.
- * Dla rodziców zazwyczaj bardziej znaczące jest opisywanie tego, co sami zaobserwowali u swojego dziecka niż słuchanie opisu formułowanego przez specjalistę.
- * Odpowiedzi rodziców zapisujemy na bieżąco na formularzu wywiadu. Zaznaczamy i podkreślamy te informacje, które wydają się szczególnie istotne dla zrozumienia jękania dziecka.

Zachowanie poufności

Poszczególni terapeuci mają swoje ustalone sposoby wyjaśniania rodzicom zasad poufności oraz jej ograniczeń.

My zazwyczaj ujmujemy to w następujący sposób:

„Diagnoza objęta jest zasadą poufności w ramach Centrum. Jeśli jednak w jakimkolwiek momencie pojawią się moje obawy dotyczące dobrostanu Państwa dziecka i zajdzie taka konieczność, jako specjalista jestem zobowiązany do przekazania informacji odpowiednim instytucjom”.

Relacja między rodzicem a terapeutą

Chociaż terapeuta poznał już jednego lub oboje rodziców podczas diagnozy dziecka, sesja wywiadu wyznacza początek relacji terapeutycznej między rodzicami a terapeutą. Relacja ta ma kluczowe znaczenie dla pozytywnych efektów ewentualnej terapii. Terapeuta powinien wykazać się empatią wobec uczuć, nadziei i obaw rodziców oraz budować relację opartą na wzajemnym zaufaniu i zrozumieniu. Rodzice muszą mieć pewność, że terapeuta nie będzie ich oceniał – niezależnie od tego, co powiedzą.

Formularz wywiadu zawiera zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte, przy których rodzice są zachęceni do opisywania swoich obaw własnymi słowami. Pozyskiwanie informacji od rodziców wymaga wykorzystania podstawowych umiejętności z zakresu poradnictwa, w szczególności: zadawania pytań, aktywnego słuchania, okazywania akceptacji, refleksji oraz dokonywania syntezy.

Zrozumienie zasadności pytań

Istotne jest, aby terapeuta rozumiał uzasadnienie każdego pytania zawartego w formularzu wywiadu. z naszego doświadczenia wynika, że terapeuci czują się pewniej podczas zadawania pytań, gdy w pełni rozumieją, dlaczego są one zadawane. Chociaż rodzice zazwyczaj chętnie odpowiadają na wszystkie pytania, powinniśmy być przygotowani na wyjaśnienie, z jakiego powodu poruszamy każdą z omawianych kwestii.

Zwracanie uwagi na słowa używane przez rodziców

Na bieżąco zapisujemy sformułowania i pojęcia używane przez rodziców, aby móc później cytować je wprost podczas podsumowania wyników diagnozy. Wynika to z faktu, że własne słowa rodziców mają dla nich znacznie większe znaczenie niż określenia zaproponowane przez nas. Na przykład, jeśli rodzice mówią, że dziecko czasami „ma problemy z przypomnieniem sobie słowa, które chce powiedzieć”, może to być dla nich bardziej trafne i zrozumiałe niż użycie terminu „trudności w doborze słów”.

Struktura wywiadu

Wywiad ma uporządkowaną strukturę, której celem jest ograniczenie ryzyka odchodzenia od tematu oraz zapewnienie uwzględnienia wszystkich istotnych czynników. Rodzice często chcą przekazać jak najwięcej informacji na temat jąkania swojego dziecka; może to jednak prowadzić do konieczności częstego przechodzenia między kolejnymi częściami wywiadu w celu zapisywania ich wypowiedzi. Istnieje wówczas ryzyko pominięcia niektórych pytań.

Chociaż zachęcamy rodziców do dzielenia się jak największą ilością informacji, czasami prosimy ich o chwilowe wstrzymanie się z omawianiem danego wątku, jeśli pytania dotyczące tego obszaru pojawiają się później w wywiadzie. Na przykład: To ważna kwestia. w tej chwili dokończmy rozmowę o _____, a do tego tematu wrócimy później”.

Wstrzymanie się z przekazywaniem porad i informacji do momentu podsumowania diagnozy

Czasami rodzice chcieliby uzyskać informacje lub porady dotyczące jąkania ich dziecka już na etapie wywiadu. Mogą zadawać bezpośrednie pytania o przyczyny jąkania, o to, czy dziecko z niego „wyrośnie”, jak powinni reagować na momenty jąkania itp. Zamiast odpowiadać na te pytania w trakcie sesji wywiadu, zapewniamy rodziców, że pod koniec spotkania będzie czas, aby powrócić do wszystkich ich wątpliwości. Zauważyliśmy, że rodzice chętniej przekazują nowe i istotne informacje, gdy odpowiedzi na ich pytania są odłożone na później. Natomiast gdy odpowiadamy na nie od razu, mogą stać się mniej otwarci w dalszym dzieleniu się swoimi obserwacjami. Ponadto porady udzielane rodzicom są trafniejsze po zakończeniu pełnego badania, a sami rodzice bywają bardziej otwarci na rekomendacje, gdy dokładniej rozumieją sytuację swojego dziecka.

Jąkanie

„Czy jest coś poza jąkaniem, co Państwa niepokoi?”

„Jeśli tak, co jest obecnie Państwa największym zmartwieniem?”

Rozmowę rozpoczynamy od zapytania rodziców, czy mają jakiegokolwiek inne obawy dotyczące dziecka, niezwiązane bezpośrednio z jąkaniem — na przykład dotyczące zdrowia, zachowania, funkcjonowania emocjonalnego lub ewentualnych opóźnień w innych obszarach rozwoju. Jeśli pojawiają się dodatkowe obawy, ważne jest ustalenie, co w danym momencie niepokoi rodziców najbardziej. Pomaga nam to

lepiej zrozumieć kontekst jąkania dziecka oraz to, jak wpisuje się ono w szersze priorytety i doświadczenia rodziny.

* Opis jąkania

„Co on dokładnie robi, kiedy się jąka?”

Jak wyjaśniliśmy wcześniej, niezwykle istotne jest zebranie informacji na temat jąkania dziecka bezpośrednio od rodziców, ponieważ poziom jąkania obserwowany podczas badania może nie być reprezentatywny. Chcemy uzyskać wgląd w typowe zachowania dziecka w warunkach domowych oraz w codzienne zmiany, które rodzice zauważają w jego mowie. Zachęcamy rodziców do jak najpełniejszego opisu jąkania swojego dziecka.

Chociaż wiemy, że rodzice zazwyczaj potrafią trafnie opisać cechy jąkania swojego dziecka, niektórzy z nich mogą oczekiwać bardziej szczegółowych pytań oraz przykładów ilustrujących różne rodzaje jąkania. Możemy więc dopytywać w następujący sposób: „Czy powtarza całe słowa, na przykład ale ale ale? Czy powtarza części słów, na przykład a-a-a-ale? Czy rozciąga dźwięki, na przykład mmmama? Czy zdarza się, że «zatrzymuje się» na dźwięku i przez chwilę nie może nic powiedzieć? Czy robi coś jeszcze z twarzą lub całym ciałem, kiedy się jąka?”

* Świadomość dziecka i jego reakcje na jąkanie

„Czy Pani/Pana zdaniem dziecko jest świadome swojego jąkania?”

„Czy się nim martwi?”

„Co sprawia takie wrażenie?”

„Czy jąkanie ma wpływ na dziecko?”

„W jaki sposób?”

„Czy zmienia lub unika jakichś słów?”

„W jakich sytuacjach?”

„Czy kiedykolwiek zrezygnowało z powiedzenia czegoś?”

„Czy robiło coś, próbując ukryć jąkanie?”

Oznaki świadomości jąkania:

- * zastanianie ust ręką
- * odwracanie wzroku
- * zatrzymywanie się i rozpoczynanie wypowiedzi od nowa
- * pociąganie za usta
- * wypowiedzi w rodzaju: „nie mogę tego powiedzieć”

Kluczowe jest ustalenie czy dziecko jest świadome swojego jąkania oraz jaki wpływ ma ono na jego komunikację i poczucie pewności siebie. Niektóre dzieci są świadome jąkania, ale nie przeszkadza im ono w istotnym stopniu, natomiast inne już od najmłodszych lat bardzo się nim przejmują i mogą z tego powodu zrezygnować z mówienia.

Pytamy rodziców, co sprawia wrażenie, że ich dziecko jest świadome jąkania i że je ono niepokoi. Dziecko może rezygnować z wypowiedzenia czegoś, komentować swoje trudności związane z mówieniem, a rodzice mogą zauważać niewerbalne oznaki świadomości jąkania, takie jak odwracanie wzroku czy ogólne wrażenie skrępowania. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że gdy dziecko jest świadome jąkania i zaczyna na nie reagować, zalecane jest podjęcie terapii.

* Strategie radzenia sobie z jąkaniami

„Czy wydaje się Państwu, że dziecko ma jakieś sposoby radzenia sobie z jąkaniami?”

Dziecko może już podejmować próby stosowania różnych strategii radzenia sobie z jąkaniami. Ważne jest rozpoznanie tych strategii oraz ocena, czy są one dla dziecka pomocne. Rodzice mogli nauczyć dziecko określonych sposobów radzenia sobie z jąkaniami lub dziecko mogło poznać niektóre strategie podczas wcześniejszych zajęć logopedycznych.

* Początek jąkania

„Kiedy dziecko zaczęło się jąkać?”

„Czy w tym czasie w jego życiu działo się coś szczególnego (na przykład zmiany w przedszkolu lub szkole, narodziny rodzeństwa, przeprowadzka rodziny, inne zmiany lub wydarzenia rodzinne)?”

„Czy jąkanie pojawiło się stopniowo czy nagle?”

„Czy od tego czasu uległo zmianie?”

„W jaki sposób?”

Istotne jest ustalenie, jak długo dziecko się jąka, a także jak jąkanie zmieniało się od momentu, gdy zostało po raz pierwszy zauważone, ponieważ informacje te pomagają w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego postępowania. Rodzice mogą mieć trudności z określeniem dokładnego momentu pojawienia się jąkania, zwłaszcza jeśli rozwijało się ono stopniowo. Poproszenie ich o powiązanie początku jąkania z wydarzeniami z życia dziecka — takimi jak rozpoczęcie przedszkola, wakacje rodzinne, narodziny rodzeństwa czy przeprowadzka — często pomaga w bardziej precyzyjnym określeniu tego okresu.

Jąkanie może pojawić się nagle i być nasilone już od samego początku, co bywa dla rodziców szczególnie niepokojące. W odniesieniu do zmian nasilenia jąkania w czasie ważne jest ustalenie, czy z biegiem czasu zmniejszyło się ono, pozostało na względnie stabilnym poziomie, czy też rodzice obserwują jego narastanie.

* Przyczyna jąkania

Rodzice często mają własne przemyślenia dotyczące możliwych przyczyn jąkania ich dziecka. Wielu z nich jeszcze przed spotkaniem diagnostycznym poszukuje informacji w Internecie. Nierzadko obwiniają samych siebie i wyrażają obawy, że trudne wydarzenie w życiu dziecka — takie jak przeprowadzka, pojawienie się nowego dziecka w rodzinie czy separacja rodziców — mogło spowodować pojawienie się jąkania. Ważne jest, aby rodzice mieli możliwość podzielenia się swoimi przemyśleniami, zmartwieniami i obawami dotyczącymi przyczyn jąkania. W związku z tym podczas podsumowania badania będziemy chcieli te obawy złagodzić. Trudne wydarzenie życiowe może zbiec się w czasie z okresem, w którym dziecko było bardziej podatne na pojawienie się jąkania. Dziecko mogło mieć predyspozycje do jąkania od samego początku, a dane wydarzenie mogło zadziałać jedynie jako „czynnik wyzwalający”. Jest bardzo prawdopodobne, że dziecko zaczęłoby się jąkać niezależnie od tego, czy dane wydarzenie miałoby

miejsce. Wiemy również, że wiele rodzin doświadcza podobnych sytuacji życiowych, a dzieci nie zaczynają się jąkać w ich następstwie. Rodzice mogą także zauważać, że jękanie dziecka nasila się w okresach takich wydarzeń życiowych. Choć wydarzenia te nie są przyczyną jękania, mogą wpływać na jego nasilenie. Na przykład w czasie przeprowadzki codzienne życie bywa bardziej zabiegane i mniej przewidywalne niż zwykle. Dziecko może czuć się bardziej podekscytowane lub niespokojne, a rodzice są często pochłonięci dodatkowymi obowiązkami. Wszystkie te czynniki mogą oddziaływać na jękanie. Dziecku może być trudniej dać sobie czas na zastanowienie się nad tym, co chce powiedzieć lub może ono być rozproszone swoimi emocjami i mieć trudność z koncentracją na wypowiedzi.

* Momenty, gdy dziecko jąka się bardziej lub mniej

„Kiedy dziecko jąka się najbardziej?”

„A kiedy jąka się najmniej?”

Dbając o uważny dobór języka, jakiego używamy do opisywania jękania, nie posługujemy się już określeniami „lepiej” i „gorzej” w rozmowach o jękanii dziecka. Zamiast tego prosimy rodziców, aby opisali, kiedy ich dziecko jąka się najbardziej, a kiedy najmniej. Niektórzy rodzice mają bardzo wyraźne obserwacje w tym zakresie. Często na przykład zgłaszają, że dziecko jąka się bardziej, gdy jest podekscytowane lub gdy spieszy się, aby wyjaśnić coś skomplikowanego. Inni rodzice natomiast nie zauważają żadnych szczególnych wzorców jękania u swojego dziecka. Czasami już samo zadanie tych pytań pozwala nam lepiej zrozumieć, jakie czynniki mogą wpływać na momenty nasilenia jękania oraz co może pomagać dziecku czuć się pewniej w komunikacji.

* Czy rozmawiają Państwo z dzieckiem o jękanii?

Niektórzy rodzice są bardzo otwarci w rozmowach o jękanii dziecka i potrafią mówić o nim rzeczowo. Inni obawiają się poruszania tego tematu, sądząc, że rozmowy o jękanii mogą je nasilić. Jak wspomniano wcześniej, pomagamy rodzicom zrozumieć, że otwarte mówienie o jękanii jest w porządku.

* Jak Państwo je nazywają?

Chcemy poznać określenia, których rodzice używają w odniesieniu do jękania: czy nazywają je jękaniiem, czy też posługują się innymi terminami, na przykład „mówieniem z przerwami”. Ponieważ zależy nam na wspieraniu otwartości, możemy omawiać z rodzicami sposoby mówienia o jękanii w terapii (patrz Załącznik XIX).

* Jak rodzice reagują na jękanie

„Co Pani/Pan robi lub mówi, gdy Pani/Pana dziecko się jąka?”

Rodzice:

Rodzeństwo:

„Jak dziecko reaguje na to, co Pani/Pan robi lub mówi?”

„Czy Pani/Pana zdaniem to pomaga?”

Pytamy każdego z rodziców, a także – jeśli to istotne – o zachowania rodzeństwa dziecka, dotyczące tego, co robią, aby pomóc dziecku, gdy się jąka. Pozwala nam to uzyskać obraz rodzaju informacji zwrotnych, jakie otrzymuje dziecko. Na wszystkie informacje przekazywane przez rodziców reagujemy w sposób akceptujący i nieoceniający. Niektórzy rodzice mogą udzielać dziecku rad, takich jak: „Zwolnij”, „Weź głęboki oddech”, „Zastanów się, co chcesz powiedzieć”. Inni mogą mówić, że nie wiedzą, jak

reagować, dlatego po prostu słuchają i starają się ignorować jąkanie. Każdy rodzic może reagować na jąkanie dziecka w inny sposób. Chcemy również wiedzieć, jak dziecko reaguje na to, co robi lub mówi rodzic w momentach jąkania. Pomaga nam to ocenić, czy dana reakcja jest dla dziecka pomocna, czy też warto rozważyć alternatywne sposoby reagowania. Nie istnieje jedna uniwersalna rada dotycząca tego, jak reagować na jąkanie dziecka. Wiemy na przykład, że u niektórych dzieci wskazówki takie jak „Weź głęboki oddech” mogą sprzyjać rozwojowi niepożądanych zachowań wtórnych, podczas gdy u innych przypomnienie, by nie spieszyły się z mówieniem, może okazać się pomocne. Na tym etapie wywiadu rodzice często chcą, abyśmy wskazali im najlepszy sposób reagowania. Chociaż – w miarę możliwości – zwracamy uwagę na wszystkie pomocne działania, które rodzice już podejmują, wszelkie porady będą trafniejsze po zakończeniu pełnej diagnozy i uzyskaniu pełniejszego zrozumienia sytuacji dziecka.

* Co wydaje się pomagać dziecku najbardziej?

Rodzice często intuicyjnie wiedzą, co jest najbardziej pomocne dla ich dziecka. Staramy się wydobyć te informacje, aby móc je wykorzystać i dalej rozwijać w terapii. Zazwyczaj odpowiedzi rodziców obejmują takie elementy jak brak pośpiechu, danie dziecku czasu na zastanowienie się nad tym, co chce powiedzieć, nieprzerywanie mu oraz spędzanie z nim indywidualnego czasu. Często przekazujemy rodzicom informacje zwrotne na temat ich własnych pomysłów pod koniec sesji wywiadu, podczas podsumowania badania (patrz rozdział 6), aby potwierdzić, że to, co już robią, jest dla dziecka pomocne.

* „Wiem, że pomaga, gdy poświęcam mu czas sam na sam.”
 * „Mówię dość szybko, więc staram się zwolnić, kiedy z nim rozmawiam.”
 * „Czasami mówię: ojej, to było trochę trudne do powiedzenia.”

Tabela 5.5 Wyniki skali Palin PRS

Wyniki Palin PRS	Rodzic/Opiekun 1	Rodzic/Opiekun 2
Wpływ jąkania na dziecko		
Nasilenie jąkania i wpływ na rodziców		
Wiedza i pewność siebie rodziców		

Przed pełną diagnozą prosimy rodziców o wypełnienie Skali Palin PRS (Millard i Davis, 2016). Nierzadko zdarza się, że każdy z rodziców w odmienny sposób ocenia jąkanie dziecka oraz własny poziom zaniepokojenia. Na tym etapie wywiadu informujemy rodziców o uzyskanych przez nich wynikach.

Na przykład:

„Przeanalizowaliśmy Pana odpowiedzi w Skali Palin PRS. Ocenił Pan wpływ jąkania na X jako niski, natomiast nasilenie jego jąkania oraz wpływ na Pana jako wysoki. z kolei Pana wiedza i pewność siebie w zakresie wspierania X zostały ocenione jako niskie”.

Chcemy również sprawdzić, czy rodzice zgadzają się z tym, że uzyskane wyniki trafnie odzwierciedlają ich myśli i uczucia. Wpływ jąkania na dziecko i rodziców, a także poziom wiedzy i pewności siebie rodziców w zakresie wspierania dziecka, są najważniejszymi czynnikami brany pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu lub odroczeniu terapii małych dzieci z jąkaniem. z naszego doświadczenia wynika, że gdy rodzice są zaniepokojeni, a jąkanie dziecka ma na nich wyraźny wpływ, terapia jest wskazana. Jeśli rodzic doświadcza negatywnych myśli i uczuć związanych z jąkaniem dziecka, dziecko może przejmować

te obawy i niepokoje, co zwiększa ryzyko rozwijania przez nie własnych negatywnych reakcji. Kwestionariusz Palin PRS (Millard i Davis, 2016) jest powtarzany w określonych momentach terapii w celu monitorowania ewentualnych zmian w ocenach rodziców.

* Wcześniejsza terapia i oczekiwania

„Czy Państwa dziecko wcześniej uczestniczyło w terapii? Co się wtedy wydarzyło? Czego się Państwo nauczyli?”

„Czego oczekują Państwo od dzisiejszego spotkania?”

Chcemy dowiedzieć się, czy rodzice otrzymali wcześniej wsparcie logopedyczne lub inną formę pomocy. Pozwala nam to lepiej zrozumieć dotychczasowe doświadczenia zarówno rodziców, jak i dziecka, a także to, jaką wiedzę posiadają na temat jąkania oraz tego, co może być pomocne. Równie istotne jest poznanie oczekiwań rodziców wobec terapii. Może to ujawnić nierealistyczne nadzieje lub przekonania, które będą wymagały omówienia i uporządkowania pod koniec wywiadu.

Komunikacja

„Czy dziecko ma jakieś inne trudności w zakresie komunikacji, mowy lub języka?”

„Czy mówi na poziomie porównywalnym z innymi dziećmi w tym samym wieku?”

„Czy mówi wyraźnie?”

„Jakie jest jego tempo mowy?”

Chociaż podczas badania dziecka zgromadziliśmy już informacje dotyczące mowy, języka oraz umiejętności komunikacyjnych, istotne jest również poznanie perspektywy rodziców. Pytamy ich między innymi o ocenę tempa mowy dziecka. Jest to oczywiście miara subiektywna, jednak rodzice często intuicyjnie zauważają, że dziecko bywa skłonne do nadmiernego przyspieszania mówienia, zwłaszcza w sytuacjach ekscytacji. Zdarza się, że badanie nie wykazuje opóźnień w rozwoju mowy, języka ani umiejętności komunikacyjnych dziecka, podczas gdy rodzice nadal odczuwają niepokój, obserwując dziecko w codziennych sytuacjach. w takich przypadkach konieczne może być uspokojenie rodziców co do prawidłowego rozwoju dziecka lub – jeśli jest to zasadne – przeprowadzenie bardziej szczegółowej oceny mowy, języka i kompetencji komunikacyjnych. Trudności, których doświadcza dziecko, mogą mieć bowiem subtelny charakter i nie zawsze zostają uchwycone podczas wstępnego badania przesiewowego. w niektórych przypadkach rodzice postrzegają umiejętności językowe swojego dziecka jako bardziej zaawansowane niż u rówieśników i zwracają uwagę, że próby posługiwania się przez dziecko bardziej złożonym i wymagającym językiem mogą wpływać na nasilenie jąkania.

* Dwujęzyczność / wielojęzyczność

„Czy Pani/Pana dziecko posługuje się więcej niż jednym językiem?”

„Jakimi językami mówi się w domu i kto ich używa?”

„Jak długo Pani/Pana dziecko posługuje się tymi językami?”

„Czy mówi tak dobrze po _____ (języki używane w domu) jak inne dzieci w tym samym wieku?”

„Który język jest obecnie jego preferowanym językiem?”

„Czy zauważają Państwo różnice w jąkaniu dziecka w poszczególnych językach?”

W przypadku dzieci wychowujących się w środowiskach dwujęzycznych lub wielojęzycznych istotne jest ustalenie, jakimi językami dziecko posługuje się w domu. Rodzice często zauważają, że jąkanie ich dziecka różni się w zależności od używanego języka. Rodzice czasami wyrażają obawy, że posługiwanie się dwoma językami w domu mogło spowodować, iż dziecko zaczęło się jąkać. Inni rozważają wprowadzenie kolejnego języka lub zwiększenie ekspozycji dziecka na język ojczysty, ale nie są pewni, czy jest to właściwe w sytuacji, gdy dziecko się jąka. Podczas podsumowania wyników diagnozy konieczne jest odniesienie się do tych obaw oraz udzielenie rodzicom odpowiednich wskazówek. Szczególnie ważne jest, aby dziecko uczące się i posługujące się więcej niż jednym językiem nie zostało błędnie zdiagnozowane z powodu większej częstości zwykłych nie płynności mowy, które są typowe w procesie nabywania drugiego języka. Informacje uzyskane od rodziców, a także próbki wypowiedzi zebrane podczas badania dziecka, pomagają nam odróżnić jąkanie od zwykłych nie płynności występujących w trakcie nauki kolejnego języka.

Zdrowie i rozwój dziecka

* Zdrowie

„Jak oceniają Państwo ogólny stan zdrowia dziecka?”

Zdarza się, że w momencie oceny rodzice są bardziej zaniepokojeni stanem zdrowia dziecka niż samym jąkaniem. Jeśli zostaną zidentyfikowane problemy zdrowotne, konieczne jest zrozumienie, jaki mogą one mieć wpływ na dziecko oraz na funkcjonowanie całej rodziny. Rodzice często zauważają również, że jąkanie dziecka nasila się w okresach choroby.

* Słuch

„Czy kiedykolwiek martwił/a się Pan/Pani o jego słuch?”

„Czy dziecko kiedykolwiek miało wykonywane badanie słuchu?”

Niektóre pytania zadawane podczas sesji wywiadu są takie same jak te, które rutynowo pojawiają się we wstępnym badaniu logopedycznym. Pytamy rodziców o słuch dziecka, w tym o ewentualne wcześniejsze badania i ich wyniki. w większości przypadków badania słuchu zostały już przeprowadzone, jednak jeśli rodzice wyrażają zaniepokojenie, a słuch dziecka nie był dotąd oceniany, zalecamy skierowanie dziecka na odpowiednie badanie audiologiczne.

* Koncentracja

„Jak wygląda koncentracja dziecka?”

„Czy potrafi utrzymać uwagę w obecności bodźców rozpraszających?”

„Czy potrafi usiedzieć w miejscu?”

„Czy jest nadmiernie ruchliwe lub niespokojne?”

Prosimy rodziców o komentarz dotyczący zdolności dziecka do koncentracji. Jeśli rodzice uważają, że dziecko ma trudności z utrzymaniem uwagi w porównaniu z rówieśnikami, pomocne jest również ustalenie, czy podobne obawy pojawiają się w przedszkolu lub szkole. Poziom koncentracji dziecka obserwujemy także podczas badania diagnostycznego. Zdolność dziecka do skupienia uwagi może wpływać na podejmowane decyzje kliniczne – na przykład na moment rozpoczęcia bezpośredniej pracy

terapeutycznej z dzieckiem. w niektórych przypadkach może być wskazane odroczenie takiej pracy do czasu, gdy dziecku łatwiej będzie siedzieć spokojnie i utrzymywać uwagę podczas aktywności prowadzonych przez dorosłego.

* Koordynacja ruchowa

„Jak oceniają Państwo jego/jej koordynację ruchową?”

Chociaż koordynacja ruchowa dziecka jest obserwowana podczas badania diagnostycznego, istotne jest również poznanie perspektywy rodziców. Jeśli zgłaszają oni konkretne obawy dotyczące motoryki dużej lub małej dziecka, lub jeśli trudności zostaną zidentyfikowane w trakcie badania, może być konieczne skierowanie dziecka na dalszą diagnozę oraz wsparcie do fizjoterapeuty lub terapeuty zajęciowego.

Jedzenie i sen

* Jedzenie

„Czy występują trudności związane ze spożywaniem posiłków lub porami jedzenia? Jeśli tak, to jakie?”

„Jak obecnie radzą sobie Państwo z tymi trudnościami?”

„Czy oboje rodzice zgadzają się co do stosowanych sposobów?”

„Co wydaje się najbardziej pomocne?”

Pytamy o nawyki żywieniowe dziecka z dwóch powodów. Po pierwsze, jeśli dziecko doświadcza trudności fizycznych związanych z żuciem lub połykaniem albo jest bardzo nieostrożne podczas jedzenia, może to wskazywać na problemy w zakresie motoryki narządów mowy. Po drugie, jedzenie i pory posiłków mogą stać się źródłem konfliktu między rodzicem a dzieckiem, a także istotnym czynnikiem stresu i zmartwień dla rodziców.

* Sen

„Jak wygląda kwestia snu?”

„O której godzinie dziecko kładzie się spać i o której się budzi?”

„Czy przesympia całą noc?”

„Czy śpi we własnym łóżku?”

„Czy Pani/Pana zdaniem śpi wystarczająco dużo?”

Wielu rodziców zauważa, że ich dzieci mniej się jękają, gdy są dobrze wypoczęte. Potrzebujemy zatem szczegółowych informacji na temat rutyny snu, aby móc ocenić, czy dziecko śpi wystarczająco długo i regularnie. Rodzice mogą zgłaszać trudności związane z zasypianiem dziecka, na przykład niechęć do chodzenia spać lub trudności z pozostawaniem we własnym łóżku. Często sami rodzice są wówczas przemęczeni z powodu zaburzonego snu dziecka, co może utrudniać im radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami w ciągu dnia.

Osobowość

„Jak opisał(a)by Pan/Pani osobowość swojego dziecka?”

„Czy Pani/Pana zdaniem dziecko jest pogodne?”

„Czy opisał(a)by Pan/Pani je jako dziecko nieśmiałe lub wycofane, czy raczej nie?”

„Jak radzą sobie Państwo z tymi cechami?”

„Czy powiedział(a)by Pan/Pani, że jest wrażliwe, czy raczej nie?” (proszę o przykłady)

„Jak radzą sobie Państwo z tą wrażliwością?”

„Jak dziecko reaguje, gdy coś mu się nie uda lub gdy popełni błąd?” (proszę o przykłady)

„Jak Państwo na to reagują?”

„Czy dziecko lubi być chwalone?”

„Czy jest to dziecko, które dużo się martwi, czy raczej nie?” (proszę o przykłady)

„Jak Państwo sobie z tym radzą?”

„Czy łatwo się denerwuje, czy raczej nie?” (proszę o przykłady)

„Jak Państwo reagują w takich sytuacjach?”

„Czy ma porywczy temperament?”

„Jeśli tak, w jaki sposób go okazuje?”

„Jakie sytuacje to wyzwala?”

„Czy są to na przykład trudności szkolne?”

„Jak radzą sobie Państwo z takimi sytuacjami?”

„Czy opisałiby Państwo swoje dziecko jako impulsywne?”

„Czy jest to dziecko, które lubi rutynę?”

„Jak radzi sobie ze zmianami, nowymi miejscami i nowymi doświadczeniami?”

„Jak radzi sobie z rozwijaniem samodzielności?”

W przypadku dzieci opisywanych jako emocjonalnie reaktywne zadajemy dodatkowe pytania, takie jak:

„Jak szybko potrafi się uspokoić, na przykład po zdenerwowaniu się, utracie panowania nad sobą, popełnieniu błędu lub zmianie w rutynie?”

„Do kogo jest bardziej podobne?”

Temperament dziecka może odgrywać istotną rolę w tym, jak reaguje ono na jąkanie i jak sobie z nim radzi. Dziecko, które z natury ma skłonność do zamartwiania się, jest bardzo wrażliwe lub stawia sobie wysokie wymagania, może częściej zauważać swoje jąkanie i reagować na nie w sposób bardziej negatywny. Może silniej przeżywać momenty trudności i odczuwać większą presję. Dziecko wrażliwe może być również bardziej wyczulone na niepokój rodziców związany z jego mową, co z kolei może wpływać na jego własne reakcje na jąkanie. Jeśli rodzice opisują swoje dziecko jako emocjonalnie reaktywne – na przykład jako takie, które łatwo się denerwuje, silnie reaguje na popełnione błędy lub źle znosi zmiany w rutynie – zadajemy dodatkowe pytania, aby ustalić, jak łatwo dziecko potrafi regulować swoje emocje i wracać do równowagi. Staramy się również zrozumieć, w jaki sposób rodzice reagują na te bardziej wymagające aspekty temperamentu dziecka. Wiemy, że różne strategie rodzicielskie są

bardziej skuteczne w przypadku dzieci o określonych temperamentach, a sposób reagowania rodziców może łagodzić trudne cechy temperamentu dziecka. Temperament dziecka, wraz z emocjami, których doświadcza ono w związku z jękaniami, stanowi ważny czynnik w planowaniu terapii. Rozpoczynamy od poproszenia rodziców o opisanie osobowości dziecka własnymi słowami. Następnie korzystamy z listy pytań pomocniczych, aby zebrać bardziej szczegółowe informacje. Na przykład: „Czy powiedział(a)by Pan/Pani, że jest wrażliwe, czy raczej nie?“, „Czy jest typem dziecka, które dużo się martwi?“, „Czy lubi być chwalone?“. z naszego doświadczenia wynika, że rodzice często opisują swoje dzieci jako bardzo wrażliwe, skłonne do zamartwiania się lub perfekcjonistyczne. Uwzględniamy również pytania dotyczące napadów złości, sytuacji, które zazwyczaj je wywołują, oraz sposobów, w jakie rodzice sobie z nimi radzą. Pytamy także o rutynę, ponieważ nasze doświadczenie pokazuje, że niektóre dzieci lepiej funkcjonują w warunkach przewidywalności i poczucia bezpieczeństwa, jakie daje stała rutyna, natomiast mają trudności, gdy jej brakuje. Zdarza się, że jękanie nasila się w okresach zaburzenia rutyny, na przykład podczas wakacji. u niektórych dzieci potrzeba rutyny może przyjmować formę zachowań „rytualnych”, takich jak domaganie się sztywnego scenariusza wydarzeń lub określonego układu przedmiotów. Jeśli takie zachowania są nasilone, mogą wskazywać na leżący u ich podłoża lęk lub inne trudności, co może wymagać dalszej diagnostyki lub dodatkowego wsparcia. Na koniec pytamy również, do kogo dziecko jest podobne, aby lepiej zrozumieć ewentualne podobieństwa temperamentalne między dzieckiem a rodzicami.

Radzenie sobie z zachowaniem dziecka

„Co robią Państwo, gdy dziecko zachowuje się niewłaściwie?”

„Czy oboje reagują Państwo w podobny sposób? Czy są Państwo konsekwentni?”

„Jak dziecko na to reaguje?”

„Czy jest obecnie coś, z czym szczególnie trudno sobie Państwu poradzić?”

Rodzice stosują różne style i metody radzenia sobie z zachowaniem dziecka, ukształtowane przez ich własne doświadczenia z dzieciństwa, a także przez normy kulturowe i oczekiwania. Nie oceniamy tych metod, o ile są one zgodne z prawem. Istotne jest poznanie strategii stosowanych przez rodziców oraz ustalenie, czy doświadczają oni trudności w tym obszarze. Opiekunowie mogą obawiać się, że sposób radzenia sobie z zachowaniem dziecka nasila jego jękanie. Niektórzy mają poczucie utknięcia w niekorzystnym wzorcu interakcji z dzieckiem, który postrzegają jako niepomocny, na przykład w kontekście pory snu. Jeśli w domu rodzinnym często występują trudności związane z regulacją zachowania, mogą one wpływać na jękanie dziecka. w takich sytuacjach terapia może obejmować wsparcie rodziców w zakresie radzenia sobie z zachowaniem dziecka, a w razie potrzeby może być również wskazane skierowanie rodziny do innych instytucji oferujących specjalistyczną pomoc w tym obszarze.

Relacje społeczne dziecka

„Jak Pani/Pana dziecko dogaduje się z innymi dziećmi?”

„Czy ma przyjaciół?”

„Czy spotyka się z nimi po przedszkolu lub szkole?”

„Czy kiedykolwiek mu dokuczano lub było nękanie?”

„Czy wdaje się w bójki?”

Relacje dziecka z rówieśnikami dostarczają istotnych informacji na temat jego osobowości oraz umiejętności społecznych. Ważne jest również ustalenie czy jąkanie wpływa na te relacje. Doświadczenia takie jak dokuczanie czy nękanie mogą zwiększać świadomość jąkania u dziecka oraz nasilać jego niepokój związany z mówieniem. w takich przypadkach istotne jest poznanie tego, w jaki sposób dziecko, rodzice oraz przedszkole lub szkoła radzą sobie z tymi sytuacjami.

„Imiona i wiek braci i siostr”

„Jak układają się ich relacje?”

Rywalizacja między rodzeństwem jest zjawiskiem powszechnym i sama w sobie nie powinna budzić niepokoju. Pomocne jest jednak poznanie relacji dziecka z rodzeństwem oraz ustalenie czy dziecko nie wywiera na siebie presji (a tym samym na swoją mowę), na przykład poprzez rywalizację ze starszym rodzeństwem lub próby „nadążania” za bardzo sprawnym młodszym bratem czy siostrą. Wiemy również, że jąkanie jednego dziecka może wpływać także na jego rodzeństwo.

„Jak dziecko radzi sobie podczas rozmów rodzinnych?”

Podczas badania dziecka obserwujemy jego zachowania związane z zabieraniem głosu, natomiast w trakcie wywiadu zwracamy również uwagę na to, w jaki sposób rodzice zarządzają kolejnością wypowiedzi. Warto zapytać rodziców o wzorce komunikacyjne w domu, zwłaszcza o to, jak przebiegają rozmowy, gdy cała rodzina jest razem. Chociaż zdajemy sobie sprawę, że w każdej interakcji rodzinnej pojawiają się momenty przerywania, nakładania się wypowiedzi i rywalizacji o głos, chcemy ustalić, w jakim stopniu – zdaniem rodziców – zjawiska te występują w ich rodzinie. Pozwala to zdecydować czy warto odnieść się do tego obszaru w terapii, aby wspierać mowę dziecka.

Historia jąkania w rodzinie

„Czy rodzice lub inni członkowie rodziny kiedykolwiek się jękali?”

„Czy nadal się jękają?”

„Czy uczestniczyli w terapii?”

„Jeśli tak, jaki był jej rezultat?”

Pytania te były już zadawane podczas badania przesiewowego i są teraz powtarzane, ponieważ rodzic, który wcześniej nie miał wiedzy o przypadkach jąkania w rodzinie, mógł w międzyczasie uzyskać dodatkowe informacje. Prosimy rodziców, aby spojrzeli na rodzinę w szerszej perspektywie i zastanowili się, czy wiedzą o jakichkolwiek przypadkach jąkania u rodziców, dziadków, rodzeństwa, siostrzeńców, siostrzeńców lub kuzynów. Jeśli takie przypadki występowały, warto dowiedzieć się, czy jąkanie miało charakter utrwalony, czy też ustąpiło z czasem. Czasami uzyskanie tych informacji bywa trudne, na przykład, gdy dziecko zostało adoptowane i szczegóły dotyczące rodziców biologicznych nie są znane, albo gdy rodzice rozstali się i informacje o drugim rodzicu lub dalszej rodzinie nie są dostępne. Podczas wywiadu rodzic może również podać, że sam się jąka lub jąkał się w dzieciństwie. Jest to szczególnie istotne, ponieważ doświadczenia i postawa rodzica wobec własnego jąkania mogą wpływać na to, jak przeżywa on jąkanie dziecka oraz jak sobie z nim radzi. Na przykład:

- * Rodzic, który nigdy nie rozmawiał o swoim jękananiu, może mieć trudności ze zrozumieniem, dlaczego warto otwarcie mówić o jękananiu dziecka. z drugiej strony, rodzic może uznawać rozmowę z dzieckiem o jego jękananiu za coś zupełnie naturalnego, nawet jeśli sam nie mówi otwarcie o własnych doświadczeniach.
- * Rodzic z jękananiem może akceptować własne jękanie i uważać, że równie ważne jest, aby dziecko również je zaakceptowało. Taki rodzic może nie odczuwać potrzeby podejmowania interwencji terapeutycznej.
- * Rodzic z jękananiem może mieć trudne wspomnienia, na przykład związane z dokuczaniem, co może prowadzić do większego niepokoju o dziecko, wynikającego z jego własnych doświadczeń.
- * Informacje na temat wcześniejszych doświadczeń rodziców z terapią logopedyczną są również bardzo istotne i mogą wpływać na ich oczekiwania wobec terapii dziecka. Na przykład rodzic może mieć bardzo pozytywne doświadczenia i uważać, że dzięki terapii przestał się jąkać. z drugiej strony może być nieufny wobec terapii logopedycznej z powodu negatywnych doświadczeń, presji na mówienie płynnie lub poczucia braku skuteczności wcześniejszego wsparcia.
- * Rodzic, który się jąka, może odczuwać poczucie winy, będąc przekonanym, że to on spowodował jękanie dziecka.
- * Jeśli rodzic już się nie jąka, może uważać, że jękanie dziecka również będzie przejściowe, co może wpływać na jego stosunek do terapii.
- * Możliwe jest również, że zauważymy u rodzica niepełności mowy, mimo że nie opisuje on siebie jako osoby jąkającej się. Ponieważ nie istnieje jednoznaczna granica pomiędzy mówieniem płynnym a jękananiem, od której stawia się diagnozę, rodzic może postrzegać siebie jedynie jako niepewnego mówcę lub nie zdawać sobie sprawy ze swojego jękania. Nie jest rolą terapeuty etykietowanie dorosłych, dlatego w takich sytuacjach odnotowujemy wzorce mowy rodziców wyłącznie na własne potrzeby kliniczne.

Możliwe jest również, że zauważymy u rodzica niepełności mowy, mimo że nie opisuje on siebie jako osoby jąkającej się. Ponieważ nie istnieje jednoznaczna granica pomiędzy mówieniem płynnym a jękananiem, od której stawia się diagnozę, rodzic może postrzegać siebie jedynie jako niepewnego mówcę lub nie zdawać sobie sprawy ze swojego jękania. Nie jest rolą terapeuty etykietowanie dorosłych, dlatego w takich sytuacjach odnotowujemy wzorce mowy rodziców wyłącznie na własne potrzeby kliniczne.

Relacje w rodzinie

„Jak długo są Państwo w związku / związku małżeńskim?”

„Czy w tym czasie zdarzały się okresy separacji?”

„Jeśli tak, proszę opisać, co się wydarzyło.”

„Jak Państwa dziecko radziło sobie z tymi zmianami?”

„Jak opisaliby Państwo siebie jako parę?”

Pytamy rodziców o ich relację, aby dowiedzieć się, czy w domu występują nieporozumienia lub konflikty, które mogą mieć wpływ na dziecko. Logopedzi często wyrażają obawy przed zadawaniem tego typu pytań, uznając je za bardzo delikatne lub emocjonalnie trudne. z naszego doświadczenia wynika jednak, że gdy terapeuci rozumieją uzasadnienie tych pytań, czują się pewniej w ich zadawaniu. Zapewniamy również logopedów, że przebieg wywiadu jest zaplanowany w taki sposób, aby pytania dotyczące relacji

rodzinych pojawiały się w drugiej połowie rozmowy – w momencie, gdy relacja terapeutyczna została już nawiązana, a rodzice rozumieją, że zadajemy szeroki zakres pytań, aby lepiej poznać dziecko w kontekście funkcjonowania całej rodziny. Niektórzy rodzice mogą łączyć moment pojawienia się jąkania dziecka z okresem trudnym dla ich związku lub z jego rozpadem. W takich sytuacjach ważne jest uspokojenie rodziców i podkreślenie, że sama trudność w relacji nie spowodowała jąkania dziecka. Dziecko mogło być podatne na rozwój jąkania od samego początku, na przykład ze względu na historię występowania jąkania w rodzinie, a początek jąkania mógł jedynie zbiec się w czasie z trudnym okresem w jego życiu.

Jeśli w relacji rodziców występują istotne trudności, może to mieć znaczenie przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu terapii. W takich przypadkach zasadne może być również zaproponowanie rodzicom skorzystania z poradnictwa rodzinnego lub partnerskiego.

Rodzice samotni wychowujący dzieci

„Czy dziecko ma kontakt z drugim rodzicem, a jeśli tak, to jaki?”

„Czy ktoś z Państwa stworzył nowy związek?”

„Jak Państwa dziecko czuje się w obecnej sytuacji?”

„Czy ma Pani/Pan w związku z tym jakieś obawy?”

W przypadku rodzin niepełnych zbieramy informacje dotyczące kontaktu dziecka z drugim rodzicem oraz charakteru tej relacji. Ustalamy, kto sprawuje władzę rodzicielską oraz czy pojawiają się trudności związane z opieką lub kontaktami. Istotne jest również określenie, czy któryś z rodziców rozpoczął nowy związek oraz jaki wpływ ma to na dziecko. Dążymy do włączenia obojga rodziców w proces diagnozy i – jeśli jest to konieczne – możemy zaplanować oddzielne sesje wywiadu dla każdego z rodziców, aby umożliwić każdemu z nich udział w tym procesie.

Przedszkole lub szkoła

„Jak Pani/Pana dziecko poradziło sobie z rozpoczęciem przedszkola lub szkoły?”

„Czy ma Pani/Pan jakieś obawy związane z jego uczęszczaniem do przedszkola/szkoły?”

„Czy planują Państwo jakieś zmiany?”

„Jakie informacje zwrotne otrzymują Państwo od personelu przedszkola lub szkoły?”

„Czy Państwa zdaniem dziecko potrzebuje dodatkowego wsparcia?”

„Czy dziecko objęte jest jakimś programem indywidualnym (np. nauczaniem indywidualnym)?”

„Czy nauczyciele są zaniepokojeni jąkaniem dziecka?”

„Jak nauczyciele reagują, gdy dziecko się jąka?”

Środowisko przedszkolne lub szkolne może mieć istotny wpływ na jąkanie dziecka, dlatego ważne jest ustalenie, jak dobrze radzi ono sobie z wymaganiami społecznymi, edukacyjnymi i behawioralnymi. Jeśli dziecko doświadcza trudności w sprostaniu wymaganiom edukacyjnym na wczesnym etapie nauki, może to wskazywać na potrzebę dalszej, pogłębionej oceny. Potrzebujemy również informacji na temat sposobu, w jaki nauczyciele reagują na mowę dziecka. Personel placówki może mieć wcześniejsze

doświadczenia z jękaniami i zakładać, że dziecko „z tego wyrośnie”. Warto ustalić, czy rodzice mają jakiegokolwiek obawy dotyczące sposobu, w jaki przedszkole lub szkoła radzą sobie z jękaniami dziecka. w razie potrzeby zasadne może być skontaktowanie się bezpośrednio z przedszkolem lub szkołą w celu omówienia tej kwestii (patrz rozdział 9 w części poświęconej innym strategiom).

Historia rozwoju dziecka

„Czy wystąpiły jakiegokolwiek komplikacje podczas ciąży lub porodu?”

„Czy dziecko urodziło się w terminie?” „Jaka była jego masa urodzeniowa?”

„Czy wystąpiły jakiegokolwiek trudności w karmieniu lub inne komplikacje?”

„Czy pojawiły się jakiegokolwiek trudności w okresie niemowlęcym?”

„Kiedy dziecko zaczęło chodzić?”

„Kiedy dziecko wypowiedziało swoje pierwsze słowo?”

„Kiedy dziecko zaczęło wypowiadać pierwsze proste zdania?”

„Kiedy zaczęło korzystać z nocnika lub toalety?”

„Czy dziecko miało jakiegokolwiek inne trudności rozwojowe?”

Ta część wywiadu składa się ze standardowych pytań zawartych w formularzu stosowanym podczas diagnozy logopedycznej.

Jeśli rodzice zgłaszają jakiegokolwiek trudności, które wystąpiły w czasie ciąży lub porodu, może być konieczne rozważenie, czy miały one wpływ na późniejsze funkcjonowanie rodziców, na przykład w postaci nadopiekuńczości lub odmiennego traktowania dziecka w porównaniu z jego rodzeństwem.

W przypadku zgłaszanych wczesnych trudności z karmieniem warto rozważyć możliwość występowania problemów w zakresie motoryki oralnej oraz uwzględnić stres, jakiego mogą doświadczać rodzice, gdy karmienie lub jedzenie stanowi dla dziecka wyzwanie.

Pytamy również o kamienie milowe rozwoju mowy i języka. Rodzice często łączą pojawienie się i rozwój jękania z wczesnym rozwojem językowym dziecka. Pomocne jest ustalenie czy dziecko początkowo późno zaczęło mówić, a następnie pojawiło się jękanie. u niektórych dzieci rozwój językowy rozpoczyna się później, lecz następnie postępuje bardzo szybko, co może zbiegać się w czasie z początkiem jękania. Wiele dzieci zaczyna mówić wcześnie, a jękanie pojawia się w momencie, gdy zaczynają używać bogatszego słownictwa i dłuższych, bardziej złożonych zdań.

Pytamy także o moment, w którym dziecko nauczyło się korzystać z nocnika lub toalety, mając na uwadze, że – w zależności od wieku – może ono nie być jeszcze w pełni samodzielne w tym zakresie. Może to stanowić źródło stresu zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców oraz wskazywać na potrzebę dodatkowego wsparcia. Jeśli dziecko wykazuje oznaki opóźnień rozwojowych, może być konieczne skierowanie go do pediatry w celu dalszej diagnostyki.

Zwykle kończymy wywiad, pytając rodziców, czy jest jeszcze coś, co powinniśmy wiedzieć o ich dziecku, a co nie zostało dotychczas omówione lub czy istnieją inne obawy, które nie zostały poruszone.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Studium przypadku

Podczas wywiadu rodzice Ishana opowiedzieli, że gdy chłopiec się jąka, powtarza całe słowa oraz ich fragmenty, przedłuża dźwięki i często zacina się na słowach. Zauważyli, że w momentach zacina się na twarzy Ishana pojawia się napięcie, gdy usiłuje wypowiedzieć słowo, a czasami rezygnuje, mówiąc: „nie mogę tego powiedzieć”. Wyjaśnili również, że zaczyna się tym denerwować i pyta ich, co jest nie tak z jego mówieniem. Dodali, że próbowali mu pomóc, udzielając rad takich jak: „zwolnij”, „weź głęboki oddech” czy „zastanów się, co chcesz powiedzieć”, jednak nie byli pewni, czy rzeczywiście było to dla niego pomocne. Mama Ishana powiedziała, że bardzo martwi się jego jękaniem. Wspomniała, że jej mąż oraz inni członkowie rodziny próbowali ją uspokajać, mówiąc, że Ishan „z tego wyrośnie”. Ponieważ jednak – jak to określiła – sytuacja się „pogarszała”, a od pojawienia się jękania minął już ponad rok, zdecydowała się skierować syna na terapię logopedyczną. Ojciec Ishana był mniej zaniepokojony, jednak przyznał, że zaczyna się martwić, ponieważ jękanie zaczynało wyraźnie wpływać na Ishana. Oboje rodzice zauważyli, że Ishan jąka się mniej, gdy w domu panuje spokój oraz gdy rozmawia z nimi indywidualnie, „jeden na jeden”. Zazwyczaj jąka się bardziej, gdy jest podekscytowany i mówi szybko, a także wtedy, gdy cała rodzina jest razem i Ishan rywalizuje o głos z rodzeństwem. Ishan jest najmłodszym dzieckiem w pięcioosobowej rodzinie, a jego rodzice podkreślają, że w domu zawsze było dużo ruchu i że wszyscy mają tendencję do mówienia jednocześnie.

Oceny na skali Palin PRS:

	Wpływ jękania na Ishana	Nasilenie jękania Ishana i jego wpływ na rodziców	Wiedza rodziców i pewność w zakresie wspierania Ishana
Mama	Wysoki	Wysokie	Niska
Tato	Umiarkowany	Niskie	Niska

Oboje rodzice ocenili, że jękanie Ishana ma na niego wpływ. Matka Ishana oceniła ten wpływ jako wysoki, natomiast ojciec – jako umiarkowany. Matka była bardziej zaniepokojona jękaniem syna i oceniła zarówno jego nasilenie, jak i wpływ jękania na siebie samą jako wysoki. Ojciec Ishana ocenił natomiast nasilenie jękania syna oraz jego wpływ na siebie jako niski. Ani matka, ani ojciec Ishana nie czuli się pewnie w zakresie swojej wiedzy na temat jękania ani tego, jak najlepiej wspierać syna. Ojciec Ishana chciał wiedzieć, czy – w naszej profesjonalnej opinii – Ishan „z tego wyrośnie”, czy też na tym etapie potrzebuje wsparcia logopedycznego. w domu rodzina posługuje się językiem gudżarati i angielskim, a matka Ishana martwiła się, że jękanie mogło pojawić się dlatego, że od najmłodszych lat uczył się obu języków. Rodzice powiedzieli, że chociaż Ishan dobrze rozumie gudżarati, zarówno on, jak i jego rodzeństwo wolą rozmawiać po angielsku – zarówno w domu, jak i między sobą. Zastanawiali się, czy powinni nadal mówić do niego w języku gudżarati, czy ograniczyć się wyłącznie do języka angielskiego. Nie byli zaniepokojeni jego ogólnymi umiejętnościami językowymi, uważali jednak, że często spieszy się z mówieniem, aby móc się wypowiedzieć. Mówili, że czasami sprawia wrażenie, jakby „próbował wymyślić, co

chce powiedzieć dopiero w trakcie mówienia”. Rodzice zgodnie opisali Ishana jako grzecznego i troskliwego chłopca. Powiedzieli, że jest dobrze wychowany i nie sprawia trudności wychowawczych. Chociaż jest najmłodszym dzieckiem w rodzinie, rywalizuje ze swoim rodzeństwem i stara się dotrzymać mu kroku mimo różnicy wieku. Zauważyli również, że w środowisku domowym jest pewny siebie, natomiast w przedszkolu bywa cichy i częściej bawi się sam niż z innymi dziećmi. Rodzice martwili się, jak poradzi sobie po rozpoczęciu nauki w szkole. Ich zdaniem Ishan jest wrażliwym chłopcem i staje się coraz bardziej świadomy swojego jąkania. Mama Ishana obawiała się także, że chłopiec przejmie jej własny niepokój związany z jego mową, i chciała dowiedzieć się, jak najlepiej sobie z tym poradzić. W wywiadzie rodzinnym rodzice Ishana nie wskazali żadnych przypadków jąkania w rodzinie.

Studium przypadku Jake, wiek 6 lat

Studium przypadku

Podczas wywiadu matka Jake’a powiedziała, że syn przede wszystkim przedłuża dźwięki i zacina się na słowach. Zauważyła, że epizody jąkania stają się coraz dłuższe i że coraz wyraźniej widać, jak dużym wysiłkiem jest dla niego wydobywanie słów. Opisywała, że podczas jąkania Jake wykonuje różne grymasy twarzy, porusza głowę, a czasem całym ciałem, próbując sobie pomóc. Dodała, że widać, iż zaczyna go to frustrować. Matka powiedziała również, że Jake czasami zmienia słowa, gdy zaczyna się jąkać, i że martwi ją fakt, iż z tego powodu zaczyna mówić coraz mniej. Na przykład zaczął spoglądać na nią, aby odpowiadała za niego na pytania instruktora pływania, a obecnie bywa, że wskazuje palcem to, co chce zamówić w pobliskiej kawiarni, zamiast powiedzieć to na głos. Zaczęła się zastanawiać, czy nie zaczął już stosować różnych „sztuczek”, aby ukryć swoje jąkanie. Powiedziała, że Jake zaczął mówić wcześniej, a jego jąkanie pojawiło się w okresie, gdy zaczął szybko przechodzić do używania dłuższych zdań. Podkreśliła, że przez długi czas nie martwiła się jąkaniem, ponieważ starszy brat Jake’a również jąkał się przez pewien czas w okresie wczesnodziecięcym, a jego jąkanie stopniowo ustąpiło wraz z rozwojem mowy. Mama Jake’a wspomniała także o kuzynie z jąkaniem, które nie przeszkodziło mu jednak w odnoszeniu życiowych sukcesów. Obecnie coraz bardziej martwi się jąkaniem Jake’a, ponieważ zaczęło ono wyraźnie wpływać na jego codzienne funkcjonowanie. Zaznaczyła, że Jake był z natury pewnym siebie chłopcem i obawia się, aby jąkanie nie zaczęło podważać jego pewności siebie.

Oceny na skali Palin PRS:

	Wpływ jąkania na Jake’a	Nasilenie jąkania Jake’a i jego wpływ na rodziców	Wiedza rodziców i pewność w zakresie wspierania Jake’a
Mama	Umiarkowany	Umiarkowane	Niska

Na skali Palin PRS mama Jake’a oceniła wpływ jąkania na syna jako umiarkowany. Nasilenie jąkania oraz jego wpływ na nią samą również określiła jako umiarkowane, natomiast swoją

wiedzę i pewność siebie w zakresie wspierania syna oceniła jako niskie. Powiedziała, że Jake jęka się bardziej, gdy jest zmęczony, i martwi się, że nie śpi wystarczająco długo. Według niej często kładzie się spać późno, a po położeniu do łóżka długo nie potrafi się wyciszyć i zasnąć. Opisała go jako bardzo aktywnego chłopca – gra w piłkę nożną, uczęszcza na lekcje pływania, trenuje judo i praktycznie każdego dnia, zarówno po szkole, jak i w weekendy, ma jakieś zajęcia. Dodała, że Jake bardzo lubi mówić i ma wiele do powiedzenia, jednak często wypowiada się w pośpiechu, co – jej zdaniem – nie pomaga w jękaniu. Zauważyła, że Jake jęka się mniej, gdy jest wypoczęty, spokojny i nie spieszy się z mówieniem, choć – jak podkreśliła – zdarza się to rzadko. Mama Jake’a stwierdziła, że choć syn wykazuje oznaki frustracji i zaniepokojenia związane z jękaniem, nigdy nie mówi o nim wprost. Powiedziała, że na pewnym etapie, około roku wcześniej, zaczęła udzielać mu rad, takich jak: „nie spiesz się tak bardzo” czy „zastanów się, co chcesz powiedzieć”. Reagował jednak na to złością, dlatego przestała. Nie była pewna, czy obecnie powinna coś mu mówić, ponieważ nie chciała ponownie go irytować. w związku z tym starała się zmienić sposób reagowania: nie przejmowała za niego inicjatywy i nie przerywała, gdy się jękał – przestawała mówić i czekała, aż sam dokończy wypowiedź. Mama Jake’a opisała go jako pewnego siebie i żywiołowego chłopca, który jest dobrym towarzyszem i ma wielu przyjaciół. Zaznaczyła jednak, że jest on dość emocjonalny – szybko się denerwuje, frustruje lub złości, gdy nie potrafi czegoś zrobić albo gdy sprawy nie idą po jego myśli. Czasami trudno jest jej poradzić sobie z jego wybuchami emocji. Powiedziała, że Jake dobrze dogaduje się ze swoim starszym bratem, na którym się wzoruje. Starszy brat jest bardzo cierpliwy i potrafi czekać, aż Jake skończy swoją wypowiedź. Dodała również, że ma dobre wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół mieszkających w okolicy. Jest samotnym rodzicem od czasu, gdy Jake miał półtora roku, jednak jej relacje z ojcem chłopca są dość przyjazne. Ojciec Jake’a również wyraża chęć wspierania syna w radzeniu sobie z jękaniem. Jake spotyka się z ojcem raz w tygodniu oraz co drugi weekend – taki układ obowiązuje od samego początku. Mama przyznała, że jej życie bywa bardzo intensywne, ponieważ samotnie wychowuje dwoje aktywnych dzieci, które mają wiele zajęć. Podkreśliła jednak, że są to dobrze wychowani chłopcy i nie występują u nich trudności z zachowaniem. Historia narodzin i rozwoju Jake’a była prawidłowa. Matka Jake’a poinformowała również, że niedawno nauczycielka w jego klasie rozmawiała z nią o jękaniu syna, zwracając uwagę na to, że zaczęło ono wpływać na jego pewność siebie w klasie. Podzieliła się także obawą, że Jake nie jest już tak aktywny jak wcześniej. Zasugerowała skierowanie chłopca na terapię logopedyczną, ponieważ jękanie nie ustępowało, a najprawdopodobniej

Przygotowanie do omówienia wyników diagnozy

Po zakończeniu sesji wywiadu następuje krótka przerwa, podczas której analizujemy informacje przekazane przez rodziców wraz z wynikami diagnozy dziecka. Celem jest zidentyfikowanie czynników wpływających na jękanie, jego rozwój oraz jego oddziaływanie na dziecko i rodziców, a także podjęcie decyzji, czy terapia jest zalecana. Czynniki te zapisujemy w formularzu wywiadu pod następującymi nagłówkami: czynniki fizjologiczne, czynniki związane z motoryką mowy, czynniki językowe i komunikacyjne, czynniki psychologiczne oraz czynniki środowiskowe.

Studium przypadku *Ishan, 4 lata*

Przygotowanie podsumowania diagnozy dla rodziców Ishana

Czynniki fizjologiczne

- * *Dziedziczenie*
- * *Różnice w funkcjonowaniu mózgu*

Czynniki związane z motoryką mowy

- * *Umiarkowane jękanie obejmujące powtarzanie całych słów i ich części, przedłużanie oraz blokowanie, którym towarzyszy pewne napięcie i/lub zachowania wysiłkowe. Ishan odwracał na chwilę wzrok w momentach jękania.*

Czynniki językowe i komunikacyjne

- * *Dwujęzyczność*
- * *Potrzeba dodatkowego czasu na sformułowanie wypowiedzi*

Czynniki psychologiczne

- * *Reakcje na jękanie: poddawanie się, zdenerwowanie, prośby o pomoc*
- * *Wrażliwa natura – wrażliwość na reakcje innych*
- * *Mniejsza pewność siebie w środowisku przedszkolnym*

Czynniki środowiskowe

- * *Najmłodsze dziecko w pięcioosobowej rodzinie – rywalizacja o kolejność wypowiedzi*
- * *Szybkie tempo życia*
- * *Próby dorównywania starszemu rodzeństwu*
- * *Troska rodziców (szczególnie matki) o to, jak najlepiej go wspierać*
- * *Obawy związane z rozpoczęciem nauki w szkole*

Studium przypadku *Jake, 6 lat*

Przygotowanie podsumowania diagnozy dla mamy Jake'a

Czynniki fizjologiczne

- * *Dziedziczenie*
- * *Różnice w funkcjonowaniu mózgu*
- * *Zmęczenie – późna pora zasypiania oraz trudności Jake'a z wyciszeniem się*

Czynniki związane z motoryką mowy

- * *Umiarkowane do nasilonego jękanie, obejmujące głównie przedłużanie i blokowanie, z występującymi powtórzeniami całych wyrazów i ich części, którym towarzyszą zachowania wysiłkowe. Jake odwracał na chwilę wzrok podczas dłuższych momentów jękania.*
- * *Szybkie tempo mowy*

Czynniki językowe i komunikacyjne

- * *Lubi mówić i ma dużo do powiedzenia*
- * *Umiejętności językowe powyżej normy wiekowej*

Czynniki psychologiczne

- * *Szybkie tempo życia – liczne aktywności pozaszkolne*
- * *Zmęczenie – późna pora zasypiania i trudności z wyciszeniem się*
- * *Niepokój matki – niepewność co do sposobu reagowania na momenty jękania*
- * *Trudności w radzeniu sobie z emocjami Jake'a*
- * *Samotne rodzicielstwo*

Czynniki środowiskowe

- * *Pewny siebie, towarzyski chłopiec*
- * *Coraz większe przejmowanie się jękaniami – zmienianie słów, ograniczanie wypowiedzi, proszenie mamy, by mówiła za niego*
- * *Brak otwartości – Jake nie mówi o swoim jękanii*
- * *Wysoka reaktywność emocjonalna – szybkie reagowanie złością, zdenerwowaniem lub frustracją*

Podsumowanie wyników

Zidentyfikowane informacje są następnie przenoszone do górnej części Karty Podsumowania, tak aby – wraz z danymi pochodzącymi z badania dziecka – przedstawiały pełny obraz jękania dziecka. Środkowa część Karty Podsumowania, zawierająca ogólne cele związane z potrzebami dziecka, jest następnie analizowana w świetle informacji z wywiadu, aby upewnić się, że cele te zostały właściwie dobrane.

Studium przypadku *Ishan, 4 lata*

Potrzeby Ishana:

- * *zapewnienie mu wystarczającej ilości czasu na wypowiedź oraz wspieranie go w dawaniu sobie większej ilości czasu*
- * *otwarte uznawanie i nazywanie jego jąkania*
- * *wprowadzenie w rodzinie systemu naprzemiennego zabierania głosu*

Studium przypadku *Jake, wiek 6 lat*

Potrzeby Jake'a:

- * *wspieranie go w dawaniu sobie większej ilości czasu*
- * *zwiększenie otwartości w mówieniu o swoim*

Strategie interakcyjne

Po przeprowadzeniu badania dziecka analizujemy nagranie interakcji rodzic–dziecko, aby określić, które strategie interakcyjne byłyby korzystne dla dziecka, czy rodzice już z nich korzystają oraz które z nich mogliby stosować częściej. Informacje uzyskane podczas diagnozy mogą wskazywać na dodatkowe przydatne strategie interakcyjne. Na przykład, jeśli rodzice opisali dziecko jako mało pewne siebie i skłonne do pozwalania innym na „wyręczanie go”, pomocną strategią interakcyjną może być podążanie za inicjatywą dziecka.

Strategie rodzinne

Strategie te dobieramy w oparciu o konkretne czynniki zidentyfikowane i zaznaczone w górnej części Karty Podsumowania. Na przykład, jeśli rodzice zgłosili, że dziecko mniej się jąka, gdy jest wypoczęte, ale jednocześnie mają trudności z jego wyciszeniem przed snem, w sekcji Strategii rodzinnych zaznaczany jest obszar „męczliwość”.

Strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem

Strategie te są wprowadzane po zakończeniu komponentu pośredniego programu Palin PCI, czyli po wdrożeniu strategii interakcyjnych i rodzinnych. Są one również wybierane na podstawie konkretnych czynników rozpoznanych i zaznaczonych w górnej części Karty Podsumowania. Na przykład, dziecko może wykazywać opóźniony rozwój artykulacji i w związku z tym wymagać terapii bezpośredniej, ukierunkowanej na prawidłową artykulację dźwięków mowy. Po wypełnieniu Karty Podsumowania uzyskujemy całościowy obraz czynników, które mogą wpływać na jąkanie dziecka, a także zindywidualizowany plan terapii dla dziecka i jego rodziny. Informacje te przekazujemy rodzicom podczas omówienia wyników badania, zgodnie z opisem zawartym w następnym rozdziale.

Zobacz: Załącznik III, w którym znajdują się Karty podsumowania Ishana i Jake'a.

Rozwiązywanie problemów

„Mój przełożony jest zaniepokojony ilością czasu poświęcanego na pełne badanie.”

„Mam ograniczony czas, jaki mogę poświęcić na pełne badanie.”

Chociaż przyznajemy, że pełne badanie może wymagać więcej czasu niż standardowa wstępna diagnoza, z doświadczenia klinicznego wiemy, że dodatkowy czas zainwestowany na początkowych etapach jest zarówno efektywny, jak i opłacalny. Pełne badanie stanowi klucz do całościowego zrozumienia czynników wpływających na jąkanie dziecka. Dzięki temu jesteśmy w stanie zaplanować najbardziej adekwatną i skuteczną interwencję terapeutyczną, odpowiadającą indywidualnym potrzebom dziecka i jego rodziny.

„Obawiam się, że rodzice mogą nie chcieć być nagrywani.”

Terapeuci czasami wyrażają obawy dotyczące reakcji rodziców na nagrywanie. Chociaż zdarza się, że rodzice początkowo odczuwają pewien niepokój związany z rejestracją nagrań wideo, z naszego doświadczenia wynika, że sytuacje takie są rzadkie. Zauważyliśmy, że gdy terapeuta w jasny i rzeczowy sposób wyjaśnia rodzicom cel nagrania oraz to, w jaki sposób materiał wideo będzie wykorzystywany i jak może pomóc, rodzice zazwyczaj bez trudności akceptują to zadanie. Pracowaliśmy z wieloma rodzinami z różnych kręgów kulturowych i wykorzystujemy nagrania zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii, zawsze zgodnie z obowiązującymi zasadami i zaleceniami.

Omówienie wyników diagnozy



Pełne badanie dostarcza informacji na temat czynników związanych z jękaniem danego dziecka, jego pojawieniem się, rozwojem oraz wpływem na dziecko i jego rodziców. Karta Podsumowania odzwierciedla wszystkie te czynniki, a także zawiera możliwy zakres strategii, które stanowią podstawę planu terapii. Omówienie wyników diagnozy polega na zebraniu i uporządkowaniu kluczowych informacji w celu przedstawienia rodzicom jasnego, spójnego i logicznego wyjaśnienia jękania ich dziecka. Proces ten opiera się na wieloczynnikowym modelu Palin i stanowi uzasadnienie proponowanych przez nas rekomendacji terapeutycznych. Wiemy, że rodzice znacznie pełniej angażują się w proces terapeutyczny, gdy lepiej rozumieją, czym jest jękanie oraz w jaki sposób mogą wspierać swoje dziecko. Zdobycie tej wiedzy często przyczynia się do obniżenia poziomu niepokoju rodziców związanego z jękaniem.

Jak uczynić omówienie badania przystępnym

Opracowanie sposobu formułowania informacji w sposób przystępny, pozytywny i zapadający w pamięć jest niezwykle istotne w rozmowie z rodzicami. Pomocne mogą być następujące strategie:

- * Używaj prostego języka

Używanie specjalistycznego żargonu jest przydatne i skuteczne w komunikacji między profesjonalistami, jednak traci swoją wartość, jeśli rozmówcy go nie rozumieją. Dlatego stosowanie prostego, jasnego języka jest naszym celem i jednocześnie obowiązkiem.

Używaj prostego języka

- * Używaj słownictwa rodziców

Podczas omawiania informacji z wywiadu odwołujemy się do sformułowań używanych przez rodziców. Wzmacnia to ich poczucie bycia wysłuchanymi i docenionymi oraz potwierdza trafność ich obserwacji. Posługiwanie się ich własnym językiem sprzyja również jasnej i skutecznej komunikacji.

Używaj prostego języka

Na przykład rodzice mówili:

„To tak, jakby jego mózg działał szybciej niż usta”.

„Jego usta już są w ruchu, zanim jego mózg zdąży się włączyć”.

„Jest naprawdę wrażliwy – przeżywa wszystko intensywniej niż jego brat”.

„Jest prawdziwym perfekcjonistą i zawsze musi mieć wszystko w idealnym porządku”.

- * Uwzględniaj pozytywne informacje zwrotne

Istnieje ryzyko, że omówienie badania stanie się przygnębiającym katalogiem trudności i wyzwań, z jakimi mierzą się dziecko i jego rodzina. Dlatego świadomie dbamy o to, aby przekazywać również autentyczne, pozytywne informacje na temat dziecka i rodziny oraz – tam, gdzie to możliwe – wzmacniać i doceniać rodziców.

Uwzględniaj pozytywne informacje zwrotne

Na przykład:

„To oczywiście, że są Państwo bardzo troskliwymi rodzicami”.

„Przeszliście przez bardzo trudne chwile i jesteście zdeterminowani, aby zrobić wszystko, co w Państwa mocy dla swojego dziecka”.

„Już teraz aktywnie szukacie pomocy i dobrze korzystacie z oferowanego wsparcia”.

„Był bardzo przyjazny i zabawny; szybko się uspokoił, a następnie przez długi czas potrafił utrzymać skupienie”.

„Macie już wypracowane wieczorne zwyczaje, które pomagają mu uzyskać wystarczającą ilość snu. To jest bardzo pomocne”.

- * Sprawdzaj, czy jesteś dobrze rozumiany

Często już na podstawie obserwacji rodziców można ocenić, czy rozumieją oni przekazywane informacje i czy się z nimi zgadzają. Ich mowa ciała może wskazywać, czy przekaz jest jasny, czy też budzi dezorientację. Dlatego regularnie sprawdzamy to w trakcie rozmowy, zadając pytania takie jak: „Czy dobrze to rozumiem?”, „Czy to ma dla Państwa sens?”, „Czy mam to wyjaśnić dokładniej?”, „Czy to pasuje do Pani/Pana dziecka?”

Czy to ma dla Państwa sens?

- * Zachęcaj rodziców do zadawania pytań

Zachęcamy rodziców, aby informowali nas, jeśli coś jest dla nich niejasne lub jeśli nie zgadzają się z przedstawianymi treściami. Ważne jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni, w której mogą swobodnie zadawać pytania, aby lepiej zrozumieć poszczególne elementy podsumowania wyników diagnozy.

Jeśli jednak pytania dotyczą zagadnień, które będą omawiane później lub wprowadzają nowy wątek, proponujemy powrót do nich po zakończeniu bieżącego tematu.

„O co chcieliby Państwo mnie zapytać?”

Broszura dla rodziców, wykorzystywana podczas omówienia wyników badania, znajduje się w Załączniku VII.

Struktura omówienia wyników diagnozy

1. Ogólne informacje na temat jąkania

Omówienie rozpoczynamy od przedstawienia ogólnych informacji, zgodnie z treścią zawartą w broszurze dla rodziców:

- * Pierwsza i najważniejsza kwestia, o której należy pamiętać, jest taka, że rodzice nie powodują jąkania. Badanie pomaga nam zrozumieć, co obecnie sprawia, że dziecko jest bardziej podatne na jąkanie, oraz w jaki sposób możemy wspierać Państwa w radzeniu sobie z nim.
- * Około 5% lub więcej małych dzieci zaczyna się jąkać, jednak u większości z nich jąkanie ustępuje samoistnie lub z pomocą terapii. u części dzieci jąkanie utrzymuje się do wieku dorosłego i obecnie nie jesteśmy w stanie z całą pewnością przewidzieć, u kogo ustąpi, a u kogo będzie się utrzymywać.
- * „Nie istnieje jedno proste wyjaśnienie ani jedno proste rozwiązanie czy metoda terapii jąkania” (Manning i DiLollo, 2018, s. 84).
- * Wielu znanych i cenionych ludzi jąkało się lub jąka się, na przykład król Jerzy VI, Marilyn Monroe, Winston Churchill, a współcześnie także Ed Sheeran i Emily Blunt. Jąkanie nie powstrzymało ich przed osiągnięciem sukcesu.

2. Model Palin

Korzystamy z wieloczynnikowego Modelu Palin, aby pomóc rodzicom zrozumieć jąkanie ich dziecka. Przekazujemy rodzicom materiał dotyczący Modelu Palin i wyjaśniamy:

„Na podstawie diagnozy dziecka oraz wywiadu zidentyfikowaliśmy szereg czynników, które pomagają nam zrozumieć jego jąkanie – dlatego mówimy, że jąkanie ma charakter wieloczynnikowy.

Pani/Pana dziecko znajduje się w centrum Modelu i posiada wrodzone czynniki, które leżą u podstaw jąkania, co za chwilę dokładniej wyjaśnimy. Istnieją również czynniki związane z motoryką mowy, czynniki językowe, komunikacyjne oraz psychologiczne (przedstawione w trójkącie), które wpływają na jąkanie dziecka, a także czynniki środowiskowe (przedstawione w zewnętrznym okręgu). Każde dziecko z jąkaniami ma inną, unikalną kombinację czynników, które mogą wpływać na jego mowę, a także swoje mocne strony, które również omówimy”.

W dalszej części przedstawiamy, w jaki sposób możemy wyjaśniać rodzicom wyniki diagnozy, a następnie powiązać każdy z nich z mocnymi i słabszymi stronami ich dziecka, w oparciu o badanie dziecka, informacje uzyskane od rodziców w wywiadzie oraz wyniki Skali Ocen Rodzicielskich Palin.

Czynniki fizjologiczne

„Czynniki fizjologiczne to czynniki wrodzone, które są nieodłączną cechą dziecka i leżą u podstaw jego jąkania”.

- * Czynniki genetyczne: Badania wykazały, że jąkanie ma podłoże genetyczne. Wykazuje tendencję do występowania rodzinnego – około dwie na trzy osoby z jąkaniami mają krewnego, który również się jąka. Oznacza to, że niektóre dzieci rodzą się z podatnością na jąkanie. Same czynniki genetyczne nie

wyjaśniają jednak w pełni występowania jąkania. Do jego pojawienia się potrzebne są także inne czynniki, takie jak temperament dziecka czy jego umiejętności mowy i języka.

W tej części omawiamy z rodzicami wszelkie zgłaszane przez nich przypadki jąkania w rodzinie.

- * Struktura i funkcjonowanie mózgu z badań wiemy, że u dzieci jąkających się mogą występować subtelne różnice w funkcjonowaniu mózgu oraz w sposobie, w jaki przebiega proces mówienia.

„Mówienie jest procesem bardzo złożonym i wymaga od mózgu wykonywania wielu czynności jednocześnie. Musimy mieć pomysł na to, co chcemy powiedzieć, dobrać odpowiednie słowa, ułożyć je w poprawne zdanie gramatyczne, a następnie wypowiedzieć, koordynując oddech oraz ruchy ust, języka i warg, aby poprawnie zrealizować każdy dźwięk. Wiemy, że w proces ten zaangażowane są różne obszary mózgu, które muszą ze sobą sprawnie współpracować. Badania sugerują, że u dzieci jąkających się mózg może być mniej efektywny w integrowaniu wszystkich tych elementów mowy w tempie wymaganym do płynnej komunikacji, dlatego mogą one potrzebować na to więcej czasu. Dobrą wiadomością jest to, że ludzki mózg przez całe życie ulega zmianom i jest określany jako bardzo plastyczny – różnice te nie są więc trwałe ani nieodwracalne. Wyjaśnia to, dlaczego u części dzieci jąkanie ustępuje samoistnie oraz dlaczego terapia jest skuteczniejsza, gdy rozpoczyna się we wcześniejszym wieku”.

- * Dobrostan fizyczny: Oprócz czynników wewnętrznych, leżących u podstaw jąkania dziecka, znaczenie mogą mieć również aspekty związane z jego ogólnym stanem fizycznym. Zły stan zdrowia lub zmęczenie mogą wpływać na mowę dziecka w taki sam sposób, jak na inne obszary jego funkcjonowania.

W tej części opisujemy wszelkie mocne strony oraz trudności związane ze zdrowiem, samopoczuciem lub snem dziecka, które zostały zgłoszone przez rodziców.

Czynniki związane z motoryką mowy

„Czynniki związane z motoryką mowy mogą wpływać na jąkanie dziecka oraz na jego przebieg”.

- * Objawy jąkania: „Sposoby wypowiedzi, które Państwo opisali, są uznawane za jąkanie, a podczas przeprowadzonej przeze mnie diagnozy dziecko również prezentowało objawy typowe dla jąkania”.

Przekazujemy rodzicom informację zwrotną dotyczącą badania jąkania u dziecka – obejmującą rodzaj obserwowanych objawów oraz częstotliwość jąkania zaobserwowaną w gabinecie – odnosząc ją do informacji zawartych w Skali Palin PRS oraz do danych uzyskanych podczas wywiadu.

- * Zdolności motoryczne mowy: Niektóre badania wykazały różnice w zakresie zdolności motorycznych mowy u części osób z jąkaniem. Mogą one dotyczyć słabszej koordynacji ruchów mowy, co oznacza, że dziecko może potrzebować więcej czasu na zaplanowanie i wytworzenie wypowiedzi.

W tej części omawiamy z rodzicami informacje, które przekazali na temat umiejętności motorycznych mowy dziecka oraz trudności związanych z jedzeniem, łącząc je z danymi zgromadzonymi podczas diagnozy.

- * Tempo mowy: Jąkanie zwykle nasila się przy szybkim tempie mowy. Niektórzy ludzie z natury mówią szybciej niż inni, a dzieci mogą przyspieszać tempo mówienia, gdy są podekscytowane, niespokojne lub gdy rywalizują o głos. Dzieci jąkające się niekoniecznie mówią szybciej niż inne, jednak tempo ich

mowy może być zbyt szybkie w stosunku do możliwości ich własnego systemu motoryki mowy lub języka.

Odnosimy się do tego, co rodzice powiedzieli o tempie mowy dziecka i jego wpływie na jąkanie, a także do naszych obserwacji poczynionych podczas badania dziecka.

Czynniki komunikacyjne i językowe

„Wydaje się, że istnieje silny związek między jąkaniem dziecka a jego rozwojem mowy i języka. Dzieci zwykle zaczynają się jąkać w wieku od 2 do 4 lat, a jąkanie często pojawia się w okresie intensywnych zmian w rozwoju mowy, języka i motoryki – gdy rozwija się ich zasób słownictwa, dzieci zaczynają łączyć słowa w zdania lub tworzyć dłuższe, bardziej złożone wypowiedzi”.

- * „Wiele dzieci z jąkaniem wykazuje prawidłowo rozwijające się umiejętności językowe; u innych występują opóźnienia w rozwoju języka, a u części rozwój językowy jest ponadprzeciętny”.
- * „Czasami różne aspekty zdolności komunikacyjnych dziecka rozwijają się w różnym tempie – na przykład dziecko może mieć szeroki zasób słownictwa, ale wciąż rozwijać umiejętność budowania zdań. Badania wykazały, że takie rozbieżności pomiędzy poszczególnymi umiejętnościami komunikacyjnymi mogą wpływać na jąkanie”.
- * „Z badań wiemy również, że u niektórych dzieci im dłuższe i bardziej złożone są ich wypowiedzi, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia jąkania”.
- * „Niektóre dzieci mają specyficzne trudności językowe, takie jak trudności z doбором odpowiednich słów”.
- * „Niektóre dzieci mają trudności z prawidłową realizacją głosek i wyrazistością mowy, co również może wpływać na jąkanie”.

Odnosimy się do opisu rozwoju mowy i języka dziecka przedstawionego przez rodziców podczas wywiadu, a następnie zestawiamy go z naszymi wnioskami z badania dziecka. Zaczynamy od pozytywnych obserwacji dotyczących funkcjonowania dziecka w gabinecie (np. umiejętności społecznych, poziomu uwagi, współpracy, otwartości, kontaktu społecznego czy zainteresowań – w zależności od potrzeb). Następnie opisujemy mocne i słabe strony dziecka związane z jego zdolnościami receptywnymi i ekspresyjnymi oraz rozwojem dźwięków mowy, uwzględniając wszelkie zauważone obszary opóźnionego lub przyspieszonego rozwoju, a także ewentualne rozbieżności pomiędzy różnymi obszarami funkcjonowania.

Czynniki psychologiczne

„Wiele osób uważa, że jąkanie jest spowodowane problemami emocjonalnymi lub że osoby jękające się są z natury bardziej emocjonalne (np. lękowe). Badania pokazują jednak, że nie jest to prawdą”.

- * Osobowość: Każde dziecko z jąkaniem różni się pod względem osobowości oraz sposobu reagowania na jąkanie i radzenia sobie z nim. Chociaż nie istnieje określony typ osobowości powiązany z jąkaniem, badania wykazały, że dzieci z jąkaniem mogą być bardziej reaktywne emocjonalnie i może im być trudniej regulować własne emocje.

Omawiamy opis osobowości dziecka przedstawiony przez rodziców, podkreślając jego pozytywne cechy, a także bardziej wrażliwe obszary. Odnosimy się również do naszych obserwacji dotyczących osobowości dziecka poczynionych w trakcie badania.

- * Wpływ jąkania na dziecko: Różne dzieci w odmienny sposób reagują na swoje jąkanie. Dla niektórych nie stanowi ono żadnego problemu. Inne są bardzo świadome swojego jąkania i mogą odczuwać z jego powodu zdenerwowanie, zawstydzenie lub frustrację. Może to prowadzić do prób radzenia sobie z jąkaniami poprzez nadmierne wysiłanie się podczas mówienia lub – przeciwnie – do ograniczania wypowiedzi z obawy przed jąkaniami.

Omawiamy to, co dziecko mówiło o swoim jąkaniu podczas diagnozy, jego poziom świadomości, stopień otwartości oraz emocje z nim związane. Przekazujemy również informacje zwrotne z testu KiddyCAT i łączymy je z ocenami rodziców dotyczącymi wpływu jąkania na dziecko (Skala Palin PRS), a także z ich opisem wpływu jąkania na codzienne funkcjonowanie dziecka.

Czynniki środowiskowe

„Czynniki środowiskowe wchodzą w interakcje z czynnikami fizjologicznymi, związanymi z motoryką mowy, komunikacyjnymi, językowymi oraz psychologicznymi. Środowisko domowe lub szkolne dziecka jest istotne w kontekście tego, w jaki sposób może ono wpływać na dziecko i jego jąkanie, jednak nie stanowi przyczyny jąkania”.

- * Środowisko domowe: Domy i rodziny mogą funkcjonować w różnym tempie – być zabiegane lub spokojne, doświadczać okresów stabilnych lub trudnych – a rodzice starają się sprostać wielu wymaganiom związanym z codziennym życiem i zapewnieniem rodzinie bezpieczeństwa. Dynamiczne, szybkie tempo życia rodzinnego, w którym wiele osób jednocześnie zabiera głos, jest zjawiskiem całkowicie normalnym, jednak dla dziecka z jąkaniami może stanowić większe wyzwanie. Rodzice różnie przeżywają jąkanie dziecka i w odmienny sposób na nie reagują. Czasami jąkanie sprawia, że nie są pewni, jak najlepiej pomóc dziecku w radzeniu sobie z emocjami lub jak reagować na jego zachowanie. Żadna z tych rzeczy nie powoduje jąkania; mogą one jedynie wpływać na to, w jaki sposób jąkanie oddziałuje na dziecko i całą rodzinę.

Wskazujemy i podkreślamy pozytywne aspekty funkcjonowania rodziny, takie jak zaangażowanie rodziców w życie dziecka, trafne spostrzeżenia na jego temat oraz gotowość do udzielania mu wsparcia. Odnosimy się także do zgłaszanych przez rodziców aspektów życia rodzinnego, które mogą być istotne, takich jak rywalizacja w rozmowach czy tempo życia rodzinnego. Uwzględniamy to, co rodzice mówią na temat otwartości wobec jąkania, reagowania na nie, wspierania dziecka w budowaniu pewności siebie oraz jego uczuć i zachowań.

- * Przedszkole / szkoła: Dla niektórych dzieci wymagania stawiane przez środowisko przedszkolne lub szkolne mogą stanowić trudne wyzwanie, co może wpływać na ich jąkanie. Pomocne może być poinformowanie personelu placówki o jąkanii dziecka, o sposobach udzielania mu wsparcia oraz o tym, jak reagować na ewentualne reakcje innych dzieci wobec jego mowy.

Odnosimy się do wszystkiego, co rodzice lub dziecko przekazali na temat środowiska przedszkolnego lub szkolnego – tego, jak dziecko sobie w nim radzi, jakie występują czynniki wspierające, a także czy doświadcza ono negatywnych reakcji ze strony rówieśników.

Zakres przekazywanych informacji zależy od naszej oceny tego, co jest najistotniejsze dla danej rodziny oraz od dostępnego czasu. Kluczowe jest, aby rodzice rozumieli jąkanie w odniesieniu do swojego dziecka.

3. Rekomendacje i postępowanie terapeutyczne

Omówienie wyników diagnozy stanowi podstawę do sformułowania zaleceń terapeutycznych – niektóre z czynników istotnych dla zrozumienia jąkania dziecka wskazują jednocześnie obszary wymagające interwencji. Każde dziecko otrzymuje indywidualnie dostosowany program terapeutyczny, który zazwyczaj obejmuje strategie interakcyjne i rodzinne, a w razie potrzeby również strategie ukierunkowane bezpośrednio na dziecko lub inne formy wsparcia. Opisujemy proponowaną terapię w sposób ogólny, tak aby rodzice rozumieli swoją rolę oraz zakres oczekiwanego od nich zaangażowania:

„Na podstawie dzisiejszych ustaleń chciałabym zaproponować cykl terapii Palin PCI, w której będą Państwo uczestniczyć wspólnie z dzieckiem. Spotkania odbywałyby się raz w tygodniu przez sześć tygodni, a każde z nich trwałoby około godziny.”

„Podczas sesji będziemy przyglądać się temu, co wspiera mowę Państwa dziecka, oraz zastanawiać się, w jaki sposób można te elementy wzmacniać. Będziemy korzystać z nagrań wideo, aby pomóc nam zauważyć sposoby interakcji, które już teraz sprzyjają zmniejszaniu jąkania. Bardzo ważne jest, aby terapia była kontynuowana również w domu, dlatego poproszę Państwa o ćwiczenie tych strategii w codziennych sytuacjach. Omówimy także inne sposoby, w jakie cała rodzina może wspierać rozwój mowy dziecka.”

Po upływie 6 tygodni rozpoczniemy okres utrwalania terapii w warunkach domowych, który potrwa kolejne 6 tygodni. w tym czasie będą Państwo kontynuować stosowanie omawianych strategii, a my pozostaniemy w kontakcie, aby monitorować przebieg procesu.

Po zakończeniu etapu utrwalania ponownie spotkamy się z Państwa dzieckiem, aby omówić jego postępy i zdecydować, czy konieczne jest dalsze wsparcie terapeutyczne.

Zaleca się, by terapia mogła rozpocząć się możliwie jak najszybciej po zakończeniu omówienia wyników diagnozy – w momencie, gdy rodzice rozumieją już kluczowe zagadnienia związane z jąkaniami oraz gdy została nawiązana relacja terapeutyczna między nimi a terapeutą.”

4. Raport kliniczny

W Centrum Jąkania im. Michaela Palina przygotowujemy raport oparty na dowodach naukowych, w którym przedstawiamy kluczowe ustalenia wynikające z badania dziecka oraz wywiadu z rodzicami, a także opisujemy zalecany plan terapii. Raport ten jest w pierwszej kolejności przekazywany rodzicom, aby mogli się z nim zapoznać, doprecyzować jego treść lub zgłosić ewentualne uwagi. Następnie, za zgodą rodziców, jego kopie są przekazywane innym właściwym osobom.

Poniżej przedstawiamy przykłady sformułowań, które mogą być wykorzystane podczas omówienia wyników badania.

Czynniki fizjologiczne:

- * Struktura i funkcjonowanie mózgu: patrz wcześniejsze wyjaśnienia.
- * Genetyka: „W przypadku Państwa dziecka fakt, że ma wujka, który jąkał się w dzieciństwie, wskazuje, że urodziło się ono z predyspozycją do jąkania, ale mogło również odziedziczyć większe prawdopodobieństwo jego samoistnego ustąpienia.”

„W rodzinie występuje jąkanie utrzymujące się do wieku dorosłego – powiedzieli Państwo, że zarówno wujek, jak i ojciec jękają się, a Pani/Pan zauważa, że również obecnie pojawiają się u niego objawy jąkania w sytuacjach stresowych. Możliwe zatem, że Państwa dziecko odziedziczyło tę skłonność. Nie oznacza to jednak, że na pewno będzie się jękało w przyszłości, ponieważ wiemy, że wsparcie na tym etapie może być bardzo skuteczne.”

- * Dobrostan fizyczny: „Powiedziała Pani, że trudnością jest ułożenie dziecka do snu i że przez większość czasu bywa ono zmęczone. Zauważyli Państwo również, że jąkanie nasila się, gdy dziecko jest zmęczone, dlatego zmęczenie może być jednym z obszarów, nad którymi warto pracować w terapii.”

Czynniki związane z motoryką mowy:

- * „Powiedzieli Państwo, że dziecko bywa nieporadne podczas jedzenia, a jego mowa nie zawsze jest wyraźna. Podczas badania zauważyliśmy, że niektóre czynności związane z ruchami jamy ustnej sprawiały mu pewną trudność, dlatego możliwe jest, że jego umiejętności oralne wciąż się rozwijają i że może to być jeden z czynników wpływających na jego jąkanie.”
- * „Państwa dziecko nie wydaje się mieć trudności w zakresie sprawności narządów mowy – dobrze je i żuje, a jego mowa od zawsze była bardzo wyraźna.”
- * „Wspominali Państwo, że Państwa dziecko mówi bardzo szybko i że czasami samo nie potrafi nadażyć za własnym tempem mówienia, co może mieć wpływ na jego jąkanie.”

Czynniki językowe i komunikacyjne:

- * „Badanie wskazuje, że jego rozumienie języka jest bardzo dobrze rozwinięte, a zasób słownictwa czynnego – bardzo szeroki. Wiemy jednak również, że jego mowa nadal się rozwija. Wspominali Państwo także, że Państwa zdaniem tempo jego mówienia jest zbyt szybkie. Wszystkie te czynniki mogą mieć wpływ na jego jąkanie.”
- * „Powiedzieli Państwo, że dziecko zaczęło mówić bardzo późno, a jednocześnie w przeprowadzonych przez nas ocenach językowych uzyskało wyniki nieco powyżej normy wiekowej. Wygląda na to, że przeszło okres bardzo szybkiego rozwoju językowego, który mógł wywierać dodatkową presję na jego mowę.”
- * „Podczas badania zauważyliśmy, że czasami ma trudności ze znalezieniem słowa, które chce wypowiedzieć. Może to wpływać na jego jąkanie, zwłaszcza gdy próbuje mówić w pośpiechu.”
- * „Mówili Państwo, że Wasz syn późno nauczył się mówić i chociaż robi duże postępy, mają Państwo wrażenie, że nie dorównuje jeszcze w pełni swoim rówieśnikom. Tę obserwację potwierdziły również przeprowadzone przez nas testy językowe. Chociaż jego rozumienie języka jest odpowiednie do wieku, obserwujemy około sześciomiesięczne opóźnienie w rozwoju słownictwa i gramatyki. Opóźnienie to może wpływać na nasilenie jąkania, ponieważ dziecko nie zawsze dysponuje wystarczającym zasobem słownictwa lub znajomością struktur gramatycznych, aby wyrazić to, co chce powiedzieć, i w takim tempie, w jakim chciałoby to zrobić.”

Czynniki psychologiczne:

- * „Opisali Państwo swoje dziecko jako pogodne i beztroskie. Nie jest ono szczególnie wrażliwe ani skłonne do zamartwiania się, co jest korzystne, ponieważ prawdopodobnie będzie mniej świadome swojego jąkania lub reakcji otoczenia na nie.”
- * „Powiedziała Pani, że dziecko często się zamartwia i źle znosi sytuacje, w których ktoś jest zły lub zdenerwowany. Wydaje się być dzieckiem wrażliwym i, biorąc pod uwagę jego charakter, nie jest

zaskakujące, że jest już świadome swojego jąkania i na nie reaguje. Wspominała Pani, że czasami bywa dość zdenerwowane, gdy nie może wydobyć z siebie słów, a nawet przestaje mówić. Naszym celem jest, aby czuło się pewnie w komunikacji – niezależnie od tego, czy pojawia się jąkanie, czy nie.”

- * „Powiedzieli Państwo, że jest bardzo świadomy swojego jąkania i czasami rezygnuje z powiedzenia tego, co chciał przekazać. Wspominali Państwo również, że lubi, gdy wszystko jest „tak jak trzeba”, i bardzo nie lubi sytuacji, w których coś dzieje się nie po jego myśli. Możliwe zatem, że zauważa, iż jego mowa nie spełnia jego własnych oczekiwań, a towarzyszący temu niepokój może nasilać jąkanie. Chcemy zadbać o to, aby te negatywne emocje nie narastały.”
- * „Opisali Państwo swoje dziecko jako bardzo wrażliwe emocjonalnie i przeżywające różne sytuacje intensywniej niż inni. Ostatni okres, związany z narodzinami jego siostry, był pełen emocji i – zgodnie z tym, co Państwo mówią – nie miał on wówczas pełnej uwagi, jaką zwykle otrzymywał. w efekcie mógł czuć się mniej bezpiecznie niż zazwyczaj. Ta zwiększona wrażliwość może znajdować odzwierciedlenie w jego mowie.”

Czynniki środowiskowe:

- * „Państwa dziecko wychowuje się w kochającym i stabilnym środowisku domowym, które w dużym stopniu wspiera je w komunikacji. Mają Państwo liczną rodzinę i – jak sami opisali – prowadzicie intensywne, dynamiczne życie. Zwrócili Państwo uwagę, że dziecko jąka się bardziej, gdy rywalizuje z rodzeństwem o głos lub gdy się spieszy. Tego typu sytuacje mogą negatywnie wpływać na jego mowę, dlatego w trakcie terapii wspólnie zastanowimy się, jak najlepiej je wspierać.”
- * „Doświadczyli Państwo trudnego okresu związanego z separacją, a następnie z ustalaniem zasad opieki nad dzieckiem. Był to czas obciążający dla całej rodziny i zauważyli Państwo, że w tym okresie jąkanie dziecka się nasiliło. Wiemy, że napięcie i stres mogą wpływać na jąkanie u dzieci, dlatego w trakcie terapii będziemy poszukiwać sposobów na obniżenie poziomu napięcia.”
- * „Dziecko miało trudności z adaptacją w przedszkolu. Może to wynikać z faktu, że było dotychczas przyzwyczajone głównie do kontaktu z rodzicem i potrzebuje więcej czasu, aby odnaleźć się w nowym środowisku. Poczucie niepewności i lekki niepokój mogą obecnie wpływać na jego mowę.”
- * „Są Państwo bardzo zaniepokojeni jąkaniami dziecka. Chcą Państwo wiedzieć, jak najlepiej je wspierać i nie są Państwo pewni, jak powinni reagować. Choć mieli Państwo poczucie, że dziecko może być świadome swojego jąkania, unikali Państwo poruszania tego tematu z obawy przed pogorszeniem sytuacji lub przekazaniem własnego niepokoju. Możemy Państwa w tym wesprzeć i wspólnie wypracować pomocne strategie. w przeszłości zalecano, aby nie zwracać uwagi dziecka na jego jąkanie, jednak obecnie zachęcamy rodziców do otwartego, spokojnego i rzeczowego rozmawiania o jąkanii. Pomożemy Państwu znaleźć takie sposoby mówienia o jąkanii, które będą komfortowe zarówno dla Państwa, jak i dla dziecka. Możemy również wesprzeć Państwa w radzeniu sobie z niepokojem związanym z jąkanii dziecka.”
- * „Zdają sobie Państwo sprawę, że odkąd dziecko zaczęło się jąkać, stali się Państwo wobec niego bardziej opiekuńczy i być może pozwalają mu na więcej, niż miało to miejsce wcześniej. Jąkanie dziecka bywa dla rodziców bardzo emocjonalnym doświadczeniem. Wielu rodziców mówi o lęku przed zdenerwowaniem dziecka w obawie, że mogłoby to nasilić jąkanie. w trakcie terapii możemy pomóc w ponownym ustaleniu jasnych granic, na przykład w czasie posiłków czy wieczornej rutyny.”
- * „Wszystkie rodziny doświadczają codziennych stresów – porannego pośpiechu, rywalizacji o głos czy napiętego harmonogramu dnia. Dla niektórych dzieci nie stanowi to większego problemu, natomiast

dzieciom z jąkaniem może być trudniej radzić sobie z takimi wyzwaniami. Powiedzieli Państwo, że Wasze życie rodzinne jest obecnie dość napięte i obawiacie się, że nie sprzyja to mowie dziecka. Wspomnieli Państwo również, że często funkcjonują w pośpiechu, który może udzielać się dziecku. w terapii możemy pomóc w wypracowaniu strategii, dzięki którym codzienne funkcjonowanie stanie się spokojniejsze – zarówno dla Państwa, jak i dla dziecka.”

Ważne pytania, które czasami zadają rodzice:

* Czy dziecko z tego wyrośnie?

Nie możemy tego stwierdzić z całą pewnością. Wiemy, że u wielu dzieci jąkanie ustępuje samoistnie, a także że wczesna interwencja jest najbardziej skuteczna – dlatego bardzo dobrze, że zgłosili się Państwo na tym etapie. Dzięki przeprowadzonej diagnozie wiemy już, jakie czynniki wpływają na jąkanie dziecka i możemy zaplanować działania, które pomogą Państwu skutecznie je wspierać.

* Czy istnieje „lekarstwo”?

Przy obecnym stanie wiedzy – nie. Nie istnieje jedna metoda terapii jąkania, która byłaby skuteczna dla wszystkich osób jękających się. Mogą Państwo usłyszeć o osobach, które twierdzą, że ich jąkanie ustąpiło, jednak to, co okazało się pomocne w jednym przypadku, niekoniecznie będzie odpowiednie dla innych. Dlatego tak dużą wagę przykładamy do dokładnej diagnozy, aby określić, czego konkretne dziecko potrzebuje, by ułatwić mu komunikację.

* Czy to oznacza, że dziecko ma uszkodzony mózg?

Nie. Dzieci z jąkaniem nie mają uszkodzeń mózgu. Badania wskazują na niewielkie różnice statystyczne między grupami dzieci z jąkaniem i bez jąkania, jednak nie oznacza to istotnych różnic w funkcjonowaniu mózgu poszczególnych dzieci. Wiemy także, że mózg dziecka intensywnie się rozwija i cechuje się dużą plastycznością, dlatego u wielu dzieci te różnice z czasem naturalnie się wyrównują.

* Dlaczego jąkanie jest tak zmienne?

Jest to jedno z największych wyzwań w rozumieniu jąkania. w jednej chwili dziecko może z łatwością wypowiadać to, co chce, a w następnej jąkać się bez wyraźnego powodu. Może też przez kilka tygodni nie jąkać się wcale, po czym jąkanie nagle powraca. Prawdopodobnie ma to związek z okresami intensywnego uczenia się i rozwoju, które występują u wszystkich dzieci. Często jednak uświadamiamy sobie taki „skok rozwojowy” dopiero z perspektywy czasu.

* Jak wielu spotkań terapeutycznych będzie potrzebować?

w pierwszej kolejności zaplanujemy sześć sesji terapeutycznych, a następnie przez kolejne sześć tygodni będą Państwo ćwiczyć w domu. Po tym czasie zaprosimy Państwa na wizytę kontrolną, podczas której wspólnie zdecydujemy, czy potrzebna jest dalsza terapia. w przypadku wielu dzieci na tym etapie wystarcza jedynie okresowe monitorowanie postępów. Jeśli jednak uznamy, że konieczna jest kontynuacja terapii, zaplanujemy kolejne sesje. Nie będzie to jednak terapia prowadzona nieprzerwanie, co tydzień przez długi czas – pracujemy raczej w blokach terapeutycznych i na bieżąco oceniamy postępy dziecka.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Podsumowanie wyników diagnozy

Rodzice Ishana otrzymali kopię Modelu Palin, a także wyjaśniono im ogólne fakty dotyczące jąkania (przedstawione w broszurze).

Na podstawie badania dziecka oraz wywiadu zidentyfikowaliśmy szereg czynników, które pomagają nam zrozumieć jąkanie Ishana; dlatego określamy jąkanie jako zjawisko „wieloczynnikowe”. Ishan znajduje się w centrum Modelu i posiada wrodzone czynniki fizjologiczne, które leżą u podstaw jego jąkania i które za chwilę dokładniej wyjaśnimy. Istnieją również czynniki związane z motoryką mowy, a także czynniki językowe, komunikacyjne i psychologiczne (przedstawione w modelu w formie trójkąta), które wpływają na jego jąkanie, jak również czynniki środowiskowe (przedstawione w zewnętrznym okręgu).

Każde dziecko z jąkaniem ma inną, indywidualną kombinację czynników, które mogą wpływać na jego mowę, a także własne zasoby i mocne strony, które również omówimy.

1 *Czynniki fizjologiczne* Czynniki fizjologiczne to wrodzone cechy Ishana, które leżą u podstaw jego jąkania.

Czynniki genetyczne: Badania wykazały, że jąkanie często występuje rodzinnie, jednak w przypadku Ishana nie stwierdzono innych osób jąkających się w rodzinie.

Struktura i funkcjonowanie mózgu: z badań wiemy, że dzieci z jąkaniem mogą wykazywać niewielkie różnice w rozwijającym się mózgu oraz w sposobie organizacji procesów odpowiedzialnych za mowę. Mówienie jest procesem złożonym i wymaga jednoczesnego zaangażowania wielu funkcji mózgu. Najpierw musimy wiedzieć, co chcemy powiedzieć, następnie dobrać odpowiednie słowa, ułożyć je w poprawne zdanie, a potem zaplanować i skoordynować oddech oraz ruchy ust, języka i warg, aby wypowiedzieć każdy dźwięk.

Wiemy, że różne obszary mózgu muszą ze sobą ściśle współpracować, aby cały ten proces przebiegał sprawnie. Badania sugerują, że u dzieci jąkających się integracja tych elementów może być mniej efektywna przy tempie wymaganym do płynnej mowy, dlatego mogą one potrzebować więcej czasu. Zwracali Państwo uwagę, że podobnie jest u Ishana – potrzebuje on czasu, aby przekazać to, co chce powiedzieć.

Dobrą wiadomością jest to, że ludzki mózg zmienia się przez całe życie i cechuje się dużą „plastycznością”, co oznacza, że te różnice nie są trwałe. Wyjaśnia to, dlaczego u części dzieci jąkanie ustępuje samoistnie oraz dlaczego terapia jest skuteczniejsza, gdy rozpoczyna się ją na wczesnym etapie. Nie wiemy, czy jąkanie Ishana ustąpi samoistnie, dlatego bardzo dobrze, że zgłosili się Państwo na terapię na tym etapie jego rozwoju.

Dobrostan fizyczny: Oprócz czynników wewnętrznych leżących u podstaw jąkania, istotne mogą być również aspekty ogólnego stanu zdrowia dziecka, takie jak choroba czy zmęczenie,

które mogą wpływać na jego mowę. Warto zaznaczyć, że Ishan dobrze sypia i jest zdrowym chłopcem.

Czy to ma dla Państwa sens?

- 2 Czynniki związane z motoryką mowy: Czynniki związane z motoryką mowy mogą wpływać na jękanie Ishana oraz na sposób, w jaki się ono rozwija.

Objawy jękania: Na podstawie badania Ishana oraz Państwa opisu ustaliliśmy, że jękanie występowało w około 8% jego wypowiedzi. Ogólnie ocenilibyśmy je jako jękanie o nasileniu umiarkowanym, obejmujące powtórzenia całych wyrazów i ich części, przeciąganie dźwięków oraz bloki, którym towarzyszyło pewne napięcie i zachowania wysiłkowe.

Zdolności motoryczne: Niektóre badania wykazały różnice w umiejętnościach motorycznych związanych z mówieniem u części osób z jękaniami – mogą one być słabiej skoordynowane, co oznacza, że potrzeba więcej czasu na zaplanowanie i zrealizowanie wypowiedzi.

Ćwiczenia języka, warg i ruchów ust, które przeprowadziliśmy podczas badania Ishana, nie wskazały na żadne trudności; nie zaobserwowano także problemów podczas jedzenia. Zwrócili jednak Państwo uwagę, że czasami mówi on zbyt szybko jak na swoje możliwości. Wiemy, że jękanie często nasila się przy szybkim tempie mówienia. Niektórzy ludzie mówią naturalnie szybciej, a dzieci mogą przyspieszać mowę, gdy są podekscytowane, zaniepokojone lub rywalizują o głos. Dzieci jękające się niekoniecznie mówią szybciej od innych, ale ich tempo mowy może być zbyt szybkie w stosunku do możliwości ich systemu motoryki mowy i języka – i może to dotyczyć Ishana.

- 3 Czynniki komunikacyjne i językowe: Wydaje się, że istnieje silny związek między jękaniami dziecka a jego rozwojem mowy i języka.

Dzieci zwykle zaczynają się jękać w wieku od dwóch do czterech lat, czyli w okresie intensywnej zmiany rozwojowej – gdy rozwija się słownictwo, pojawia się łączenie wyrazów w zdania oraz tworzenie dłuższych i bardziej złożonych wypowiedzi. Wiele dzieci z jękaniami wykazuje prawidłowo rozwijające się umiejętności językowe; u innych rozwój językowy jest opóźniony, a u części dzieci jest ponadprzeciętny. Czasami różne aspekty zdolności językowych dziecka rozwijają się w różnym tempie – na przykład dziecko może mieć szeroki zasób słownictwa, ale nadal rozwijać umiejętność budowania zdań.

Podczas naszego badania Ishan stawał się coraz bardziej rozmowny w miarę trwania spotkania; był bardzo chętny do współpracy i dobrze skupiony. Język angielski Ishana rozwija się adekwatnie do jego wieku, a dodatkowo uczy się on języka gudżarati, co będzie dla niego dużym atutem. Ważne jest, aby wiedzieli Państwo, że dwujęzyczność nie powoduje jękania, dlatego zachęcamy, aby rozmawiali Państwo z nim w języku, w którym czują się najbardziej komfortowo.

Wspominali Państwo, że czasami sprawia wrażenie, jakby próbował dopiero w trakcie mówienia wymyślić, co chce powiedzieć. Wskazywaliśmy już wcześniej, że ma on tendencję

do zbyt szybkiego mówienia i może potrzebować więcej czasu na sformułowanie i wyrażenie swoich myśli. Podczas badania słyszeliśmy, że często powtarzał całe frazy i poprawiał to, co mówił – nie jest to jąkanie, lecz zjawisko często obserwowane, gdy próbujemy uporządkować myśli w trakcie mówienia.

Czy dobrze to rozumiem?

- 4 Czynniki psychologiczne: Wiele osób uważa, że jąkanie jest spowodowane problemami emocjonalnymi lub że osoby jękające się są „zbyt emocjonalne”. z badań naukowych wiemy jednak, że nie jest to prawdą.

Osobowość: Każde dziecko jękające się różni się pod względem osobowości oraz sposobu reagowania na jąkanie i radzenia sobie z nim. Chociaż nie istnieje określony typ osobowości powiązany z jękaniem, badania wykazały, że dzieci z jękaniem mogą być bardziej reaktywne emocjonalnie i może być im trudniej regulować lub kontrolować swoje emocje.

Mówią Państwo, że Ishan jest miłym, kochającym i dobrze wychowanym chłopcem. Jest dość wrażliwy i uważnie odbiera sygnały z otoczenia – zarówno te dotyczące własnego jękania, jak i Państwa obaw. Wspomnieli Państwo również, że w domu jest pewny siebie i dobrze sobie radzi, mimo że jest najmłodszym dzieckiem, natomiast w przedszkolu bywa mniej pewny siebie.

Wpływ jękania na Ishana: Dzieci różnie reagują na swoje jękanie. Dla niektórych nie stanowi ono większego problemu, inne są bardzo świadome swoich trudności i mogą odczuwać z ich powodu zdenerwowanie, wstyd lub frustrację. Ishan jest świadomy swojego jękania – zauważyłam, że czasami odwraca wzrok w momentach jękania, co prawdopodobnie wskazuje na poczucie skrępowania. Powiedział mi, że trudno mu się mówi i że „słowa się zacinają”, co sprawia, że jest mu smutno.

Odpowiedzi, których udzielał na pytania dotyczące jego nastawienia do mówienia, pokazują, że – podobnie jak wiele innych dzieci jękających się – doświadcza wobec swojej mowy więcej negatywnych emocji. Mówili mi Państwo, że Ishan bywa spięty, wywiera na siebie presję i czasami się poddaje. Zdarza się również, że pyta Państwa, co jest „nie tak” z jego mówieniem. Bardzo istotne jest to, że czuje się na tyle bezpiecznie, aby rozmawiać z Państwem o tym otwarcie. Na późniejszym etapie wspólnie zastanowimy się, co można mu mówić w takich momentach.

- 5 Czynniki środowiskowe: Czynniki środowiskowe wchodzi w interakcje z czynnikami fizjologicznymi, związanymi z motoryką mowy, komunikacyjnymi i językowymi oraz psychologicznymi.

Środowisko domowe i przedszkolne Ishana jest istotne z punktu widzenia tego, w jaki sposób może ono wpływać na niego i jego jąkanie, jednak nie jest jego przyczyną.

Dom: Nasze domy i rodziny mogą być bardzo aktywne lub spokojne, szczęśliwe lub przeżywające trudności, a rodzice starają się sprostać wielu wymaganiom związanym z codziennym funkcjonowaniem i zapewnieniem bytu rodzinie. Zabiegane rodziny żyjące

w szybkim tempie, w których wiele osób jednocześnie zabiera głos, są czymś zupełnie normalnym, jednak dla dziecka jękającego się takie warunki mogą być bardziej wymagające.

Rodzice przeżywają różne emocje związane z jękaniem dziecka i różnie na nie reagują. Czasami jękanie sprawia, że nie są pewni, jak pomóc dziecku w radzeniu sobie z jego uczuciami lub jak powinni reagować na jego zachowanie. Żaden z tych czynników nie powoduje jękania; mogą one jedynie wpływać na to, w jaki sposób jękanie oddziałuje na dziecko i całą rodzinę.

Oczywiste jest, że są Państwo bardzo troskliwymi rodzicami, dobrze rozumieją Państwo Ishana i włożyli Państwo wiele wysiłku, aby oboje móc dziś tu być. Życie Państwa rodziny jest bardzo intensywne – podobnie jak w wielu innych rodzinach – i jest w nim wiele osób, które mają dużo do powiedzenia. Rywalizacja Ishana z rodzeństwem może czasami wywierać presję na jego mowę, zwłaszcza gdy cała rodzina jest razem i każdy chce zabrać głos. w terapii możemy wspólnie zastanowić się, jak najlepiej wesprzeć Ishana w takich sytuacjach.

Wpływ jękania Ishana na Państwa: Wyraźnie widać, że bardzo martwią się Państwo jego jękaniem – szczególnie Pani, jako mama – i nie zawsze są Państwo pewni, jak najlepiej reagować oraz jak mu pomóc. Dali mu Państwo kilka rad, które, jak sami Państwo zauważyli, nie okazały się pomocne. w terapii wspólnie ustalimy, jak najlepiej reagować w takich momentach i co jeszcze może być dla niego wspierające.

Przedszkole: Dla niektórych dzieci wymagania środowiska przedszkolnego lub szkolnego stanowią wyzwanie i mogą wpływać na nasilenie jękania. Wygląda na to, że Ishan nie czuje się zbyt pewnie w przedszkolu, a Państwo martwią się, jak poradzi sobie w szkole. w związku z tym budowanie jego pewności siebie będzie ważnym obszarem naszej pracy, nad którym warto się pochylić.

Czy jest coś, co powiedziałam, a co nie było wystarczająco jasne lub z czym Państwo się nie zgadzają? Czy mają Państwo jakieś pytania?

Na podstawie dzisiejszych ustaleń chciałabym zaproponować Państwu cykl terapii Palin PCI, w którym weźmiecie Państwo udział wspólnie z Ishanem. Spotkania odbywałyby się raz w tygodniu przez sześć tygodni, a każde z nich trwałoby około godziny.

Podczas sesji będziemy przyglądać się temu, co wspiera mowę Ishana, oraz zastanawiać się, jak można te elementy wzmacniać. Będziemy korzystać z nagrań wideo, aby przeanalizować, w jaki sposób już teraz wchodzi Państwo z nim w interakcję w sposób sprzyjający komunikacji, a także aby wspólnie opracować sposoby reagowania w momentach jękania.

Bardzo ważne jest, aby terapia była kontynuowana w domu, dlatego poproszę Państwa o ćwiczenie tych strategii w codziennych sytuacjach w ciągu tygodnia. Omówimy również inne sposoby, w jakie cała rodzina może wspierać Ishana w mówieniu, dlatego poproszę o udział wszystkich domowników w jednej z sesji.

Po upływie 6 tygodni rozpoczniemy domowy okres utrwalania, który potrwa kolejne 6 tygodni. w tym czasie będą Państwo kontynuować wszystkie wprowadzone działania, a my pozostaniemy z Państwem w kontakcie, by monitorować postępy. Pod koniec tego etapu spotkamy się ponownie z Ishanem, aby omówić jego postępy i zdecydować, czy konieczne będzie dalsze wsparcie terapeutyczne. Niezależnie od dalszych decyzji będziemy monitorować rozwój Ishana w nadchodzącym roku.

Studium przypadku Jake, wiek 6 lat

Podsumowanie wyników diagnozy

Matka Jake'a otrzymała kopię Modelu Palina oraz wyjaśnienie ogólnych faktów dotyczących jękania (zawartych w broszurze).

„Na podstawie badania dziecka oraz wywiadu zidentyfikowaliśmy szereg czynników, które pomagają nam zrozumieć jękanie Jake'a; dlatego określamy jękanie jako zjawisko wieloczynnikowe. Jake znajduje się w centrum Modelu i posiada wrodzone czynniki fizjologiczne, które leżą u podstaw jego jękania, co za chwilę dokładniej wyjaśnimy. Wyróżniamy również czynniki związane z motoryką mowy, czynniki językowe, komunikacyjne i psychologiczne (przedstawione w trójkącie), które wpływają na jego jękanie, a także czynniki środowiskowe (przedstawione w zewnętrznym okręgu). Każde dziecko z jękaniami ma inną kombinację czynników wpływających na jego mowę, a także własne zasoby i mocne strony, które również zostaną omówione”.

1 Czynniki fizjologiczne to wewnętrzne czynniki obecne u Jake'a, które leżą u podstaw jego jękania.

Czynniki genetyczne: Badania wykazały, że jękanie ma tendencję do występowania w rodzinach. w przypadku Jake'a powiedziała Pani, że Pani kuzyn jękał się w sposób łagodny, co nie ma na niego znaczącego wpływu, a brat Jake'a jękał się w dzieciństwie, jednak jego jękanie stopniowo ustąpiło.

Struktura i funkcjonowanie mózgu: z badań wiemy, że dzieci z jękaniami mogą wykazywać niewielkie różnice w rozwijającym się mózgu oraz w sposobie jego organizacji w odniesieniu do mowy.

Mówienie jest procesem złożonym i wymaga jednoczesnej pracy wielu obszarów mózgu. Najpierw musimy wiedzieć, co chcemy przekazać, następnie dobrać odpowiednie słowa, ułożyć je w poprawną strukturę gramatyczną, a potem zaplanować i wykonać ruchy artykulacyjne oraz skoordynować oddech z pracą ust, języka i warg, aby wypowiedzieć każdy dźwięk w zdaniu. Wiemy, że różne obszary mózgu muszą ze sobą współpracować, aby wszystkie te elementy mogły zadziałać razem. Badania sugerują, że u dzieci jękających się mózg może być mniej efektywny w integrowaniu tych procesów w tempie potrzebnym do płynnej mowy, dlatego dzieci te mogą potrzebować więcej czasu na wypowiedź. Zauważyła

Pani, że podobnie jest u Jake'a – potrzebuje on czasu, by uporządkować to, co chce powiedzieć.

Dobłą wiadomością jest to, że ludzki mózg nieustannie zmienia się przez całe życie i jest określany jako bardzo „plastyczny” – różnice te nie są więc trwale w nim utrwalone. To wyjaśnia, dlaczego u części dzieci jękanie ustępuje samoistnie oraz dlaczego terapia jest skuteczniejsza, gdy rozpoczyna się ją we wcześniejszym wieku. Nie wiemy, czy jękanie Jake'a samo ustąpi, dlatego bardzo dobrze, że zgłosili się Państwo na terapię na tym etapie.

Dobrostan fizyczny: Oprócz czynników wewnętrznych, leżących u podstaw jękania, istotne mogą być również aspekty fizycznego funkcjonowania dziecka, takie jak złe samopoczucie czy zmęczenie, które mogą wpływać na jego mowę.

Warto zauważyć, że Jake jest ogólnie zdrowym chłopcem, jednak ma trudności z zasypianiem – kładzie się spać późno i potrzebuje czasu, aby się wyciszyć. Wspomniała Pani również, że jęka się bardziej, gdy jest zmęczony. Dzieci jękające się często odnoszą korzyści z odpowiedniej ilości snu, dlatego wspólnie możemy zastanowić się nad wprowadzeniem wcześniejszej pory snu oraz wieczornej rutyny, co może pomóc mu szybciej zasypiać.

Czy to ma dla Pani sens?

- 2** *Czynniki związane z motoryką mowy mogą wpływać na jękanie Jake'a oraz na sposób jego rozwoju.*

Objawy jękania: Podczas badania Jake'a oraz na podstawie Pani opisu ustaliliśmy, że jękanie występowało w około 14% jego wypowiedzi. Ogólnie ocenilibyśmy je jako umiarkowane do nasilonego, z dominującymi przedłużeniami głosek oraz blokami, którym towarzyszyło pewne napięcie i zachowania wysiłkowe widoczne na twarzy i w ciele. Jake czasami zmienia to, co chce powiedzieć, gdy „utknie” na słowie – zaobserwowaliśmy to również podczas badania. Ma także tendencję do odwracania wzroku w momentach bloków, a wówczas dokończenie wypowiedzi sprawia mu wyraźną trudność.

Zdolności motoryczne mowy:

Niektóre badania wykazały różnice w umiejętnościach motorycznych związanych z mową u części osób z jękaniami – mogą one być słabiej skoordynowane, co oznacza konieczność poświęcania większej ilości czasu na planowanie i realizację wypowiedzi.

Nie zauważyliśmy u Jake'a szczególnych trudności w zakresie sprawności narządów mowy. Jedzenie nie sprawia mu problemów, a ćwiczenia języka, warg i jamy ustnej wykonywane podczas badania nie były dla niego trudne. Wspomniała Pani, że Jake bardzo lubi mówić, ma dużo do powiedzenia i często się spieszy. Wiemy, że jękanie często nasila się przy szybkim tempie mówienia, co również Pani zauważyła. Niektórzy z natury mówią szybciej niż inni, a dzieci mogą przyspieszać mowę, gdy są podekscytowane, niespokojne lub rywalizują o głos. Dzieci jękające się niekoniecznie mówią szybciej od innych, jednak tempo ich mowy

może być zbyt szybkie w stosunku do możliwości ich systemu motorycznego lub językowego – i być może tak jest w przypadku Jake’a.

- 3 Czynniki komunikacyjne i językowe: Wydaje się, że istnieje silny związek między jękaniem dziecka a jego rozwojem mowy i języka. Dzieci zwykle zaczynają się jękać w wieku od 2 do 4 lat, czyli w okresie intensywnych zmian rozwojowych – gdy szybko poszerza się zasób słownictwa, dzieci zaczynają łączyć słowa w zdania oraz tworzyć dłuższe i bardziej złożone wypowiedzi.

Powiedziała Pani, że Jake wcześniej zaczął mówić, a jękanie pojawiło się w momencie, gdy zaczął używać bardziej złożonego języka. Wiele dzieci z jękaniem wykazuje prawidłowo rozwijające się umiejętności językowe; u innych rozwój językowy jest opóźniony, a u części – wyraźnie ponadprzeciętny. z badań wiemy również, że u niektórych dzieci im dłuższe i bardziej skomplikowane są wypowiedzi, tym większe jest prawdopodobieństwo wystąpienia jękania.

Podczas badania Jake był komunikatywny i dobrze skoncentrowany. Ocena wykazała, że jego umiejętności w zakresie rozumienia i budowania wypowiedzi są powyżej normy wiekowej oraz że posługuje się długimi i złożonymi zdaniami. Wspominaliśmy już, że Jake mówi szybko, natomiast zauważyliśmy, że radzi sobie łatwiej, gdy stosuje wolniejsze tempo mówienia. Połączenie zaawansowanych umiejętności językowych z naturalnie szybkim tempem mowy prawdopodobnie wpływa na jego jękanie.

„Czy dobrze to rozumiem?”

- 4 Czynniki psychologiczne: Wiele osób uważa, że jękanie jest spowodowane problemami emocjonalnymi lub że osoby jękające się są „zbyt emocjonalne”. z badań naukowych wiemy jednak, że nie jest to prawdą.

Osobowość: Każde dziecko z jękaniem różni się pod względem osobowości oraz sposobu reagowania na jękanie i radzenia sobie z nim. Choć nie istnieje jeden określony typ osobowości powiązany z jękaniem, badania pokazują, że dzieci jękające się mogą być bardziej reaktywne emocjonalnie i mieć większe trudności z regulacją emocji. Opisała Pani Jake’a jako pewnego siebie, towarzyskiego chłopca, który jest miłym kolegą i ma wielu przyjaciół. Wspomniała Pani także, że bywa emocjonalny – szybko się denerwuje, frustruje lub złości, gdy sprawy nie idą po jego myśli. Może to wskazywać, że należy do grupy dzieci bardziej reaktywnych, którym czasem trudno się wyciszyć. Zauważyła Pani również, że miewa trudności z opanowaniem wybuchów emocji, co może mieć wpływ na jego jękanie – i jest to obszar, którym możemy zająć się również w terapii.

Wpływ jękania na Jake’a: Różne dzieci w różny sposób reagują na swoje jękanie. Niektórym wydaje się ono w ogóle nie przeszkadzać. Inne są bardzo świadome swojego jękania i mogą być z jego powodu zdenerwowane, zawstydzone lub sfrustrowane. Jake jest świadomy swojego jękania i wydaje się, że nie czuje się komfortowo, rozmawiając o nim, a Pani dostosowuje się do jego postawy. w późniejszym etapie możemy wspólnie zastanowić się, jak sobie z tym poradzić.

Podczas badania Jake powiedział, że z tego powodu czuje się „źle” i martwi się tym, jak jego jękanie odbierają koledzy. Ocena jego nastawienia do mówienia pokazała, że – podobnie jak inne dzieci jęknące się – doświadcza on bardziej negatywnych uczuć związanych ze swoją mową. Jak już wspominałam, zauważyłam również, że czasami odwraca wzrok podczas dłuższych momentów zająknięć.

Powiedziała mi Pani, że Jake zaczyna mówić mniej z powodu swojego jękania i że czasami oczekuje, iż Pani włączy się z pomocą. Wspomniała Pani także, że martwi się, iż jękanie zaczyna mieć na niego coraz większy wpływ – w przeciwieństwie do Pani kuzyna, który również się jęka, ale nie wydaje się tym przejmować. Pani kuzyn może być dla Jake’a dobrym wzorem do naśladowania, prawda?

- 5 Czynniki środowiskowe wchodzą w interakcje z czynnikami fizjologicznymi, związanymi z motoryką mowy, komunikacyjnymi, językowymi oraz psychologicznymi. Środowisko domowe i szkolne Jake’a jest istotne z punktu widzenia tego, w jaki sposób może wpływać na niego i jego jękanie, jednak nie stanowi przyczyny samego jękania.

Dom: Nasze domy i rodziny mogą być zabiegane lub spokojne, szczęśliwe lub przeżywające trudności, a rodzice starają się sprostać wielu wymaganiom związanym z codziennym funkcjonowaniem rodziny. Zabiegane, szybkie tempo życia rodzinnego, w którym wiele osób chce jednocześnie zabrać głos, jest czymś zupełnie normalnym, jednak dla dziecka jęknącego się może być bardziej wymagające. Rodzice przeżywają różne emocje związane z jękaniem dziecka i różnie na nie reagują. Czasami jękanie sprawia, że nie są pewni, jak pomóc dziecku w radzeniu sobie z jego uczuciami lub jak powinni reagować na jego zachowanie. Żaden z tych aspektów nie powoduje jękania – mogą one jedynie wpływać na to, w jaki sposób jękanie oddziałuje na dziecko i całą rodzinę.

Wyraźnie widać, że jest Pani bardzo troskliwą matką, dobrze rozumie Jake’a i jest bardzo zaangażowana w pomaganie mu w komunikowaniu się. Wspaniale jest również to, że jego brat tak bardzo go wspiera i daje mu czas na wypowiedź. Dzieci z jękaniem bardzo tego potrzebują, a rola rodziny jest w tym zakresie niezwykle istotna. Wiemy, że życie rodzinne bywa intensywne – zwłaszcza gdy trzeba pogodzić potrzeby dwojga dzieci i napięte harmonogramy – dlatego tym bardziej warto podkreślić, jak pomocne jest Pani zaangażowanie. Bardzo ważne jest również to, że tata Jake’a pomaga i chętnie angażuje się w terapię, ponieważ oznacza to, że Jake otrzymuje wsparcie od obojga rodziców.

Szkoła: Niektóre dzieci postrzegają wymagania środowiska szkolnego jako szczególnie trudne, co może mieć wpływ na ich jękanie. Jake wydaje się być z natury pewnym siebie chłopcem, jednak jego jękanie zaczyna wpływać na funkcjonowanie w klasie – jak zauważyła nauczycielka, rzadziej się zgłasza i mniej się angażuje. To bardzo dobrze, że nauczycielka jest tego świadoma i że możemy liczyć na jej wsparcie w budowaniu jego pewności siebie – zwłaszcza poprzez pokazywanie mu w środowisku szkolnym, jak bardzo jest bystry i zdolny.

Czy jest coś, co powiedziałam w sposób nie do końca jasny lub co – według Pani – mogłam zrozumieć niewłaściwie? Czy ma Pani jakieś pytania?

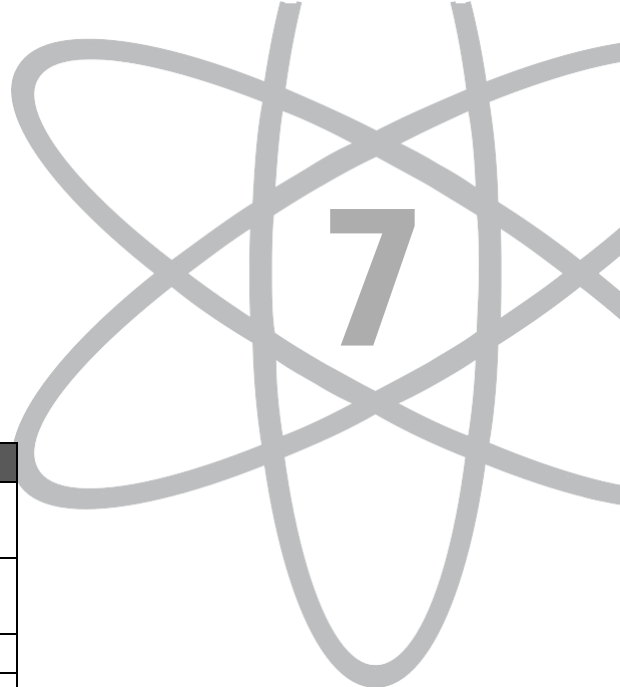
Opierając się na ustaleniach z naszej dzisiejszej rozmowy, chciałabym zaproponować dla Państwa cykl terapii interakcyjnej Palin PCI. Spotkania odbywałyby się raz w tygodniu przez sześć tygodni, z udziałem Pani i Jake'a. Każda sesja będzie trwała około godziny.

Podczas spotkań przyjrzymy się temu, co pomaga Jake'owi w komunikowaniu się, i zastanowimy się, jak możemy te elementy dalej wzmocnić. Wykorzystamy nagrania wideo, aby zobaczyć, w jaki sposób już teraz wchodzi Państwo z nim w interakcje sprzyjające jego mowie. Bardzo ważne jest, aby terapia była kontynuowana w domu, dlatego poproszę Państwa o ćwiczenie tych strategii w codziennych sytuacjach w ciągu tygodnia. Porozmawiamy również o tym, jak najlepiej reagować na jękanie Jake'a oraz jak możemy pomóc Państwu obojgu w mówieniu o nim w sposób otwarty i spokojny. Może to pomóc zarówno Pani, jak i Jake'owi poczuć się pewniej.

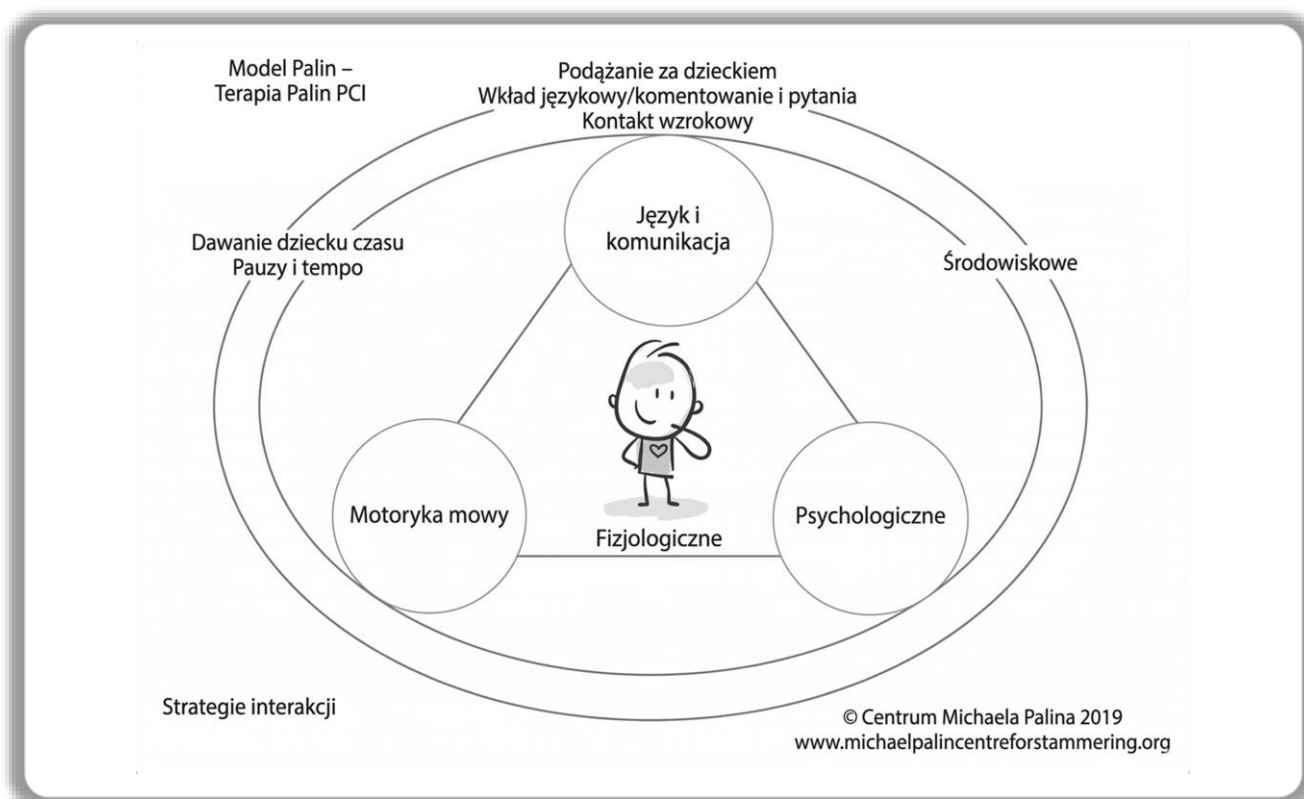
W odniesieniu do zmęczenia Jake'a możemy wspólnie – we trójkę – zastanowić się, jak wprowadzić wcześniejszą porę zasypiania i pomóc mu szybciej wyciszyć się przed snem. Może to również sprzyjać lepszej regulacji emocji oraz zmniejszyć liczbę sytuacji, w których staje się zdenerwowany, sfrustrowany lub zły, a także ułatwić dobór adekwatnych reakcji w takich momentach.

Po upływie 6 tygodni rozpoczniemy etap utrwalania w domu, który potrwa kolejne 6 tygodni. W tym czasie będą Państwo kontynuować wszystkie wprowadzone strategie, a my pozostaniemy w kontakcie, aby monitorować przebieg procesu. Po zakończeniu etapu utrwalania spotkamy się ponownie z Jake'em, aby omówić jego postępy i zdecydować, czy potrzebna będzie dalsza terapia. Niezależnie od dalszych decyzji będziemy monitorować rozwój Jake'a przez kolejny rok.

Strategie interakcyjne



Strategie interakcyjne
Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem)
Dawanie dziecku czasu na rozpoczęcie, udzielenie i dokończenie wypowiedzi
Pauzowanie, tempo
Kontakt wzrokowy
Język odpowiedni do poziomu dziecka
Więcej komentarzy niż pytań
Inne



Pełne badanie pozwoliło nam opracować profil umiejętności dziecka oraz obszarów jego wrażliwości.

Analiza interakcji umożliwiła zidentyfikowanie:

- * które strategie interakcyjne mogą ułatwiać komunikację i wspierać płynność mowy dziecka,
- * które strategie interakcyjne są już stosowane przez rodziców oraz które z nich można dalej rozwijać.

W terapii Palina PCI rodzice oglądają nagrania wideo swoich interakcji z dzieckiem. Uczą się rozpoznawać i omawiać, jakie działania już teraz wspierają komunikację i płynność mowy dziecka, a następnie ćwiczą

dalsze rozwijanie tych strategii. Ćwiczenia domowe odbywają się w ramach krótkich, regularnych tzw. „Czasów Specjalnych”.

W program Palin PCI włączony jest moduł rozwijania pewności siebie dziecka, pierwotnie oparty na modelu Faber i Mazlish (1980), a następnie rozwinięty w świetle nowszych badań. Dodatkowo, w razie potrzeby, w trakcie oceny omawiane są inne strategie rodzinne, takie jak np. zasady zabierania głosu w rodzinie, radzenie sobie ze zmęczeniem czy zarządzanie zachowaniem.

- * Aby przeprowadzić terapię Palin PCI, terapeuta będzie potrzebował:
- * pokoju wyposażonego w materiały do zabawy odpowiednie do wieku i umiejętności dziecka,
- * pierwszego nagrania wideo interakcji rodzic–dziecko,
- * urządzenia do nagrywania i odtwarzania materiałów wideo (z dźwiękiem),
- * instrukcji Czasu Specjalnego (sesja 1) (zob. Załącznik IX),
- * Arkuszy Czasu Specjalnego (wszystkie spotkania) (zob. Załącznik IX),
- * materiałów informacyjnych dla rodziców, zależnie od potrzeb (zob. Załączniki XIII–XVI).

Każda sesja trwa jedną godzinę i najlepiej, aby spotkania odbywały się przez sześć kolejnych tygodni. Poniżej przedstawiono przebieg terapii w układzie sesja po sesji.

Sesja 1

Zakres sesji 1:

- * *nagranie wideo (jeśli jest to konieczne),*
- * *omówienie wyników diagnozy,*
- * *omówienie oczekiwań rodziców wobec terapii,*
- * *przedstawienie przebiegu terapii,*
- * *wprowadzenie Czasu Specjalnego,*
- * *jeśli to zasadne – omówienie kwestii dwujęzyczności,*
- * *jeśli to zasadne – przekazanie materiału Otwarte mówienie o jękanu.*

1. Nagranie wideo interakcji rodzic–dziecko (w razie potrzeby)

Jeśli w diagnozie dziecka uczestniczył tylko jeden z rodziców, podczas pierwszej sesji wykonujemy nagranie wideo drugiego rodzica bawiącego się z dzieckiem. Jeżeli pomiędzy badaniem a rozpoczęciem terapii minęło kilka miesięcy, wykonujemy nowe nagrania interakcji każdego z rodziców z dzieckiem podczas zabawy. Wskazówki dotyczące przygotowania takiego nagrania znajdują się w rozdziale poświęconym diagnozie (rozdział 5).

2. Omówienie wyników diagnozy

Wspólnie z rodzicami wracamy do wyników diagnozy. Daje to możliwość doprecyzowania informacji, jeśli rodzice tego potrzebują, a także pomaga skupić uwagę na profilu mocnych stron i obszarów trudności dziecka, który stanowi podstawę terapii Palin PCI. Jest to również okazja do powrotu do ewentualnych dodatkowych zaleceń sformułowanych podczas podsumowania diagnozy.

Jeśli badanie miało miejsce ponad sześć tygodni przed tą wizytą, ponownie oceniamy jąkanie i jego wpływ za pomocą testu SSI-4 (Riley, 2009) lub jego odpowiednika – KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007) – oraz Skali Palin PRS (Millard i Davis, 2016), aby uzyskać aktualne pomiary wyjściowe i lepiej zrozumieć bieżący obraz kliniczny.

3. Ustalenie oczekiwań i nadziei rodziców

Pytania zaczerpnięte z Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (Solution Focused Brief Therapy; de Shazer, 1996; Ratner i in., 2012) pozwalają uzyskać szczegółowy opis tego, co – zdaniem rodziców – chcieliby osiągnąć dzięki terapii. Jednocześnie pomagają nadać procesowi terapeutycznemu pozytywny ton, koncentrując uwagę na tym, co pomocne, co już działa oraz jakie zasoby, mocne strony i umiejętności rodzice wnoszą do terapii.

* Jakie są Państwa największe nadzieje?

Pytamy rodziców: „Jakie są Państwa największe nadzieje związane z tą terapią?”, aby pomóc im określić, co chcą osiągnąć dzięki tym spotkaniom. Naturalną pierwszą odpowiedzią bywa: „Chcielibyśmy, żeby mówił płynnie”. Następnie zadajemy pytanie pogłębiające: „Jaką różnicę by to zrobiło?”, co pomaga rodzicom poszerzyć perspektywę z samej płynności mowy na ogólne funkcjonowanie dziecka, na przykład: „Gdyby mówił bardziej płynnie, co by się zmieniło?”, „Byłby szczęśliwszy / bardziej pewny siebie / częściej rozmawiałby z kolegami”.

* „Zamiast”

Czasami rodzice formułują swoje nadzieje w sposób negatywny, na przykład: „Przestanie się jąkać” lub „Będzie mniej wstydlivy”. w takich sytuacjach pomagamy im zmienić perspektywę, zadając pytanie z użyciem słowa „zamiast”, które pozwala wydobyć pozytywne oczekiwanie, na przykład: – „Czego oczekiwaliby Państwo zamiast jąkania / bycia nieśmiałym?”

* Co się zmieni, gdy spełnią się Państwa największe nadzieje?

Gdy już ustalimy, czego rodzice oczekują od terapii, zadajemy pytania pomagające określić, w jaki sposób ta zmiana przełoży się na codzienne życie dziecka, na przykład: „Po czym poznają Państwo, że będzie bardziej pewny siebie?”

* Co jeszcze?

Następnie pomagamy rodzicom rozwinąć ich odpowiedzi, kilkakrotnie zadając pytanie „Co jeszcze?”. Dzięki temu rodzice mogą podać jak najwięcej konkretnych przykładów oczekiwanych zmian, sformułowanych w pozytywny sposób, na przykład: „Co jeszcze Państwo zauważą, gdy będzie bardziej pewny siebie?”

Instrukcja Czasu Specjalnego

- * Skalowanie
 - Rysujemy na kartce linię, na której 0 znajduje się na jednym końcu, a 10 na drugim.
 - Zapisujemy największe nadzieje, które rodzice wyrazili.
 - Prosimy rodziców, aby wyobrazili sobie, że 10 oznacza pełne spełnienie wszystkich tych nadziei, a 0 – ich całkowite przeciwieństwo.
 - Pytamy rodziców, gdzie – ich zdaniem – obecnie znajdują się na tej skali.
 - Następnie pytamy, jakie drobne sygnały zauważą, gdy przesuną się o 1 punkt w górę skali, na przykład: „Skąd będą Państwo wiedzieć, że przesunęli się o 1 punkt? Co będzie inne?”

Bardziej szczegółowy opis procesu wykorzystywania Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach do pracy nad nadziejami rodziców znajduje się w Załączniku VIII.

4. Opis programu terapii

Format i cele terapii opisujemy w następujący sposób:

- * Terapia Palin PCI obejmuje sześć cotygodniowych sesji, z których każda trwa 1 godzinę. Podczas spotkań będziemy przyglądać się temu, co pomaga dziecku w mówieniu, a także temu, co rodzina może robić, aby wspierać je w codziennym funkcjonowaniu.
- * Na każdej sesji potrzebna będzie obecność obojga rodziców oraz dziecka. w domu będą Państwo wdrażać strategie, które pomogą dziecku w mówieniu i w budowaniu ogólnej pewności siebie.
- * Wspólnie ustalimy ćwiczenia do wykonywania w domu, a Państwo otrzymają arkusze do ich monitorowania.
- * Po zakończeniu sześciu tygodni terapii gabinetowej nastąpi kolejny, sześciotygodniowy okres utrwalania w domu, podczas którego będą Państwo kontynuować wprowadzone strategie. w tym czasie pozostaniemy w kontakcie, jednak nie będą odbywać się regularne sesje terapeutyczne.
- * Następnie zaplanujemy wizytę kontrolną, aby omówić postępy dziecka i zdecydować, czy potrzebne są kolejne sesje terapeutyczne, czy też wystarczają dotychczasowe działania.
- * Przebieg terapii różni się u poszczególnych dzieci. Niektóre rodziny zauważają poprawę w mowie i pewności siebie dziecka już w trakcie pierwszych 6 tygodni terapii, inne dopiero podczas sześciotygodniowego okresu utrwalania w domu, a u części zmiany pojawiają się nieco później.
- * W ciągu roku mogą pojawiać się zarówno lepsze, jak i trudniejsze momenty – w takich sytuacjach wspólnie będziemy poszukiwać sposobów na ponowne „złapanie równowagi”.

5. Wprowadzenie Czasu Specjalnego

Czas Specjalny stanowi kluczowy element terapii Palin PCI. w jego trakcie rodzice koncentrują się na tworzeniu wspierającego środowiska komunikacyjnego dla dziecka poprzez wdrażanie wybranych Strategii Interakcyjnych (nazywanych „celami”), których zadaniem jest wspieranie komunikacji i płynności mowy. Czas Specjalny daje również okazję do spokojnej, wspólnej zabawy, wzmocnienia relacji rodzic–dziecko oraz zapewnienia dziecku regularnej, niepodzielnej uwagi.

Podczas pierwszej sesji wprowadzamy Czas Specjalny. w kolejnym tygodniu rodzice organizują go już samodzielnie, włączając go w codzienną rutynę rodzinną.

- * Znaczenie Czasu Specjalnego: Wyjaśniamy rodzicom, że Czas Specjalny jest centralnym elementem procesu terapeutycznego, dlatego pierwsza sesja poświęcona jest jego zaplanowaniu i omówieniu. Następnie rodzice spędzają pierwszy tydzień na wprowadzaniu Czasu Specjalnego do codziennego życia. Gdy stanie się on stałym elementem rodzinnej rutyny, stopniowo włączamy strategie wspierające komunikację i płynność mowy dziecka. Rodzice otrzymują Instrukcję Czasu Specjalnego do domu, a sam format jest szczegółowo omawiany podczas pierwszego spotkania.
- * Ile Czasów Specjalnych? Pytamy rodziców, ile czasu są w stanie realnie poświęcić – zazwyczaj od trzech do pięciu Czasów Specjalnych w tygodniu. Każdy rodzic planuje swoje własne Czasy Specjalne z dzieckiem i sam decyduje o ich liczbie. Zachęcamy do realistycznego planowania – zaplanowanie zbyt wielu Czasów Specjalnych może utrudnić ich regularną realizację. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że mniej niż 3 Czasy Specjalne w tygodniu są nieskuteczne. Dziecko może mieć więcej niż 1 Czas Specjalny dziennie, jednak nie z tym samym rodzicem. Niektóre rodziny wolą planować Czasy Specjalne o stałych porach dnia lub tygodnia, inne wybierają bardziej elastyczne podejście. w rodzinach z 1 rodzicem lub kilkorgiem dzieci może być potrzebna większa kreatywność w planowaniu indywidualnych Czasów Specjalnych.
- * W co się bawić? Niektórych aktywności warto unikać, ponieważ nie sprzyjają one interakcji werbalnej, na przykład gier wideo, oglądania bajek czy zabaw na świeżym powietrzu. Czasami wspólnie z rodzicami omawiamy, jakimi zabawkami lub grami dziecko dysponuje w domu, aby pomóc im wybrać odpowiednie aktywności do Czasu Specjalnego. Najlepiej, gdy to dziecko samo wybiera zabawę, ponieważ zwiększa to jego zaangażowanie i motywację do współpracy. Jeśli aktywność wybiera rodzic, istnieje ryzyko, że dziecko nie będzie chciało w niej uczestniczyć.
- * Co mówi, a nie jak mówi: Podczas Czasu Specjalnego zachęcamy rodziców, aby koncentrowali się na tym, co dziecko mówi, a nie na tym, jak to mówi. Ważne jest, aby poświęcali dziecku pełną, niepodzielną uwagę i nie wykonywali w tym czasie innych czynności, takich jak gotowanie czy sprzątanie. Czasami pomagamy rodzicom zdecydować, gdzie najlepiej organizować Czas Specjalny, aby zminimalizować rozpraszacze i przerwy.
- * Czas Specjalny z rodzeństwem: Sugerujemy, aby rodzice organizowali Czasy Specjalne również z innymi dziećmi w rodzinie. Pomaga to uniknąć sytuacji, w której cała uwaga skupia się wyłącznie na dziecku jękającym się, a jednocześnie pokazuje, że każde dziecko ma prawo do indywidualnego czasu z rodzicem.
- * Tylko pięć minut: Rodzice i dzieci czasami uważają, że pięć minut to bardzo krótko, dlatego podkreślamy znaczenie trzymania się tego czasu w pierwszym tygodniu, aby ugruntować rutynę. Minutnik może być pomocny, zwłaszcza gdy dziecko nie rozumie jeszcze pojęcia 5 minut lub ma trudność z zakończeniem zabawy. Limit pięciu minut ma dwa cele:
 - 1 Ułatwia znalezienie czasu na Czas Specjalny i utrzymanie regularności, nawet gdy jest on krótki.
 - 2 Ułatwia rodzicom skupienie się przez pięć minut na jednym elemencie stylu interakcji – dłuższy czas bywa trudniejszy do utrzymania.

Arkusze Czasu Specjalnego

- * Arkusz zadań: Gdy rodzice zrozumieją, na czym polega zadanie związane z Czasem Specjalnym, i zdecydują, ile razy w tygodniu każde z nich będzie go realizować, przekazujemy im Arkusz Czasu Specjalnego do wypełnienia w domu i przyniesienia na kolejną sesję. Arkusz stanowi zapis tego, kiedy odbywał się Czas Specjalny oraz jak rodzice radzą sobie z realizacją wyznaczonych celów. Podkreślamy, że arkusz nie służy do odnotowywania jąkania dziecka podczas Czasu Specjalnego. w arkuszu zapisujemy liczbę Czasów Specjalnych, na które zdecydował się każdy z rodziców. Wyjaśniamy, że w pierwszym tygodniu celem rodziców jest zrealizowanie ustalonej liczby Czasów Specjalnych oraz skupienie się na tym, co dziecko mówi, a nie na tym, jak mówi. w kolejnych tygodniach cele będą inne.
- * Wprowadzanie Czasu Specjalnego: Wyjaśniamy rodzicom, że gdy będą gotowi do realizowania Czasu Specjalnego w domu, powinni zapytać dziecko, czy ma teraz czas i ochotę na pięć minut zabawy w ramach Czasu Specjalnego. Wyjaśniamy również, że ważne jest, aby rodzic nazywał ten wspólny czas Czasem Specjalnym. Chcemy, aby rodzice wyraźnie rozróżniali spędzanie czasu sam na sam z dzieckiem od Czasu Specjalnego. Na przykład rodzic może spędzać czas z dzieckiem w codziennej rutynie (na przykład podczas kąpieli) i mógłby ulec pokusie, aby zapisać to jako sesję Czasu Specjalnego w swoim arkuszu. Zapytanie dziecka o Czas Specjalny oraz umożliwienie mu wyboru zabawki lub aktywności pomaga wyraźnie zaznaczyć, że jest to czas odrębny od codziennych czynności. Rodzic informuje również dziecko, że po zakończeniu Czasu Specjalnego będzie musiał wpisać go do Karty zadań. Następnie mogą wrócić do wspólnej zabawy, jeśli mają na to czas, jednak dziecko powinno wiedzieć, że nie jest to już Czas Specjalny. Rodzice, którzy mają czas, by po zakończeniu Czasu Specjalnego dalej się bawić, powinni poinformować dziecko, że na tym etapie do zabawy mogą dołączyć również bracia lub siostry.
- * Wyjaśnianie dziecku: Gdy rodzice zrozumieją, na czym polega Czas Specjalny, wyjaśniamy jego zasady dziecku, podkreślając, że to ono wybiera zabawkę lub aktywność, która trwa tylko 5 minut, oraz że rodzice będą musieli na końcu zrobić krótką notatkę podsumowującą tę zabawę.

„Poprosiłam mamę i tatę, żeby wykonali pewną pracę domową. Myślisz, że mógłbyś im w tym pomóc? Będą musieli pobawić się z tobą przez 5 minut. Będą to robić ____ razy w tygodniu. Chcemy, żebyś to Ty wybrał, w co chcesz się bawić – ale nie książkę, komputer, telewizor ani zabawy ruchowe. Kiedy minie 5 minut, mama lub tata będą musieli zapisać, co razem robiliście na mojej kartce. Myślisz, że mógłbyś im w tym pomóc?”

6 Strategie rodzinne

- * Jeśli podczas diagnozy uznano strategię rodzinną „Posługiwanie się dwoma językami” za istotną, wówczas omawiamy ją z rodzicami w trakcie pierwszej sesji terapeutycznej (zob. Rozdział 8 – Strategie Rodzinne). Jeśli podczas diagnozy uznano, że strategia rodzinna „Otwarte mówienie o jąkaniu” jest istotna, wówczas przekazujemy rodzicom tę broszurę do przeczytania w domu, a następnie omawiamy ją podczas drugiego spotkania (zob. Rozdział 8 – Strategie Rodzinne).

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Sesja pierwsza

- 1 Nie było potrzeby wykonywania nowych nagrań wideo przedstawiających Ishana bawiącego się z matką lub ojcem.
- 2 Przejrzano wyniki badania.
- 3 Następnie zadano rodzicom Ishana pytanie: „Jakie są Państwa oczekiwania, największe nadzieje?”. Oboje powiedzieli, że chcą, aby „przestał się jękać”. Aby zachęcić ich do wyrażenia swoich oczekiwań w pozytywny sposób, zapytano następująco:

„W takim razie czego oczekują Państwo zamiast jękania?” Oboje odpowiedzieli, że chcą, żeby „mówił płynnie”. Na pytanie „Co to zmieni?” matka Ishana odpowiedziała, że nie będzie się o niego cały czas martwić – zamiast tego będzie bardziej zrelaksowana i będzie mogła cieszyć się spędzaniem z nim czasem. Ponieważ jest najmłodszy w rodzinie, czuła, że musi walczyć o jej uwagę i o czas na mówienie. Ojciec Ishana uważał, że syn prawdopodobnie wyrośnie z jękania, i powiedział, że nawet jeśli nadal będzie się jękał, to „nic mu nie będzie”. Miał też nadzieję, że jego żona przestanie się martwić o Ishana i po prostu będzie cieszyć się spędzaniem z nim czasem.

Rodzice Ishana szczegółowo opisali, co zmieni się w ich codziennym życiu, jeśli spełnią się te oczekiwania. Wspominali między innymi o wspólnych posiłkach odbywających się w spokojniejszej atmosferze, tak aby każdy miał swój czas na wypowiedź i wszyscy słuchali siebie nawzajem, dzięki czemu Ishan nie musiałby spieszyć się, aby zabrać głos. Zamiast upominać dzieci, że przerywają lub nie słuchają, mama Ishana będzie siedzieć i spokojnie słuchać ich wszystkich. w przedszkolu Ishan będzie częściej bawił się z innymi dziećmi, zgłaszał się podczas zajęć na dywanie, opowiadał o swoim dniu w drodze do domu i podawał imiona dzieci, z którymi się bawił. Mama Ishana powiedziała, że „zwykle przeciąga pożegnanie z nim w przedszkolu”. Kiedy jej największe nadzieje się spełnią, da mu buziaka, pożegna się i wyjdzie z uśmiechem na twarzy.

Zapytani o to, gdzie znajdują się teraz na skali od 0 do 10 (gdzie 10 oznacza, że wszystkie te nadzieje zostały zrealizowane, a 0 – ich zupełne przeciwieństwo), ojciec Ishana wskazał poziom 6, a mama – 4. Gdy poproszono ich o zastanowienie się, co już robią, że są właśnie w tym miejscu, odpowiedzieli, że są świadomi potrzeby dawania Ishanowi czasu na mówienie i nieprzerywania mu. Wspomnieli także, że Ishan ma ustaloną, dobrą rutynę wieczorną, co pomaga zapewnić mu odpowiednią ilość snu.

Ponadto wykorzystano skalowanie, aby pomóc rodzicom Ishana zidentyfikować pierwsze małe oznaki postępu, pytając: „Co z tego, co zauważycie, pokaże wam, że przesunęliście się o jeden punkt na skali?”.

- 4 *Omówiono podejście terapii interakcyjnej Palin PCI. Zapytano rodziców, czy byłoby możliwe, aby rodzeństwo Ishana wzięło udział w jednej z sesji terapeutycznych, podczas której omówione zostaną kwestie rozmów w rodzinie.*
- 5 *Przedstawiono założenia Czasu Specjalnego. Mama Ishana zadeklarowała, że będzie realizować pięć Czasów Specjalnych tygodniowo z Ishanem, a tata – trzy. Mama zapytała, czy podczas Czasu Specjalnego może rozmawiać z Ishanem w języku gudżarati. Uzgodniono, że będzie to pomocne. Rodzice otrzymali Instrukcję Czasu Specjalnego do przeczytania oraz Arkusze Czasu Specjalnego do wypełniania i przyniesienia na kolejną sesję.*
- 6 *Omówiono strategię rodzinną: Posługiwanie się dwoma językami (zob. Rozdział 8).*
- 7 *Wprowadzono strategię rodzinną: Otwarte mówienie o jękaniu (zob. Rozdział 8).*

Studium przypadku Jake, wiek 6 lat

Sesja pierwsza

- 1 *Nie było potrzeby tworzenia nowego nagrania wideo przedstawiającego Jake'a bawiącego się z matką.*
- 2 *Omówiono wyniki diagnozy.*
- 3 *Mamę Jake'a zapytano: „Jakie są Pani największe nadzieje związane z tą terapią?”. Odpowiedziała: „Po prostu nie chcę, żeby jego jękanie wpłynęło na jego pewność siebie. Jest pewnym siebie chłopcem, ale widzę, że jego jękanie zaczyna na niego wpływać”.*

Poproszono ją, aby wyobraziła sobie, jaką różnicę przyniosłoby to w codziennym życiu Jake'a, gdyby jej największe oczekiwania się spełniły, a jego pewność siebie nadal rosta. Powiedziała, że Jake mówiłby to, co chce powiedzieć, wypowiadał słowa nawet wtedy, gdyby się jąkał, mówił pełnymi zdaniami i potrzebowałby mniej czasu na wypowiedanie słów. Dodała również, że Jake chętnie chodziłby na treningi piłki nożnej i lekcje pływania oraz opowiadałby jej o wszystkim po powrocie do domu.

Zaznaczyła, że w takiej sytuacji bardziej koncentrowałaby się na tym, co Jake mówi, a nie na tym, jak mówi, oraz zadawałaby mu więcej pytań, aby zachęcić go do wypowiedania się.

Poproszona o ocenę obecnej sytuacji na skali od 0 do 10 (gdzie 10 oznacza pełne spełnienie tych nadziei, a 0 – ich całkowite przeciwieństwo), mama Jake'a oceniła ją na 5. Następnie zapytano ją, skąd wiadomo, że są już na poziomie 5. Opisała Jake'a jako dziecko naturalnie rozmowne, lubiące mówić, i była w stanie wskazać kilka sytuacji, w których czuje się on

bardziej pewnie. Dodała również, że nie jąka się cały czas – szczególnie wtedy, gdy rozmawia ze swoim bratem, przy którym jest bardzo zrelaksowany.

- 4 Omówiono podejście terapii interakcyjnej Palin PCI.*
- 5 Wprowadzono Czas Specjalny. Mama Jake'a zadeklarowała, że będzie realizować pięć Czasów Specjalnych tygodniowo z synem. Otrzymała Instrukcję Czasu Specjalnego do przeczytania oraz Arkusz Czasu Specjalnego do wypełniania i przyniesienia na kolejną sesję.*
- 6 Wprowadzono strategię rodzinną: Otwarte mówienie o jękaniu (zob. Rozdział 8).*

Sesja 2

- 1 Co poszło dobrze?*
- 2 Omówienie Czasu Specjalnego*
- 3 Dyskusja nad tym, co może pomóc dziecku*
- 4 Oglądanie nagrań interakcji*
- 5 Zapisanie celu Czasu Specjalnego w Arkuszu*
- 6 Jeśli to właściwe, omówienie tematu „Otwarte mówienie o jękaniu”*
- 7 Przekazanie materiałów wprowadzających kolejną strategię rodzinną*

Ta sesja ma kluczowe znaczenie dla ustalenia stylu współpracy z rodzicami. Pytania wykorzystywane na tym etapie będą powtarzane w kolejnych sesjach, ponieważ pomagają rodzicom ukierunkować uwagę na to, co jest potrzebne, aby wspierać dziecko.

1. „Co idzie dobrze?”

Korzystając z podejścia Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (Solution Focused Brief Therapy), każdą sesję terapeutyczną rozpoczynamy pytaniem skierowanym do rodziny: „Co zauważyli Państwo pozytywnego od naszego ostatniego spotkania?” lub „Co w tym tygodniu poszło dobrze?”

Chociaż pytanie zwykle kierujemy do rodziców, dziecko jest obecne w gabinecie i również może zdecydować się na udział w rozmowie.

„Chyba był w tym tygodniu dość rozmowny.”

Zachęcamy rodziców, aby opowiedzieli więcej o tym, co zauważyli, wydobywając kolejne pozytywne sygnały, mocne strony dziecka oraz znaczenie tych pierwszych, drobnych oznak postępu.

Zadajemy pytania takie jak: „Proszę opowiedzieć o sytuacjach, w których zauważyli Państwo, że był rozmowny”, „Jak Pani/Pan myśli, jak udało mu się to osiągnąć?”, „Co to mówi o nim?”, „Jak Państwo zareagowali, gdy to zauważyli?”, „Jaką różnicę to zrobiło?”

Ponownie kilkakrotnie korzystamy z pytania „Co jeszcze?”, aby rodzice i dziecko mogli jak najpełniej opisać pozytywne zmiany i budować na nich dalszą pracę terapeutyczną.

Bardziej szczegółowy opis tej techniki Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (Solution Focused Brief Therapy) znajduje się w Aneksie VIII.

2. Omówienie Czasu Specjalnego

Nie rozpoczynaj terapii Palin PCI, dopóki Czas Specjalny nie zostanie wprowadzony!

Na początku każdej sesji prosimy rodziców, aby opowiedzieli o swoich Czasach Specjalnych, korzystając z Arkuszy Czasu Specjalnego. Następnie rodzice zachowują te Arkusze jako dokumentację, co wzmacnia ich rolę ekspertów w tym procesie.

Jeśli rodzice zrealizowali Czas Specjalny, przechodzimy do punktu 3 poniżej.

Jeśli jednak na tym etapie pojawiły się trudności, omawiamy je i ponownie ustalamy zasady Czasu Specjalnego, bez wprowadzania dodatkowych celów. Zob. sekcję „Rozwiązywanie trudności” na końcu tego rozdziału.

3. Omówienie tego, co może pomóc dziecku

Zanim obejrzymy nagranie wideo:

- * *Czego ono potrzebuje?*
- * *Co już Państwo robią?*

* Pytanie 1: Jak Pani/Pan myśli, czego potrzebuje Pani/Pana dziecko?

Zanim obejrzymy nagranie wideo, pytamy rodziców, czego – ich zdaniem – dziecko potrzebuje, aby wspierać jego komunikację i budowanie pewności siebie. Rodzice często nie zdają sobie sprawy z tego, że już posiadają wiedzę o tym, co pomaga ich dziecku, i oczekują, że to terapeuta im ją przekaże. My jednak wiemy – na podstawie diagnozy oraz rozmowy o największych oczekiwaniach – że rodzice intuicyjnie rozumieją, co może być pomocne. Często mówią o potrzebie zwolnienia tempa, dania dziecku

czasu, zastanowienia się nad tym, co chce powiedzieć, czy uspokojenia sytuacji. Są to najprawdopodobniej dokładnie te strategie, których dziecko potrzebuje, aby jąkać się mniej. z naszego doświadczenia klinicznego wiemy jednak, że dziecku bywa trudno samodzielnie wdrażać je w praktyce. Program Palin PCI został zaprojektowany po to, aby umożliwić rodzicom wspieranie dziecka w realizowaniu tego, czego ono potrzebuje.

Na przykład: Rodzice mówią nam:

„Powinien mówić wolniej, dać sobie więcej czasu, żeby ułożyć to, co chce powiedzieć”.

„Potrzebuje więcej czasu”.

„W domu powinno być spokojniej”.

„Wszyscy musimy lepiej pilnować kolejności mówienia”.

* Pytanie drugie: Jak Państwo myślą, co być może już robicie, co pomaga Waszemu dziecku?

To pytanie pomaga rodzicom ponownie sięgnąć do własnej wiedzy i doświadczenia oraz zastanowić się, w jaki sposób instynktownie wspierają dziecko w tym, co jest dla niego pomocne. Jak widać w poniższych przykładach, rodzice odnoszą się zarówno do tego, czego – ich zdaniem – dziecko potrzebuje, jak i do tego, co sami powinni robić, aby pomóc mu jąkać się mniej. Na przykład:

„Pozwalam mu skończyć to, co mówi”.

„Staram się zachować spokój, żeby się nie denerwował”.

„Musi mieć więcej czasu na zastanowienie się”.

4. Oglądanie nagrania interakcji rodzica z dzieckiem

Zanim obejrzymy nagranie razem z rodzicami, mówimy dziecku, że może oglądać film wspólnie z nami albo – jeśli woli – pobawić się samodzielnie przez chwilę. Rodzicom wyjaśniamy, że będziemy wspólnie oglądać nagranie, i prosimy ich, aby zwrócili uwagę na to, na ile sposób zabawy jest dla nich typowy. Zachęcamy ich również do zauważania momentów, w których wspierali swoje dziecko. Najpierw oglądamy nagranie jednego z rodziców i je omawiamy, a następnie robimy to samo z nagraniem drugiego rodzica. Rodzice nie komentują nagrań siebie nawzajem.

Po obejrzeniu nagrania wideo:

- * *Czy to jest typowe?*
- * *Co robią Państwo, co pomaga dziecku?*
- * *W jaki sposób to może mu pomagać?*
- * *Co mogliby Państwo robić częściej?*

* Pytanie 1: Czy to jest typowe?

Po obejrzeniu fragmentu nagrania prosimy każdego z rodziców, aby skomentował, na ile to, co widzi, odzwierciedla codzienne interakcje z dzieckiem. Daje to rodzicom możliwość powiedzenia, czy czują się komfortowo z nagraniem i jakie mają wobec niego odczucia. Zwykle rodzice mówią, że nagranie jest

bardzo typowe. Jeśli jednak uznają, że nie do końca oddaje ich codzienne funkcjonowanie, prosimy ich o opisanie, czym różni się ono od tego, co zazwyczaj się dzieje.

* Pytanie 2: Co robią Państwo na tym nagraniu, co pomaga dziecku?

Przypominamy rodzicom, co – według nich – pomaga ich dziecku. Na przykład:

„Pozwalam mu skończyć to, co mówi”.

„Staram się zachować spokój, żeby się nie denerwowało”.

„Potrzebuje, żeby dać mu więcej czasu”.

Następnie prosimy każdego rodzica, aby zwrócił uwagę na to, co już robi, by pomóc dziecku podczas nagrania, zadając pytania takie jak:

- * Co z tego, co widać na nagraniu, jest dla niego pomocne?
- * Proszę opowiedzieć mi o momentach na nagraniu, w których pozwalała Pani mu dokończyć to, co mówił.
- * Powiedziała Pani, że musi mieć więcej czasu na zastanowienie się. Proszę opowiedzieć o momentach, w których pomagała mu Pani się nie spieszyć. Jak Pani to zrobiła?
- * Co robiła Pani na tym nagraniu, aby pomóc mu zachować spokój?

Nagranie wideo dostarcza konkretnych przykładów sytuacji, w których rodzic stosuje pomocną strategię często taką, którą już wcześniej zauważyliśmy podczas analizy interakcji. Jeśli rodzicom trudno jest wskazać przykłady rzeczy, które wychodzą im dobrze, odtwarzamy odpowiednie fragmenty nagrania.

Rodzice często czują się niezręcznie, mówiąc o tym, co robią dobrze, i równie często szybko przechodzą do negatywnych obserwacji. Wówczas kierujemy ich uwagę na pozytywne aspekty interakcji. Możemy też wykorzystać negatywną obserwację i ją przeformułować. Na przykład:

Rodzic: „Zadaję tutaj zbyt wiele pytań”.

Terapeuta: „Wszyscy czasami zadajemy pytania, zwłaszcza gdy próbujemy zachęcić dziecko do mówienia. Czy zauważyła Pani momenty, kiedy mówiła coś, co nie było pytaniem? (W razie potrzeby pokazujemy fragment nagrania). Co zrobiła Pani zamiast zadawać pytanie?”.

* Pytanie 3: w jaki sposób to może mu pomagać?

Następnie pytamy każdego z rodziców, w jaki sposób dana strategia może pomóc dziecku. Na przykład: „Zauważył Pan, że pomaga mu się nie spieszyć, mówiąc w bardzo zrelaksowany sposób. w jaki sposób może mu to pomóc w mówieniu?”.

Ważne jest, aby zarówno terapeuta, jak i rodzice rozumieli sens pracy nad daną strategią interakcyjną oraz to, dlaczego może ona wspierać dziecko. Informacje wynikające z badań oraz doświadczenia klinicznego znajdują się na końcu tego rozdziału.

* Pytanie 4: Czego mogliby Państwo robić więcej?

Na podstawie tej rozmowy ustalamy z każdym z rodziców jedną strategię, którą będzie on starał się stosować częściej jako swój cel w Czasie Specjalnym w domu. Każdy z rodziców sam wybiera swój cel. Możemy szczegółowo omówić, w jaki sposób rodzic będzie realizował tę strategię oraz jak może ona wspierać dziecko. Pomocne w tej rozmowie mogą być materiały dla rodziców (zob. Aneksy XIII–XVIII),

które przekazujemy do pracy w domu, aby mogli zastanowić się, jak dany cel wspiera dziecko i jak włączyć go w Czas Specjalny.

5. Zapisanie celu Czasu Specjalnego w Arkuszu

Każdy z rodziców będzie ćwiczył wybrany cel podczas Czasu Specjalnego z dzieckiem w domu przez kolejny tydzień. Podkreślamy, że na tym etapie oczekujemy stosowania wybranego celu wyłącznie w Czasie Specjalnym, ponieważ próba koncentrowania się na nim przez cały dzień byłaby bardzo trudna.

Dla każdego z rodziców zapisujemy (my lub oni sami) w Arkuszu wybrany cel oraz liczbę Czasów Specjalnych, które zostały ustalone na nadchodzący tydzień (liczba ta może się zmieniać, ale zawsze mieści się między 3 a 5 w tygodniu). Prosimy, aby odnotowywali, co działo się podczas każdego Czasu Specjalnego oraz wszelkie uwagi dotyczące realizacji wybranego celu.

6. Jeśli to zasadne – omówienie materiału „Otwarte mówienie o jękanii”, przekazanego rodzicom podczas pierwszej sesji.

Zob. Rozdział 8: Strategie rodzinne

7. Przekazanie odpowiedniego opracowania wprowadzającego kolejną strategię rodzinną

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Sesja druga

1 Sesja rozpoczęła się od pytania skierowanego do rodziców Ishana: „Co przebiegało dobrze od naszego ostatniego spotkania?”. Początkowo odpowiedzieli, że nie zauważyli niczego szczególnego. Następnie jednak mama Ishana powiedziała, że była zadowolona z rozpoczętych sesji terapeutycznych oraz z tego, że obecnie aktywnie stara się pomagać synowi. Zapytana, jaką różnicę to robi, stwierdziła, że pomaga jej to mniej martwić się o Ishana i jego jękanie. Zamiast ciągłego zamartwiania się zaczęła bardziej angażować się w codzienne życie i być bardziej obecna w rozmowach z Ishanem oraz jego rodzeństwem. Gdy zapytano ojca Ishana, co on zauważył, powiedział, że mama Ishana zaczęła rozmawiać z Ishanem o jękanii, i uznał to za znak, że zaczyna czuć się z tym nieco lepiej.

2 Rodzice Ishana oboje zrealizowali po trzy Czasy Specjalne i zapisali krótkie notatki w Arkuszach Czasu Specjalnego. Mama Ishana przyznała, że mogła przeszacować liczbę

Czasów Specjalnych, które będzie w stanie realizować. Powiedziała, że trudno było jej znaleźć czas na Czas Specjalny w weekend, gdy cała rodzina była w domu. Choć chciała realizować pięć Czasów Specjalnych tygodniowo, aby jak najlepiej pomóc synowi, wspólnie ustalono, że będzie dążyć do trzech Czasów Specjalnych w tygodniu, a każdy dodatkowy będzie traktowany jako bonus. Gdy rodzice Ishana poinformowali, że Czasy Specjalne trwały ostatnio około 15 minut, przypomniano im o limicie 5 minut i poproszono o refleksję nad tym, dlaczego zaproponowano właśnie taki czas trwania tej aktywności. Rodzice zaproponowali, że w tym tygodniu będą używać minutnika. Przypomniano im również, że po zakończeniu Czasu Specjalnego mogą wrócić do danej aktywności.

- 3 Gdy zapytano, co mogłoby pomóc Ishanowi w mówieniu, oboje rodzice zgodnie stwierdzili, że potrzebuje on więcej czasu. Zwrócili również uwagę na kolejność zabierania głosu w rodzinie oraz na to, że inni domownicy powinni dawać Ishanowi przestrzeń do wypowiedzi i pozwalać mu dokończyć, zanim sami zaczną mówić. Zaznaczyli także, że Ishan potrzebuje większej pewności siebie i poprosili o wskazówki, jak najlepiej reagować na jego jękanie.
- 4 Odtworzono nagranie wideo z diagnozy. Mama Ishana powiedziała, że chociaż nie spędzali z synem wiele czasu na wspólnej zabawie „jeden na jeden”, nagranie było dość typowe dla ich codziennych interakcji. Przyznała, że w tamtym momencie czuła się nieco skrępowana, ale mimo to uznała nagranie za reprezentatywne. Zauważyła, że ucieszyło ją to, jak bardzo Ishan wydawał się cieszyć jej obecnością „tu i teraz” oraz jak w trakcie nagrania stawał się spokojniejszy i bardziej zrelaksowany. Zapytana, co zauważyła, że robiła na nagraniu, aby pomóc Ishanowi zwolnić tempo mówienia, powiedziała, że początkowo nie dostrzegала żadnych konkretnych działań i martwiła się, że mówiła zbyt dużo. Po ponownym odtworzeniu nagrania i pokazaniu fragmentów, na których uważnie słuchała Ishana i pozwalała mu dokończyć wypowiedź przed swoją reakcją, odbyła się rozmowa na temat tego, jak takie słuchanie i dawanie czasu pomaga mu w mówieniu. Mama Ishana zdecydowała, że jej celem w Czasie Specjalnym będzie upewnianie się, że naprawdę słucha syna i daje mu czas. Otrzymała opracowanie „Dawanie dziecku czasu na rozpoczęcie, udzielenie i dokończenie wypowiedzi”.

Ojciec Ishana początkowo zareagował na nagranie, mówiąc, że wydawał się na nim „zbyt zajęty”, ponieważ często podpowiadał Ishanowi, co ma robić zabawkami. Po ponownym obejrzeniu kilku fragmentów nagrania był jednak w stanie zauważyć, że często obserwował to, co robił Ishan, i słuchał jego pomysłów. Zwrócił również uwagę na to, jak spokojny był Ishan w momentach, gdy ojciec poświęcał mu pełną uwagę i uważnie go obserwował. Ojciec zdecydował, że podczas swoich Czasów Specjalnych będzie bardziej koncentrował się na obserwowaniu Ishana i otrzymał ulotkę „Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie”.

- 5 Cele zostały zapisane w Arkuszach Czasu Specjalnego i przekazane rodzicom.
- 6 Omówiono Strategię Rodzinną: Otwarte mówienie o jękanii (zob. Rozdział 8).

Studium przypadku Jake, wiek 6 lat

Sesja druga

- 1 Mamę Jake'a zapytano: „Co poszło dobrze od naszego ostatniego spotkania?”. Odpowiedziała, że miniony tydzień był dość typowy. Udało jej się zrealizować pięć Czasów Specjalnych i była zadowolona z siebie. Oboje z Jakiem cieszyli się tymi momentami, a mama miała poczucie, że Jake skorzystał na spędzaniu z nią czasu jeden na jeden. W miarę jak ich życie stawało się bardzo intensywne, Czas Specjalny pozwalał im się zatrzymać, skupić na sobie nawzajem i naprawdę być razem. Mama Jake'a była również zadowolona z tego, że syn otrzymał wyjaśnienie dotyczące Czasów Specjalnych i był świadomy, dlaczego je wprowadzono oraz jak mają mu pomóc w mówieniu – uznała to za ważny pierwszy krok w zachęcaniu go do rozmowy o jękaniu.

Na podstawie komentarzy zapisanych w Arkuszu Czasu Specjalnego omówiono różnicę między spędzaniem zwykłego czasu jeden na jeden a realizowaniem Czasów Specjalnych. Zapisane Czasy Specjalne w tym tygodniu obejmowały rozmowy w samochodzie, gdy Jake i jego mama ćwiczyli jazdę na deskorolce, oraz wspólne rozmowy podczas kolacji. Mama Jake'a powiedziała, że były to po prostu chwile, gdy byli tylko we dwoje, i zastanawiała się, czy może je zapisać jako Czas Specjalny. Przypomniano jej o korzyściach płynących z proszenia Jake'a o Czas Specjalny i pozwalania mu na wybór zabawki lub aktywności oraz o tym, że Czas Specjalny powinien być wyraźnie oddzielony od zwykłego czasu jeden na jeden, który pojawia się naturalnie w ciągu dnia.

- 2 Mamę Jake'a zapytano, co jej zdaniem mogłoby pomóc synowi w mówieniu. Odpowiedziała, że skorzystałby na zwolnieniu tempa i dawaniu sobie więcej czasu. Dodała również, że potrzebuje więcej odpoczynku i snu. Po diagnozie stała się bardziej otwarta na rozmowy o jękaniu i na pomaganie synowi w byciu wobec niego bardziej otwartym, aby mógł poczuć się z tym lepiej. Uznała, że mogłoby to pomóc Jake'owi w zmniejszeniu presji, jaką na siebie nakłada, i umożliwić mu swobodniejsze wypowiadanie się.
- 3 Odtworzono nagranie wideo z diagnozy. Mama Jake'a powiedziała, że było ono dość typowe dla ich codziennych interakcji. Zapytana, co zauważyła, że robiła na nagraniu, aby pomóc Jake'owi w mówieniu, odpowiedziała: „To, że bawiłam się bardzo spokojnie, słuchałam go, gdy mówił, i dawałam mu czas na wypowiedź”. Uznała, że to mu pomaga, ponieważ pozwalało mu zachować spokój i nie spieszyć się z mówieniem. Zauważyła również, że pozwalała mu przejmować inicjatywę w zabawie i samodzielnie wymyślać pomysły. Zapytana, jaką różnicę może to stanowić, gdy pozwala mu być „liderem”, początkowo nie była pewna, w jaki sposób miałoby to pomagać w mówieniu. Następnie jednak zwróciła uwagę na potencjalny wpływ na pewność siebie Jake'a, wynikający z bycia obserwowanym i docenianym podczas tworzenia różnych scenariuszy zabawy. Zauważyła także, że tempo zabawy było wtedy dostosowane do jego naturalnego rytmu, dzięki czemu łatwiej było mu mówić. Zgodziła się, że podczas Czasów Specjalnych w domu będzie koncentrować się na

podążaniu za inicjatywą Jake'a i otrzymała opracowanie „Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie” (zob. Aneks XIII).

4 Cel został zapisany w Arkuszu Czasu Specjalnego i przekazany mamie Jake'a.

5 Omówiona została Strategia Rodzinna: Otwarte mówienie o jękanii (zob. Rozdział 8).

Sesja 3, 4 i 5

Spotkania od 3 do 5 w terapii Palin PCI przebiegają według podobnego schematu:

1 Co przebiegało dobrze?

2 Omówienie Czasów Specjalnych oraz Arkuszy.

3 Omówienie wcześniej wprowadzonych Strategii Rodzinnych (jeśli dotyczy).

4 Nagranie interakcji (w razie potrzeby).

5 Obejrzenie nagrania i omówienie aktualnego celu lub – jeśli to zasadne – ustalenie dodatkowego celu.

6 Ustalenie celów Czasu Specjalnego oraz przekazanie Arkuszy i odpowiednich materiałów.

7 Omówienie Strategii Rodzinnej.

8 Przekazanie materiału wprowadzającego kolejną Strategię Rodzinną (jeśli jest to potrzebne).

1. „Co poszło dobrze?” „Co było dla Państwa miłym lub pozytywnym doświadczeniem?”

Sesja rozpoczyna się rozmową skoncentrowaną na rozwiązaniach, dotyczącą drobnych oznak postępów, które rodzice zauważyli w minionym tygodniu.

2. Omówienie Arkuszy Czasu Specjalnego

Pytamy szczegółowo o przebieg Czasów Specjalnych, zwłaszcza o to, jak rodzice radzili sobie z realizacją ustalonego celu. Wspólnie przeglądamy Arkusze.

3. Omówienie wcześniej wprowadzonych Strategii Rodzinnych

Pytamy o stosowane Strategie Rodzinne i omawiamy ewentualne pytania lub wątpliwości rodziców.

4. Nagranie interakcji (jeśli to konieczne)

Podczas trzeciego spotkania prosimy każdego z rodziców oraz dziecko o zrealizowanie krótkiego Czasu Specjalnego w gabinecie, tak aby zaprezentować wybraną zmianę. Nagrywamy tę interakcję przez około 2–3 minuty, aby następnie wspólnie obejrzeć nagranie i omówić, jak przebiega wdrażanie celu oraz jaką – według rodziców – wprowadza ono różnicę. Nagrywanie interakcji jest opcjonalne podczas sesji 4 i 5.

5. Oglądanie nagrania i omówienie celu lub wprowadzenie dodatkowego celu (jeśli to zasadne)

Oglądamy nagranie wideo z rodzicami i prosimy każdego z nich o komentarz na temat prób realizacji ich celu. Czasami rodzice bywają wobec siebie bardzo krytyczni w swoich obserwacjach – w takich sytuacjach pomagamy im skoncentrować się na momentach, w których skutecznie korzystali z wybranej strategii.

Zazwyczaj rodzicom udaje się utrzymać ten sam cel przez kilka tygodni. Czasami jednak stosunkowo szybko zaczynają korzystać z niego w coraz większym zakresie i zgłaszają, że zaczęli używać go również w codziennych sytuacjach poza Czasem Specjalnym. Wówczas pomagamy rodzicowi określić dodatkowy cel, który warto realizować, stosując ten sam proces co wcześniej, dbając jednak o to, aby rodzice nie przechodzili zbyt szybko do nowego celu. Zazwyczaj w ciągu pierwszych sześciu sesji pracujemy nad 2 celami, a maksymalnie nad 3.

Uwaga: Tworzenie nagrania interakcji w celu obejrzenia i omówienia podczas 4 i 5 spotkania jest opcjonalne. Na przykład, jeśli strategią rodzinną na dane spotkanie jest ćwiczenie mówienia po kolei, a cała rodzina bierze w niej udział, nie nagrywamy interakcji ani nie omawiamy celów podczas tego spotkania.

6. Ustalenie celów Czasu Specjalnego i przekazanie Arkuszy

Każdy rodzic ustala swój cel (lub cele) do realizacji podczas Czasu Specjalnego, które są zapisywane w Arkuszach Czasu Specjalnego na dany tydzień. Jeśli istnieje więcej niż jeden cel, wszystkie cele są zapisywane w Arkuszu.

Jeśli podczas danej sesji nie wykonano nagrania interakcji, prosimy rodziców o kontynuowanie tych samych celów interakcyjnych, które były ustalone w poprzednim tygodniu, oraz przekazujemy im Arkusze do wypełnienia na kolejny tydzień.

7. Omówienie Strategii Rodzinnej

W razie potrzeby omawiane są odpowiednie Strategie Rodzinne (zob. Rozdział 8 dotyczący Strategii Rodzinnych).

8. Rozdanie odpowiednich materiałów do dyskusji na temat Strategii Rodzinnej na następny tydzień

Podczas trzeciego spotkania zwykle rozdajemy broszurę „Budowanie u dziecka wiary w siebie” w ramach przygotowania do kolejnego spotkania, podczas którego temat ten będzie szczegółowo omawiany. Szczegółowy opis znajduje się w Rozdziale 8 poświęconym Strategiom Rodzinnym.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Sesja trzecia

- 1 Sesja rozpoczęła się pytaniem do rodziców: „Co poszło dobrze w tym tygodniu?”. Rodzice powiedzieli, że Czas Specjalny przebiegał pomyślnie. Udało im się włączyć go w codzienną rutynę, a Ishan regularnie brał w nim udział. Gdy zapytano, jaką różnicę to przyniosło, rodzice stwierdzili, że Ishan skorzystał na czasie spędzonym z nimi indywidualnie, podczas którego miał ich niepodzielną uwagę i nie było rywalizacji o głos, co umożliwiło mu mówienie we własnym tempie. Gdy zapytano, co jeszcze było dla nich pozytywne, mama Ishana powiedziała, że po namyśle zauważyła, iż od rozpoczęcia terapii Ishan przestał denerwować się z powodu swojego jękania, co było dla niej bardzo budujące.
- 2 Rodzice Ishana zrealizowali po trzy Czasy Specjalne w tygodniu. Tata Ishana zauważył, że chociaż bardzo lubił bawić się zabawkami, musiał się mocno koncentrować, aby pozwalać Ishanowi przejmować inicjatywę. Mama Ishana była zadowolona z tego, że poświęcała mu więcej czasu. Wyraziła jednak pewne rozczarowanie sobą, że podczas Czasów Specjalnych skupiała się wyłącznie na jednym celu i nie realizowała wszystkich pozostałych. Została uspokojona, że na tym etapie oczekujemy od niej koncentracji wyłącznie na jednym celu w ramach Czasu Specjalnego, a próba stosowania go przez cały dzień byłaby bardzo trudna.
- 3 Wykonano nagranie wideo każdego z rodziców realizującego swój cel podczas zabawy z Ishanem.
- 4 Gdy tata Ishana obejrzał nagranie swojej interakcji, był zadowolony z tego, że siedział z boku i pozwalał Ishanowi przejść inicjatywę. Powiedział, że Ishan wydawał się czerpać przyjemność z kierowania zabawą i mówienia mu, co ma robić, co zwiększało jego pewność siebie. Siedząc z boku, pozwalał na dłuższe chwile ciszy i dawał Ishanowi więcej czasu na mówienie. Zauważył też, że czasami, gdy Ishan potrzebował pomocy, miał tendencję do natychmiastowego wkraczania i podpowiadania mu, co ma zrobić. Kiedy jednak w trakcie nagrania świadomie dawał mu czas na samodzielne rozwiązanie problemu, uświadomił sobie, że już wcześniej stosował to rozwiązanie w niektórych sytuacjach i chciałby robić to częściej. Jego cele zostały określone jako: „pozwalanie Ishanowi przejmować inicjatywę w zabawie” oraz „dawanie mu przestrzeni na samodzielne rozwiązywanie problemów”.

Mama Ishana również była zadowolona ze swojego nagrania i czuła, że ogólnie daje mu więcej czasu na wypowiedź. Miała poczucie, że skupiając się na swoim celu, słuchała go

uważniej i że teraz to Ishan mówił przez większość czasu. Postanowiła kontynuować swój cel przez kolejny tydzień.

- 5 *Cele zostały zapisane w Arkuszach Czasu Specjalnego, które przekazano rodzicom.*
- 6 *Rodzicom przekazano materiał dotyczący Strategii Rodzinnej: „Budowanie u dziecka wiary w siebie”.*

Sesja czwarta

- 1 *Rodzice Ishana poinformowali, że tydzień minął dobrze.*
- 2 *Przeprowadzili swoje sesje Czasu Specjalnego, a ojciec Ishana powiedział, że świadomie pozwalał mu przejmować inicjatywę także w innych momentach, na przykład podczas ubierania się i jedzenia kolacji. Zapytany, co to zmieniło, ojciec Ishana wspominał o rosnącej pewności siebie chłopca i o tym, że zdaje się on wykonywać codzienne czynności z większym spokojem. Matka Ishana powiedziała, że syn jąkał się mniej w tym tygodniu. Zauważyła też, że mniej przejmuje się swoją mową. Oboje zgodnie stwierdzili, że Ishan ogólnie wydawał się spokojniejszy i więcej z nimi rozmawiał. Ojciec Ishana powiedział, że prawdopodobnie częściej niż zwykle zatrzymywał się, by porozmawiać z Ishanem, zamiast być pochłoniętym własnymi zajęciami.*
- 3 *Oboje rodzice zgodzili się kontynuować realizację celów w ramach Czasu Specjalnego i otrzymali Arkusze do wypełnienia.*
- 4 *Omówiono Strategię Rodzinną: „Budowanie u dziecka wiary w siebie” (zob. Rozdział 8).*
- 5 *Rozdano materiały dotyczące Strategii Rodzinnej: „Mówienie po kolei”.*

Sesja piąta

- 1 *Oboje rodzice zrealizowali swoje zadania i przynieśli Arkusze Czasu Specjalnego, które zostały omówione.*
- 2 *Rozdano im dwa arkusze na nadchodzący tydzień.*
- 3 *W spotkaniu wzięło udział 4 rodzeństwa Ishana, a sesja poświęcona była omówieniu Strategii Rodzinnej: „Mówienie po kolei” (zob.z Rozdział 8).*

Studium przypadku Jake, 6 lat

Sesja trzecia

- 1 *Sesja rozpoczęła się od zapytania mamy Jake’a: „Co w tym tygodniu poszło dobrze?”.*
- 2 *Ponownie opowiedziała o Czasach Specjalnych i o tym, jak w tym tygodniu udało jej się wyraźnie oddzielić je od zwykłej codzienności, podobnie jak w poprzednim tygodniu.*

Powiedziała, że pytała Jake'a o Czas Specjalny i zachęcała go do wyboru aktywności, które chciałby w jego trakcie wykonywać. Zauważyła, że Jake był w tych momentach szczególnie spokojny i rozmowny. Sprawiało jej przyjemność pozwalanie mu na przejmowanie inicjatywy w zabawie oraz obserwowanie, jak kreatywnie tworzył różne historie i postacie z użyciem zabawek. Dodała, że przy kilku okazjach bawiła się z nim dłużej, ponieważ oboje bardzo dobrze spędzali ten czas. Podkreśliła jednak, że po upływie pięciu minut jasno informowała Jake'a, że Czas Specjalny dobiegł końca i że dalsza zabawa jest już „dodatkowym” czasem spędzanym razem.

- 3 Wykonano nagranie wideo.
- 4 Po obejrzeniu nagrania mama Jake'a była zadowolona z tego, że pozwoliła mu przejąć inicjatywę. Powiedziała, że zaczęła to robić częściej również poza Czasem Specjalnym. Na przykład, gdy Jake odrabiał pracę domową, myślała o swoim celu z Czasu Specjalnego i pozwalała mu nadawać tempo pracy. Zapytana, co to zmieniło, stwierdziła, że wpłynęło to na jego pewność siebie i stanowiło pozytywny przekaz, umożliwiający mu przejęcie inicjatywy.

Mama Jake'a odniosła się również do stosowanego przez siebie języka w rozmowach z synem. Podkreśliła, że jego kompetencje językowe od zawsze były zaawansowane jak na jego wiek, w związku z czym miała tendencję do mówienia do niego jak do osoby dorosłej. Wyraziła zainteresowanie tym, czy takie podejście jest właściwe, czy też mogło nieświadomie zachęcać Jake'a do formułowania długich, złożonych wypowiedzi, a tym samym przyczyniać się do nasilenia jąkania. Podczas ponownego odtwarzania wybranych fragmentów nagrania mama Jake'a zauważyła, że w większości używała podobnego słownictwa jak syn, a jej wypowiedzi były zbliżonej długości lub jedynie nieznacznie dłuższe. Zwróciła również uwagę, że czasami udzielała bardzo rozbudowanych odpowiedzi na jego pytania i uznała to za obszar, na którym chciałaby się w przyszłości skoncentrować. Mama Jake'a otrzymała egzemplarz opracowania „Mówimy prostym językiem.” Zapytała także o tempo mowy. Przypomniano jej, że na tym etapie wystarczające jest skupienie się na dwóch celach oraz że istotne jest stopniowe włączanie ich do codziennego stylu interakcji, zanim wprowadzi się kolejne zmiany.

- 5 Zapisano te dwa cele w Arkuszu Czasu Specjalnego i przekazano go mamie Jake'a.
- 6 Mama Jake'a otrzymała opracowania dotyczące strategii rodzinnych – „Budowanie u dziecka wiary w siebie” oraz „Zmęczenie”.

Sesja czwarta

- 1 Mama Jake'a poinformowała, że miniony tydzień przebiegł pomyślnie. Opisała weekendową wizytę w sklepie po nowe obuwie sportowe, gdzie obsługiwał ich młody, nastoletni sprzedawca. Zwróciła uwagę na dużą pewność siebie Jake'a, który swobodnie prowadził rozmowę, dyskutując ze sprzedawcą o drużynach piłkarskich, którym obaj kibicowali, oraz o swoich ulubionych zawodnikach. Podkreśliła, że obserwowanie tej sytuacji było dla niej bardzo budujące. Choć Jake w trakcie rozmowy nieznacznie się jąkał, nie reagował na swoje

jąkanie. Zapytana o inne sytuacje w ciągu tygodnia, w których Jake jąkał się, ale mimo to kontynuował wypowiedź, mama potrafiła wskazać kilka przykładów – między innymi podczas kolacji wieczorem oraz we wtorek w drodze do szkoły, kiedy był szczególnie rozmowny. Zauważyła, że dostrzeganie takich oznak poprawy dawało jej nadzieję, że terapia przynosi pozytywne rezultaty.

- 2 Omówiono cele Czasu Specjalnego oraz dokonano przeglądu Arkuszy. Ustalono, że mama będzie kontynuować pracę nad dwoma celami. Przekazano jej kolejne Arkusze.*
- 3 Omówiono Strategie Rodzinne: „Budowanie u dziecka wiary w siebie” oraz „Zmęczenie” (zob. Rozdział 8).*
- 4 Przekazano opracowanie strategii rodzinnej: „Wspieranie dziecka w radzeniu sobie z uczuciami”.*

Sesja piąta

- 1 Zapytana o to, co przebiegało dobrze w minionym tygodniu, mama Jake’a początkowo stwierdziła, że nie ma nic szczególnego do zgłoszenia i że był to raczej typowy tydzień.*
- 2 Zrealizowała cztery Czasy Specjalne, które ponownie przebiegły pomyślnie. Zauważyła, że Jake zawsze z niecierpliwością wyczekiwał Czasu Specjalnego i szybko przypominał jej o nim, jeśli sama go nie inicjowała. Dodała również, że zapoznała się z materiałem „Mówimy prostym językiem” i obecnie czuje się bardziej pewna, że jej sposób komunikowania się z synem jest odpowiedni – zarówno w kontekście wspierania rozwoju językowego, jak i towarzyszenia jąkaniu. Skupiła się na udzielaniu bardziej zwięzłych odpowiedzi na pytania Jake’a. Zauważyła także, że Jake wydawał się uważniej słuchać jej wypowiedzi, gdy nie były one nadmiernie rozbudowane.*
- 3 Wykonano nagranie wideo. Mama Jake’a była zadowolona z tego, w jakim stopniu pozwalała synowi przejmować inicjatywę podczas zabawy, a także uznała, że poziom i sposób użycia języka były dla Jake’a odpowiednie. Zauważyła, że nie miała potrzeby udzielania rozbudowanych odpowiedzi, jeśli Jake nie zadawał pytań, które by tego wymagały. Podkreśliła również, jak pomocne było dla niej obejrzenie samej siebie na nagraniu wideo. Mama Jake’a zaznaczyła, że choć w poprzednim tygodniu była szczególnie skoncentrowana na tempie własnej mowy, to po obejrzeniu nagrania z bieżącego tygodnia dostrzegła, że skupienie się na pozostałych celach sprawiło, iż mówiła nieco mniej i częściej robiła pauzy, gdy zabierała głos. Była w stanie zastanowić się nad tym, jaki wpływ miała ta zmiana, i zauważyła, że Czas Specjalny z Jake’em przebiegał w bardziej spokojnej i zrelaksowanej atmosferze. Zwróciła uwagę, że pomagało to Jake’owi zwalniać tempo wypowiedzi i nie spieszyć się. Zaobserwowała również, że w trakcie wspólnego Czasu Specjalnego Jake zaczął jąkać się rzadziej.*
- 4 Ustalono, że mama będzie kontynuować pracę nad dwoma dotychczasowymi celami. Przekazano jej kolejny Arkusz.*

5 Omówiono ponownie strategie rodzinne: „Budowanie u dziecka wiary w siebie” oraz „Zmęczenie”.

6 Omówiono strategię rodzinną: „Wspieranie dziecka w radzeniu sobie z uczuciami”.

Sesja 6

Szósta sesja terapii Palin PCI przebiega według tego samego schematu co sesje wcześniejsze (opis poniżej). w trakcie tej sesji można wykorzystać Model Palin do wspólnego omówienia z rodzicami strategii wprowadzonych dotychczas w terapii. Następnie omawia się okres utrwalania oraz ustala termin wizyty kontrolnej.

- 1 Omówienie tego, co przebiegało pomyślnie
- 2 Przegląd Arkuszy Czasu Specjalnego
- 3 Przegląd Arkuszy Pochwał (zob. Rozdział 8)
- 4 Przegląd dotychczasowych strategii rodzinnych – w zależności od potrzeb
- 5 Nagranie interakcji wideo
- 6 Obejrzenie nagrania oraz omówienie aktualnych celów lub ustalenie nowego celu
- 7 Ustalenie celów Czasu Specjalnego oraz przekazanie Arkuszy i odpowiednich materiałów informacyjnych
- 8 Przekazanie Arkuszy Pochwał
- 9 Omówienie strategii rodzinnej – jeśli jest to wskazane
- 10 Omówienie okresu utrwalania (zob. opis w kolejnym akapicie)
- 11 Ustalenie terminu wizyty kontrolnej

Wizyta kontrolna zostaje zaplanowana po upływie sześciu tygodni. Rodzice zgłaszają się wówczas razem z dzieckiem.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Sesja szósta

- 1 Zapytani o to, co w minionym tygodniu przebiegało dobrze, oboje rodzice Ishana stwierdzili, że w domu panowała znacznie spokojniejsza atmosfera. Mama Ishana powiedziała, że uczestnictwo w terapii było dla niej „jak zdjęcie ciężaru z ramion”. Uznała, że aktywne podejmowanie działań wspierających Ishana sprawiło, iż poczuła się znacznie lepiej w związku z jego jękaniem. Zapytana, jaką różnicę to przyniosło, zauważyła, że w domu panuje większy spokój i mniejszy pośpiech. Dostrzegła, że miało to wpływ nie tylko na Ishana, ale na całą rodzinę. Powiedziała również, że zaangażowanie ojca Ishana w terapię miało duże znaczenie, ponieważ dzięki temu czuła się bardzo wspierana. Ojciec Ishana stwierdził, że chociaż początkowo nie był pewien, czy terapia jest potrzebna, jest zadowolony, że w niej uczestniczyli. Zauważył, że mama Ishana stała się bardziej zrelaksowana i mniej martwiła się o syna. Zapytany, jaką zmianę u niej dostrzegł, powiedział, że tematem rozmów przestał być

wyłącznie Ishan – zamiast tego zaczęli rozmawiać o pozostałych dzieciach oraz o codziennym życiu. Dodał również, że Ishan sprawia wrażenie bardziej pewnego siebie – zarówno w domu, jak i poza nim. Rodzice zauważyli, że częściej rozmawia z kolegami oraz nieco częściej wchodzi w interakcje z innymi dziećmi na placu zabaw.

- 2 Mama Ishana zrealizowała trzy Czasy Specjalne, natomiast ojciec tylko jeden, ponieważ był to szczególnie intensywny tydzień w pracy – wcześniej wychodził i późno wracał, przez co trudno było mu znaleźć na to czas. Ponieważ był to wymagający okres zawodowy, omówiono sposoby, w jakie mógłby utrzymać rutynę Czasów Specjalnych w takich momentach. Zgodził się, że będzie realizował dwa Czasy Specjalne w weekendy oraz znajdzie czas na 1 w ciągu tygodnia – albo przed wyjściem do pracy, albo po powrocie do domu.
- 3 Wykonano nagranie wideo mamy, z którego była zadowolona. Zauważyła, że dawała chłopcu dużo czasu na zastanowienie się i wypowiedzenie tego, co chciał powiedzieć, a w rezultacie częściej robiła pauzy i mówiła wolniej podczas zabawy. Uznała, że pomagało to Ishanowi w komunikowaniu się, ponieważ pozostawał spokojny i nie spieszył się z wypowiedziami. Zwróciła również uwagę na swoją skłonność do zadawania mu pytań, gdy przychodziła jej kolej na zabranie głosu. Choć dawała mu możliwość odpowiedzi, obawiała się, że pytania mogą wywierać na nim presję, by mówił. Gdy podczas nagrania pokazano jej fragmenty, w których używała komentarzy, zapoczątkowało to rozmowę na temat równowagi między komentowaniem a zadawaniem pytań. Zdecydowała, że dodatkowym celem będzie większa świadomość używania komentarzy i pytań podczas Czasów Specjalnych. Otrzymała materiał informacyjny Równowaga między komentowaniem i zadawaniem pytań.
- 4 Chociaż w tym tygodniu tata Ishana zrealizował tylko jeden Czas Specjalny, również był zadowolony ze swojego nagrania. Powiedział, że obecnie znacznie łatwiej jest mu pozwalać Ishanowi przejmować inicjatywę i działać samodzielnie. Przyznał, że podczas zabawy klockami Lego bardzo kusiło go, aby pomóc chłopcu, gdy ten miał trudności: „musiałem siedzieć z założonymi rękami”. Był jednak zadowolony, że poczekał, aż Ishan sam znajdzie rozwiązanie, i był dumny z jego osiągnięcia. Zwrócił również uwagę, że pochwalił syna za to, że dał sobie czas na zastanowienie się, jakich klocków potrzebuje. Ojciec Ishana powiedział, że jest teraz bardziej świadomy potrzeby mówienia wolniej w rozmowach z synem, choć martwił się, że czasami nadal mówi dość szybko. Gdy terapeuta odtworzył fragmenty nagrania, ojciec zauważył, że w rzeczywistości mówił głównie wolno, a jego mowa brzmiała szybciej w jego własnym odczuciu niż na nagraniu. Omówiono również używanie pauz jako sposobu na spowolnienie tempa mowy, a ojciec otrzymał opracowanie *Moje tempo mówienia i używanie pauz*.

Oboje rodzice zgodzili się, że przez kolejne 6 tygodni, w okresie utrwalania, będą utrzymywać cele, które ustalili dla siebie podczas Czasów Specjalnych, oraz przysyłać co tydzień arkusze zadań domowych.

Mama – dawanie Ishanowi czasu oraz większa świadomość używania komentarzy i pytań.

Ojciec – pozwalanie Ishanowi na przejmowanie inicjatywy w zabawie, dawanie mu czasu na samodzielne rozwiązywanie problemów oraz większa świadomość własnego tempa mowy i stosowania pauz.

- 5 Przeanalizowano strategię rodzinną: Budowanie u dziecka wiary w siebie.
- 6 Przeanalizowano strategię rodzinną: Mówienie po kolei.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Sesja szósta

- 1 Mama Jake'a rozpoczęła sesję, zachęcając go do odpowiedzi na pytanie, co w minionym tygodniu przebiegało dobrze. Jake powiedział, że bardzo podobał mu się jego Czas Specjalny – „lubię bawić się z mamą, tylko ja i ona”. Opowiedział również terapeutce o lekcji pływania, podczas której po raz pierwszy udało mu się przepłynąć całą długość basenu, a także o różnych stylach pływackich, których się nauczył. Jake został zapytany, jak udało mu się przepłynąć cały basen. Mama Jake'a skomentowała wzrost jego pewności siebie w rozmowach z terapeutką podczas sesji oraz zauważyła podobne zmiany w ciągu tygodnia w relacji Jake'a z jego trenerem piłki nożnej.
- 2 Mama Jake'a zrealizowała w tym tygodniu 4 Czasy Specjalne. Przeprosiła, że udało jej się zrealizować tylko cztery, a nie pięć, przez ostatnie dwa tygodnie. Powiedziała, że trudniej było jej realizować Czasy Specjalne w weekendy, gdy Jake spędzał czas u ojca. Uzgodniono, że 4 Czasy Specjalne w tygodniu są bardziej realistyczne, a mamie przypomniano, że dla skuteczności terapii warto realizować minimum 3 Czasy Specjalne tygodniowo.
- 3 Wykonano nagranie wideo – mama Jake'a była z niego zadowolona. Zauważyła, że pozwalała synowi nadawać tempo zabawie i przejmować inicjatywę. Powiedziała, że Jake był bardzo rozmowny podczas nagrania oraz że łatwo było jej słuchać i reagować na to, co robił i mówił. Ponownie skomentowała wzrost pewności siebie Jake'a oraz to, jak wiele zyskał, będąc liderem i osobą „u steru”. Była zadowolona z języka, jakiego używała, oraz ze swojego tempa mowy. Powiedziała, że w ciągu tygodnia bardziej zwracała uwagę na ilość szczegółów w swoich wypowiedziach, przede wszystkim wtedy, gdy pomagała Jake'owi w zadaniu domowym. Zauważyła, że zaczęła przekazywać mu informacje w mniejszych porcjach, zamiast udzielać długich, rozbudowanych wyjaśnień.
- 4 Mama Jake'a zgodziła się kontynuować realizację celów wyznaczonych podczas Czasów Specjalnych przez kolejne 6 tygodni w okresie utrwalania oraz przekazywać arkusze swojej pracy domowej raz w tygodniu.
- 5 Omówiono ponownie Strategię Rodzinną: Budowanie u dziecka wiary w siebie.
- 6 Omówiono ponownie Strategię Rodzinną: Zmęczenie.
- 7 Omówiono ponownie Strategię Rodzinną: Wspieranie dziecka w sobie z uczuciami.

Okres utrwalania

Okres utrwalania to sześć tygodni terapii prowadzonej w domu przez rodziców. w trakcie tej sześciotygodniowej fazy terapii Palin PCI rodzina nie uczęszcza do poradni, lecz kontynuuje realizację programu terapeutycznego w domu, pracując z dzieckiem.

- 1** Czasy Specjalne są kontynuowane z tymi samymi celami i z taką samą częstotliwością. Rodzice uzupełniają Arkusze Czasu Specjalnego i przesyłają je do nas drogą mailową pod koniec każdego tygodnia.
- 2** Rodzice nadal codziennie stosują pochwały wobec dziecka i co tydzień przesyłają Arkusze Pochwał (zob. Rozdział 8).
- 3** Rodzice kontynuują pozostałe strategie rodzinne, które zostały wcześniej omówione.

Pozostajemy z rodzicami w kontakcie, aby przekazywać pozytywną informację zwrotną lub reagować w sytuacjach, gdy nie otrzymujemy formularzy bądź pojawiają się problemy. Rodzice są zachęceni do kontaktu z nami, jeśli mają jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące realizowanych zadań lub postępów dziecka.

Z naszego doświadczenia klinicznego oraz z opublikowanych badań (Millard i in., 2008, 2009, 2018) wynika, że u niektórych dzieci zmniejszenie nasilenia jąkania może być widoczne już w trakcie początkowych sześciu tygodni terapii, natomiast u innych zmiany te pojawiają się później i mogą nastąpić dopiero po kilku miesiącach. Pomocne bywa przygotowanie rodziców na to, że nie zawsze zobaczą wyraźne zmiany po pierwszych 6 tygodniach oraz wsparcie ich w radzeniu sobie z niepokojem, jeśli takich zmian nie dostrzegą. w przypadku wielu rodzin pierwsze sześć tygodni stanowi etap „budowania podstaw”, a dopiero okres utrwalania pozwala w pełni wdrożyć wypracowane strategie w codziennym życiu.

Rodzice czasami kontaktują się z nami w trakcie sześciotygodniowego domowego okresu utrwalania, wyrażając obawy, że jąkanie dziecka się nasiliło. Ważne jest, aby uznać emocje rodziców i dać im przestrzeń do omówienia tych obaw. Często okazuje się bowiem, że zwiększone nasilenie jąkania wiąże się z innymi czynnikami, takimi jak choroba dziecka lub innego członka rodziny, zmęczenie, nietypowo wysoki poziom pobudzenia, zaburzenie codziennej rutyny rodzinnej albo jakieś wydarzenie w domu lub w szkole. Uspokajamy rodziców, podkreślając, że zmienność jąkania jest powszechna w tej grupie wiekowej oraz że utrzymanie postępów bywa trudnym procesem.

Po umożliwieniu rodzicom omówienia ich obaw możemy przejść do dalszego etapu, zadając pytania ukierunkowane na rozwiązania, takie jak: „Jak udało się Państwu poradzić sobie z nasilonym jąkaniami?”, „Jak poradzili sobie Państwo ze zmianą w jąkanii dziecka?”. Możemy również zadawać pytania, które kierują uwagę rodziców na wcześniejsze pozytywne doświadczenia w radzeniu sobie z jąkaniami, na przykład: „Proszę opowiedzieć o czasie sprzed tej zmiany w mowie dziecka – co wtedy Państwo robili, co było pomocne?”.

Rodzice często zauważają, że Czas Specjalny przestają być regularnie realizowany, szczególnie gdy w życiu rodziny doszło do jakichś zmian lub zakłóceń codziennej rutyny. w takich sytuacjach mogą potrzebować wsparcia w ponownym wprowadzeniu Czasu Specjalnego i wyznaczonych celów, udzielaniu pochwał wobec dziecka i stosowaniu pozostałych strategii rodzinnych.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Okres utrwalania

Rodzice Ishana przesyłali swoje Arkusze Czasu Specjalnego oraz Arkusze Pochwał przez pierwsze 3 tygodnie, odnotowując, że organizowanie Czasu Specjalnego i udzielanie pochwał przebiegało dobrze. Mamie Ishana przekazano informację zwrotną, aby pamiętała o stosowaniu różnych sposobów formułowania pochwał. Miała ona również tendencję do komentowania jękania Ishana w Arkuszach Czasu Specjalnego, dlatego przypomniano jej, że celem jest skupienie się na realizacji własnych celów terapeutycznych.

Rodzina nie przesłała żadnych formularzy pod koniec 4 tygodnia. Po nawiązaniu kontaktu mama Ishana wyjaśniła, że był to bardzo intensywny tydzień ze względu na przyjazd rodziny z Indii na wesele. Powiedziała, że Ishan miał trudniejszy okres, ponieważ w domu panował duży ruch, odbywało się wiele spotkań rodzinnych i wiele osób mówiło wyłącznie w języku gudżarati. Rodzice zauważyli w tym czasie nasilenie jękania. Mama poinformowała, że ponownie wprowadzili Czas Specjalny oraz pozostałe strategie rodzinne i że po powrocie do zwykłej domowej rutyny jękanie Ishana ponownie się zmniejszyło.

Przez ostatnie dwa tygodnie okresu utrwalania rodzina kontynuowała przesyłanie formularzy.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Okres utrwalania

Mama Jake'a nie przesała Kart Zadań Czasów Specjalnych ani Dzienników Pochwał w pierwszym tygodniu okresu utrwalania. Po skontaktowaniu się z nią powiedziała, że realizowała Casy Specjalne i chwaliła Jake'a, ale nie zapisywała tych działań. Przypomniano jej o znaczeniu systematycznego wypełniania i odsyłania kart oraz dzienników w każdym tygodniu.

Mama Jake'a przyznała również, że nadal trudno jest jej prowadzić Dziennik Pochwał, ponieważ często chwali Jake'a poza domem, gdy dziennik nie jest pod ręką. Omówiono możliwość noszenia Dziennika Pochwał w torebce lub zapisywania przykładów pochwał w telefonie i przenoszenia ich do dziennika pod koniec tygodnia.

Mama Jake'a kontynuowała przesyłanie formularzy przez pozostałą część okresu utrwalania. Pozostała skoncentrowana na celach Czasów Specjalnych, a terapeuta udzielał jej informacji zwrotnej dotyczącej konkretnych przykładów pochwał.

Wizyta kontrolna

Pod koniec sześciotygodniowego Okresu Utrwalania rodzice przyprowadzają dziecko do poradni, aby omówić jego postępy oraz ustalić dalsze postępowanie terapeutyczne.

Wizyta kontrolna obejmuje:

- * *Palin PRS*
- * *Co przebiegåło dobrze?*
- * *Badanie dziecka*
- * *Podjmowanie decyzji klinicznych*

1. Skala Palin PRS (Palin PRS; Millard i Davis, 2016)

Na kilka dni przed wizytą kontrolną kontaktujemy się z rodzicami, aby przypomnieć im o wypełnieniu kwestionariusza Palin PRS online przed wizytą. Jeśli rodzice nie mają dostępu do wersji internetowej, wysyłamy im wersję papierową do uzupełnienia i przyniesienia na spotkanie. Pozwala nam to określić wszelkie zmiany w postrzeganiu przez rodziców nasilenia jąkania dziecka, jego wpływu na dziecko i na nich samych, a także w ich wiedzy oraz poczuciu kompetencji w radzeniu sobie z jąkaniem. Ze względu na zmienny charakter jąkania w tej grupie wiekowej Palin PRS jest szczególnie przydatny, ponieważ dostarcza informacji o jąkaniu dziecka także poza gabinetem.

2. Co przebiegåło dobrze?

Sześciotygodniową wizytę kontrolną rozpoczynamy w taki sam sposób jak sesje terapeutyczne — pytając rodziców: „Co zauważyli Państwo pozytywnego od naszego ostatniego spotkania?” lub „Proszę powiedzieć, co przebiegåło dobrze od czasu naszej ostatniej wizyty?”.

Każdy przejaw postępu, nawet najmniejszy, omawiamy możliwie szczegółowo, aby dostrzec zasoby, mocne strony i cechy, które przyczyniły się do pozytywnej zmiany: „Jak udało się to osiągnąć?”, „Czego dowiedzieli się Państwo o swoim dziecku?”.

Co jeszcze?

Zachęcamy rodziców i dziecko do podania jak największej liczby przykładów tego, co przebiegåło dobrze w okresie utrwalania. Dlatego kilkakrotnie zadajemy pytanie „co jeszcze?": „Co jeszcze przebiegåło dobrze?”, „Co jeszcze zwróciło Państwa uwagę?”. Prosimy również, aby spojrzeli na sytuację z perspektywy innych osób z otoczenia dziecka: „Kto jeszcze zauważył poprawę?”.

„Gdybym zapytała babcie, co pozytywnego dostrzegła, co by powiedziała?”, „Co zauważył nauczyciel, co jest inne?”. Naturalną tendencją jest skupianie się na trudnościach i na tym, co się nie udało. Przesunięcie uwagi rodziców na pozytywne zmiany bywa wyzwaniem. Łatwo także przeoczyć drobne sukcesy lub je bagatelizować. Ta rozmowa jest celowo prowadzona tak, aby — poprzez konkretne pytania — wydobyć nawet najmniejsze oznaki postępu.

Skalowanie

- * Podczas wizyty kontrolnej można wykorzystać nową skalę, aby pomóc rodzicom zastanowić się nad postępami.

- * Prosimy rodziców, aby wyobrazili sobie, że 10 na skali oznacza spełnienie ich największych nadziei, a 0 – sytuację całkowicie przeciwną.
- * Prosimy rodziców, aby zaznaczyli, gdzie ich zdaniem znajdują się obecnie na tej skali.
- * Pytamy, dlaczego są właśnie w tym punkcie oraz co sprawiło, że się tam znaleźli.
- * Pytamy, jakie drobne sygnały zauważą, gdy przesuną się o 1 punkt w górę skali, np.:
- * „Po czym poznacie, że przesunęliście się o 1 punkt? Co będzie inaczej?”.

Na przykład:

„Dałam mu 7 na skali, bo jest bardziej pewny siebie niż wcześniej.”

„Więcej mówi w szkole.” „Zaprosiliśmy kolegę na wspólną zabawę.” „A w zeszłym tygodniu, po raz pierwszy, odkąd zaczął szkołę, zapytał, czy może zapisać się do pozaszkolnego klubu piłkarskiego”.

„Myślę, że pochwały naprawdę pomogły. Pracowałam też nad tym, żeby być mniej nadopiekuńcza – pozwalałam mu popełniać błędy i robię za niego mniej rzeczy”.

3. Badanie dziecka

Pobieramy również próbkę mowy z użyciem obrazków „Co nie pasuje?”. (Speechmark, 2007). Materiał ten jest nagrywany, transkrybowany i analizowany – tak jak podczas początkowego badania dziecka (zob. Rozdział 5). Następnie porównujemy odsetek jąkania z częstotliwością sprzed rozpoczęcia terapii, a także wszelkie jakościowe zmiany w jąkanii. Pytamy również dziecko, jak radzi sobie ze swoją mową oraz przeprowadzamy badanie postaw przy użyciu kwestionariusza KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007).

4. Podejmowanie decyzji klinicznych

- * Zmniejszenie nasilenia i rodzaju jąkania oraz jego wpływu na dziecko i rodziców.

Jeśli relacje rodziców i wyniki badania wskazują na postępy w mowie dziecka, a rodzice są mniej zaniepokojeni, zachęcamy ich do kontynuowania Czasu Specjalnego, pochwał oraz pozostałych strategii rodzinnych. Czasami, gdy rodzice mniej martwią się mową dziecka, trudniej jest im utrzymać regularność tych działań. Podkreślamy wtedy, że mowa dziecka nadal pozostaje podatna na nawroty i że ważne jest dalsze stosowanie tych strategii.

- * Niewielka zmiana lub brak zmian w jąkanii dziecka albo w poziomie lęku rodziców.

Z naszego doświadczenia wynika, że na tym etapie terapii dziecko zwykle nadal wykazuje pewne objawy jąkania. Jeśli jednak nie widać żadnych oznak poprawy, a rodzice wciąż odczuwają silny niepokój, może być konieczne zaplanowanie kolejnych sesji poświęconych strategiom interakcyjnym lub strategiom rodzinnym. Może to wynikać z pojawienia się nowych trudności albo z faktu, że pewne strategie zidentyfikowane podczas diagnozy nie zostały objęte pierwszymi sześcioma sesjami terapii. Korzystamy wówczas z Modelu Palin, aby ponownie przeanalizować wyniki badania i rozważyć, jakie strategie mogą być jeszcze pomocne.

Alternatywnie rodzice mogą mieć trudności z utrzymaniem rutyny Czasu Specjalnego, pochwał i innych strategii rodzinnych podczas sześciotygodniowego okresu utrwalania. w takiej sytuacji możemy zdecydować o wprowadzeniu kolejnego sześciotygodniowego etapu utrwalania w domu. Pełny wpływ

terapii jesteśmy w stanie ocenić dopiero po zakończeniu całego dwunastotygodniowego programu. Jeżeli zidentyfikowane strategie interakcyjne i rodzinne są już wdrożone, a mowa dziecka nadal budzi niepokój, można rozważyć terapię bezpośrednią. Zagadnienie to zostało omówione w Rozdziale 9.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Wizyta kontrolna po 3 miesiącach

- 1 Na tydzień przed wizytą kontrolną rodzice Ishana zostali poproszeni o wypełnienie internetowej skali Palin PRS

	Wpływ jękania na Ishana	Nasilenie jękania Ishana i wpływ na rodziców	Wiedza i pewność rodziców we wspieraniu Ishana
Mama	Niski	Umiarkowany	Umiarkowana
Tato	Niski	Niski	Wysoka

- 2 Zapytani o to, co przebiegało dobrze, rodzice Ishana powiedzieli, że obecnie jąka się on rzadziej na co dzień, a gdy już pojawia się jękanie, częściej polega ono na powtarzaniu całych słów lub ich części. Chociaż czasami nadal przedłużał dźwięki lub „zacinał się” na słowie, zdarzało się to już tylko sporadycznie. Dodali również, że wcześniej było widać napięcie na jego twarzy, gdy się blokował, natomiast od kilku tygodni nie obserwowali już ani napięcia, ani wysiłku.

Zapytani, jaką różnicę to zrobiło, rodzice Ishana zauważyli, że przestał się poddawać, nie wypowiadał już negatywnych komentarzy na temat swojej mowy, a w poprzednim tygodniu powiedział nawet, że „mówienie staje się łatwiejsze”. Stwierdzili, że wydaje się szczęśliwszy i bardziej pewny siebie. Gdy zapytano, po czym poznają wzrost jego pewności siebie, powiedzieli, że częściej robi różne rzeczy samodzielnie, takie jak ubieranie się i rozbieranie, oraz potrafi samodzielnie się bawić. Zaczął też więcej mówić w przedszkolu i opowiadać o swoich kolegach.

Na skali od 0 do 10, obrazującej realizację ich największych nadziei, zarówno mama, jak i tata Ishana ocenili aktualną sytuację na 8. Rozważając, co przyczyniło się do postępów Ishana, rodzice podkreślili, jak bardzo pomocne były sesje terapeutyczne w budowaniu ich pewności co do wspierania syna w jękanii oraz że dzięki temu czują się obecnie mniej zaniepokojeni. Powiedzieli, że program budowania pewności siebie był bardzo pomocny. Obecnie regularnie chwali Ishana i w naturalny sposób stosują model pochwał opisowych. Zaznaczyli również, że sesja dotycząca mówienia po kolei z udziałem wszystkich członków rodziny była szczególnie pomocna. Mama Ishana powiedziała, że ważne było dla niej zobaczyć, iż w rzeczywistości to Ishan wykonywał większość mówienia, a nie przerywał innym. Dodała również, że udział w rozmowach w rodzinie stał się bardziej zrównoważony, co pomaga Ishanowi nie spieszyć się z mówieniem. Tata Ishana powiedział, że Czas Specjalny stał się

„oazę spokoju” zarówno dla Ishana, jak i dla niego. Podkreślił, że daje synowi więcej uznania i zachęca go do większej samodzielności, co wzmacnia jego pewność siebie.

- 3 Przeprowadzono ponowną ocenę jąkania Ishana: odsetek jąkanych sylab wyniósł 3,2% a jego jąkanie polegało głównie na powtórzeniach całych słów i części słów, z okazjonalnymi krótkimi przedłużeniami dźwięków. Nie stwierdzono obecności bloków.

Ponownie przeprowadzono test KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007): Ishan uzyskał wynik 2. Porównanie ze średnimi wynikami dzieci jąkających się oraz dzieci niejąkających się w wieku Ishana wskazało, że jego nastawienie wobec własnej mowy było pozytywne i zgodne z postawami dzieci w jego wieku, które się nie jękają.

- 4 Rodzinę zachęcono do kontynuowania Czasu Specjalnego oraz strategii rodzinnych i wspólnie zdecydowano, że pomocne będzie dalsze cotygodniowe przesyłanie arkuszy przez kolejne 3 miesiące. Zalecono im kontakt z terapeutą w razie pojawienia się jakichkolwiek obaw w międzyczasie. Rodzicom doradzono, aby w przypadku zmiany w jękaniu Ishana pamiętali o rzeczowym, spokojnym reagowaniu i zapewnianiu dziecka, że nasilenia jękania są czymś typowym i mają charakter przejściowy. Zalecono im również kontakt z terapeutą, jeśli w trakcie trzymiesięcznej przerwy pojawią się niepokoje dotyczące mowy chłopca.

Wizyty kontrolne po 6 i 12 miesiącach

Postępy Ishana były monitorowane podczas dwóch kolejnych wizyt z wykorzystaniem skali Palin PRS, badania jękania, KiddyCAT oraz informacji zwrotnych od Ishana i jego rodziców. Nie pojawiły się dalsze obawy dotyczące jego jękania. w związku z tym na koniec roku zakończono terapię, a rodzinę poinformowano, że w razie jakichkolwiek przyszłych obaw dotyczących jękania Ishana mogą skontaktować się z terapeutą.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Wizyta kontrolna po 3 miesiącach

- 1 Na tydzień przed wizytą kontrolną mama Jake’a została poproszona o wypełnienie online kwestionariusza Palin PRS.

- 2 Skala Palin PRS

	Wpływ jękania na Ishana	Nasilenie jękania Ishana i wpływ na rodziców	Wiedza i pewność rodziców we wspieraniu Ishana
Mama	Niski	Niski	Wysoka

- 3 Gdy mamę Jake’a zapytano, co przebiegało dobrze od czasu ostatniej sesji terapeutycznej, powiedziała, że „stary Jake wrócił”. Jego pewność siebie powróciła. Zapytana, co zauważa i co świadczy o większej pewności siebie, powiedziała, że chociaż nadal jest nieco ostrożny wobec

osób, których nie zna, teraz jest bardzo rozmowny z ludźmi z najbliższego otoczenia. Stwierdziła, że obecnie odpowiada na pytania instruktora pływania, zamiast prosić mamę o odpowiedź, oraz że sam pyta o ciastka w lokalnej kawiarni przed złożeniem zamówienia. Dodała również, że jego świadectwo szkolne było bardzo pozytywne, a nauczyciel także skomentował wzrost jego pewności siebie. Powiedziała, że Jake był rozmowny na lekcjach, brał udział w dyskusjach klasowych, zgłaszał się do odpowiedzi i zgłosił swoją kandydaturę na przewodniczącego klasy. Wiązało się to z tym, że musiał stanąć przed klasą i powiedzieć 3 rzeczy, które sprawiłyby, że byłby dobrym przedstawicielem klasy. Mama Jake'a uznała, że cieszyła się, iż się zgłosił. Jednocześnie jednak odczuwała niepokój na wypadek, gdyby nie został wybrany i jaki mogłoby to mieć wpływ na jego pewność siebie. Zarówno Jake, jak i jego mama byli zachwyceni, gdy został wybrany! Zapytana o dalsze oznaki postępów, mama Jake'a powiedziała, że nadal się jąka i od czasu do czasu wciąż trochę się zмага z mówieniem, jednak już mu to nie przeszkadza – jest lepiej. Mówi to, co chce powiedzieć, zamiast zmieniać wypowiedź. Mama Jake'a dodała także, że sama czuje się mniej zaniepokojona jękaniem, ponieważ ma ono mniejszy wpływ na Jake'a, a on jąka się rzadziej niż wcześniej.

Na skali od 0 do 10, określającej stopień spełnienia największych nadziei, mama Jake'a podała ocenę 8. Rozważając, co przyczyniło się do postępów Jake'a, powiedziała, jak pomocne było omawianie sposobów rozmawiania o jękaniu, a w szczególności uznawanie go zamiast udzielania porad. Potrafiła wskazać, jaką różnicę to zrobiło – oboje byli teraz bardziej zrelaksowani, rozmawiając o jękaniu. Powiedziała, że od czasu do czasu komentuje sposób mówienia Jake'a i Jake dobrze to przyjmuje. Kilka tygodni wcześniej Jake jąkał się bardziej przez kilka dni. Stwierdziła, że był wtedy zmęczony, ponieważ mieli kilka wieczorów spędzanych do późna. Zastanawiała się, czy coś powiedzieć, czy nie, gdy Jake sam poruszył ten temat. Powiedziała, że rozmawiali o tym, dlaczego może się bardziej jąkać i jak może to mieć związek ze zmęczeniem większym niż zwykle. Uzgodnili, że ponownie skupią się na wcześniejszej porze kładzenia się spać, a następnie rozmowa potoczyła się dalej. Uznała, że pochwały opisowe były bardzo pomocne. Chociaż zawsze chwaliła Jake'a, teraz robiła to w bardziej precyzyjny sposób, tak aby Jake wiedział, co dokładnie zrobił, by zasłużyć na pochwałę. Pomagało mu to akceptować pochwały, zamiast je kwestionować i przyczyniało się do wzrostu jego pewności siebie. Dodała również, że Jake sprawiał wrażenie mniej emocjonalnego i mniej surowego wobec samego siebie – a może po prostu lepiej radził sobie ze swoimi emocjami. Powiedziała, że ogólnie był spokojniejszy, a kiedy się frustrował lub denerwował, wydawało się, że szybciej się uspokaja. Zdała sobie teraz sprawę, że wcześniej te emocjonalne wybuchy wpływały na jego jękanie, podczas gdy obecnie jego mowa nie była już w takim samym stopniu zależna od emocji.

- 4 Przeprowadzono ponowną diagnozę jękania Jake'a – częstotliwość jękania wynosiła 7% a jękanie miało umiarkowane nasilenie. w obrazie jękania nadal dominowały przeciągnięcia i bloki – były one jednak krótsze, a podczas tej oceny obserwowano jedynie niewielkie oznaki zmagania się z wydobyciem dźwięku. Jake był bardziej rozmowny podczas ponownego

badania i oprócz odpowiadania na zadawane pytania sam inicjował rozmowę. Zapytany: „Co przebiegało dobrze od naszego ostatniego spotkania?”, powiedział, że mówienie stało się dla niego łatwiejsze. Powiedział, że nie jąka się już tak bardzo, jego słowa nie „zacinają się” tak często oraz że więcej mówi w szkole i na treningach piłkarskich.

Ponownie przeprowadzony został test KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007): Jake uzyskał wynik 4. Choć jego wynik się obniżył, to porównanie ze średnimi wynikami dzieci jąkających się oraz dzieci niejåkających się w wieku Jake’a wskazało, że jego nastawienie wobec własnej mowy nadal pozostawało negatywne, typowe dla postaw dzieci jąkających się w jego wieku.

- 5 Mama Jake’a zgodziła się kontynuować Czas Specjalny oraz strategię rodzinne i przesyłać swoje arkusze co tydzień przez kolejne 3 miesiące. Zalecono jej kontakt z terapeutą w razie pojawienia się jakichkolwiek obaw w tym czasie.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Wizyta kontrolna po 6 miesiącach

- 1 Na tydzień przed wizytą kontrolną mama Jake’a została poproszona o wypełnienie online kwestionariusza Palinu PRS przed ich spotkaniem.

2 Skala Palin PRS

	Wpływ jąkania na Ishana	Nasilenie jąkania Ishana i wpływ na rodziców	Wiedza i pewność rodziców we wspieraniu Ishana
Mama	Umiarkowany	Niski	Umiarkowana

- 3 Gdy mamę Jake’a zapytano, co przebiegało dobrze od czasu ostatniej wizyty kontrolnej, powiedziała, że nadal jest zadowolona z postępów Jake’a. Stwierdziła, że nie nastąpiła istotna zmiana w jego jąkaniu. Zapytano ją, co robili, aby utrzymać wcześniejsze postępy. Jake nadal był bardziej pewny siebie – był rozmowny z kolegami i trenerem na piłce nożnej, niedawno zaczął chodzić na zbiórki harcerskie, a podczas szkolnego apelu powiedział swoją kwestię głośno i wyraźnie. Byli coraz bardziej otwarci na jego jąkanie – mama od czasu do czasu je zauważała, a czasami Jake sam komentował swoje mówienie.
- 4 Na skali od 0 do 10, określającej aktualny stan rzeczy, mama Jake’a wskazała wartość 8 i podała kilka powodów, dla których nadal mogła ocenić sytuację tym poziomie. Zapytana: „Który punkt na tej skali byłoby dla pani wystarczająco dobry?”, odpowiedziała, że 8 jest dla niej wystarczające. Stwierdziła, że jąkanie Jake’a nie wpływa na nią, a w większości przypadków nie oddziałuje również na niego samego. Omówiono dalsze oznaki postępów, a mama Jake’a zwróciła uwagę, że chłopiec podchodzi do nowych sytuacji z większą pewnością siebie – zamiast się wycofywać, od początku jest sobą: rozmawia, zadaje pytania, zgłasza się na ochotnika. Powiedziała, że Jake niedawno zapytał ją, czy jest jeszcze coś, co

mogliby zrobić, aby pomóc mu w mówieniu. Powiedział, że czasami nadal „zacina się” i po prostu chciałby łatwiej się komunikować. Dodała, że ma tendencję do częstszego jąkania się, gdy przeżywa silne emocje. Była zadowolona z tego, jak radzi sobie z emocjami i wskazała kolejne oznaki postępów – Jake stawał się mniej reaktywny i szybciej się uspokajał.

- 5 Przeprowadzono ponowną ocenę jąkania Jake’a – częstotliwość jąkania wynosiła 6,5%, miało ono nasilenie o stopniu łagodnym do umiarkowanego. Jąkanie obejmowało teraz powtórzenia całych słów oraz części wyrazów, a także przeciągnięcia i bloki. Epizody jąkania nadal były krótsze niż podczas wstępnej diagnozy i obserwowano mniej oznak wysiłku przy artykulacji dźwięków. Zapytany: „Co przebiegało dobrze od naszego ostatniego spotkania?”, opowiedział o tym, że jego drużyna piłkarska radzi sobie dobrze i że wygrali większość meczów. Powiedział również, że jego mówienie jest „w porządku”. Dodał, że nadal jest trochę nieśmiały wobec osób, których dobrze nie zna. Jake potrafił wskazać, jaką różnicę robi rozmowa z osobami, które dobrze zna: „Nie przeszkadza im, jeśli się jąkam”. „Po prostu czekają, aż się wypowiem”. „Po prostu mówię”. Jake powiedział, że chciałby jeszcze trochę pomocy w związku ze swoim mówieniem, ponieważ czasami jego słowa nadal „utykają”.

Ponownie przeprowadzono test KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007): Jake uzyskał wynik 4, taki sam jak podczas poprzednich wizyt kontrolnych. Porównanie ze średnimi wynikami dzieci jąkających się oraz dzieci niejąkających się w wieku Jake’a wskazało, że jego nastawienie wobec własnej mowy pozostawało negatywne i tożsame z postawą dzieci jąkających się w jego wieku.

- 6 Podejmowanie decyzji klinicznych: w świetle potencjalnego wzrostu wpływu jąkania Jake’a, zgłoszonego w kwestionariuszu Palin PRS wypełnionym przez jego mamę oraz w wypowiedziach samego Jake’a, zaplanowano cykl 6 jednogodzinnych sesji raz w tygodniu, ukierunkowanych bezpośrednio na pracę z chłopcem. Sesje te miały obejmować dalsze budowanie pewności siebie Jake’a, wspieranie go w radzeniu sobie z emocjami, zachęcanie do otwartości wobec jąkania oraz naukę strategii modyfikacji mowy (zob. Rozdział 9).

Studium przypadku Jake, 6 lat

Wizyta kontrolna po 9 miesiącach

- 1 Na tydzień przed wizytą kontrolną mama Jake’a została poproszona o wypełnienie online skali Palin PRS przed spotkaniem.
- 2 Skale oceny Palin PRS

	Wpływ jąkania na Jake’a	Nasilenie jąkania Jake’a i jego wpływ na matkę	Wiedza i pewność siebie matki we wspieraniu Jake’a
Mama	Niski	Niski	Wysoki

- 3 Kiedy matkę Jake'a zapytano, co od ostatniej wizyty przebiegało dobrze, powiedziała, że jest bardzo zadowolona z jego postępów. Dodała, że bardzo podobały mu się sesje terapeutyczne i uczenie się o swoim mówieniu. Zapytana, jaką różnicę to przyniosło, opisała wzrost jego pewności siebie i powiedziała, że sprawia wrażenie ogólnie bardziej zrelaksowanego i spokojnego. Potrafiła wskazać sytuacje, w których był bardziej pewny siebie i spokojniejszy, oraz powiedziała, że zostało to zauważone także przez innych członków rodziny podczas niedawnego spotkania rodzinnego. Stwierdziła, że Jake ogólnie jąkał się mniej, a kiedy się jąkał, epizody te były krótkie. Powiedziała również, że wydawało się, iż powtarza więcej niż wcześniej i rzadziej się blokuje. w skali od 0 do 10 matka Jake'a oceniła jego funkcjonowanie na 9. Rozważając, co przyczyniło się do jego postępów, powiedziała, że zarówno ona, jak i Jake czują się teraz bardziej swobodnie i pewnie w związku z jego jękaniem. Dodała, że nie jest pewna, czy kiedykolwiek całkowicie przestanie się jąkać; jednak jest teraz przekonana, że Jake potrafi sobie z tym radzić, że będzie wiedziała, jak go wspierać, i że wszystko będzie w porządku. Powiedziała także, że Jake skorzystał opanowywania „Mowy Autobusikowej” i często zauważała, że daje sobie czas na zastanowienie i zwalnia tempo mówienia. Pomocne było również dla niej uczestnictwo w sesjach i docenienie tego, jakiego skupienia to wymaga. Dodała też, że jako rodzina są teraz bardziej w kontakcie ze swoimi emocjami i uczuciami, a Jake jest ogólnie dużo spokojniejszy. Powiedziała, że nadal codziennie chwali Jake'a, stosując model specyficznej pochwały, oraz że jest świadoma proponowania mu ST, które polegają na wspólnej zabawie, a nie na koncentrowaniu się na mówieniu.
- 4 Przeprowadzono ponowną ocenę jękania Jake'a; odsetek sylab jękanymi wyniósł 5% i został oceniony jako łagodny. w jego jękaniu występowały powtórzenia całych słów i części słów, sporadyczne krótkie przeciągania oraz blokady. Jake również ocenił siebie na 9 w skali od 0 do 10 i podał kilka powodów, dla których wystawił sobie taką ocenę. Powiedział, że jąka się niewiele; zamiast tego słowa po prostu z niego wypływają, a on mówi wolniej. Dodał, że większość osób nie zauważa jego jękania, a jeśli nawet – to mu to nie przeszkadza. Opowiedział jednemu ze swoich kolegów o uczęszczaniu na terapię i pokazał mu ilustrację „jak powstaje mowa”. KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007) został ponownie przeprowadzony: Jake uzyskał wynik 2. Porównanie ze średnimi wynikami dzieci jękanymi w jego wieku, które się nie jąkają, wskazało, że jego stosunek do własnej mowy jest teraz bardziej pozytywny i zbliżony do postaw dzieci w jego wieku, które się nie jąkają.
- 5 Podejmowanie decyzji klinicznych: Jake i jego mama zgodzili się kontynuować ST, strategię rodzinne oraz strategię dla dziecka i przesyłać arkusze co tydzień przez kolejne trzy miesiące. Następnie mieli zostać zaproszeni na kolejną wizytę kontrolną.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Wizyta kontrolna po 9 miesiącach

- 1 Na tydzień przed wizytą kontrolną mama Jake'a została poproszona o wypełnienie online skali Palin PRS przed spotkaniem.

2 Skale oceny Palin PRS

	<i>Wpływ jękania na Jake'a</i>	<i>Nasilenie jękania Jake'a i jego wpływ na matkę</i>	<i>Wiedza i pewność siebie matki we wspieraniu Jake'a</i>
<i>Mama</i>	<i>Niski</i>	<i>Niski</i>	<i>Wysoki</i>

- 3 Kiedy mamę Jake'a zapytano, co od ostatniej wizyty przebiegało dobrze, powiedziała, że jest bardzo zadowolona z jego postępów. Dodała, że kontynuowali ćwiczenie „mowy autobusikowej” zarówno podczas bardziej ustrukturyzowanych, jak i mniej ustrukturyzowanych aktywności, co Jake'owi sprawiało przyjemność. Droga do szkoły stała się teraz czasem na „Mowę Autobusikową”, podobnie jak niektóre posiłki. Powiedziała, że Jake potrafił łatwo robić pauzy, zastanawiać się i zwalniać tempo mówienia podczas wspólnych ćwiczeń. Zauważała również, że od czasu do czasu spontanicznie stosuje „Mowę Autobusikową” i chwaliła go za to. Uznała, że pewność siebie Jake'a wzrosła dzięki posiadaniu własnych strategii radzenia sobie z jękaniami. Opisała sytuacje, w których był bardziej pewny siebie, a podczas ostatniego zebrania z rodzicami jego nauczyciel zwrócił uwagę zarówno na wzrost jego pewności siebie, jak i zmianę w jego jękaniu. Powiedziała, że jego jękanie nie stanowi obecnie powodu do niepokoju. Dodała, że Jake nadal sporadycznie się jąka, ale już właściwie tego nie zauważa i on sam również nie wydaje się na to reagować. Zaznaczyła, że większa otwartość w mówieniu o uczuciach Jake'a była pomocna. Jake był mniej emocjonalny niż wcześniej, a kiedy się frustrował, złościł lub smucił, nie trwało to długo. w skali od 0 do 10 matka Jake'a oceniła jego funkcjonowanie na 9.
- 4 Przeprowadzono ponowną diagnozę jękania Jake'a; odsetek sylab zajkniętych wyniósł 3,5% i został oceniony jako łagodny. w jego jękaniu występowały powtórzenia całych słów i części słów oraz sporadyczne krótkie przeciągania. Tym razem nie stwierdzono bloków. Jake również ocenił siebie na 9 w skali od 0 do 10 i podał kilka powodów, dla których wystawił sobie taką ocenę. Powiedział, że teraz jąka się tylko około raz dziennie. Dodał, że jest rozmowny w kontaktach z kolegami, zgłasza się na lekcjach i nie ma problemu z zamawianiem jedzenia w kawiarni ani z proszeniem sprzedawcy o coś. Lubił ćwiczyć „Mowę Autobusikową” i powiedział, że mówienie wolniej pomaga mu mniej się jąkać. Uznał, że nie potrzebuje już dodatkowej pomocy w zakresie mówienia. KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007) został ponownie przeprowadzony: Jake uzyskał wynik 2. Porównanie ze średnimi wynikami dzieci jękających się oraz dzieci w jego wieku, które się nie jąkają, wskazało, że jego stosunek do własnej mowy pozostaje pozytywny i jest zgodny z postawami dzieci w jego wieku, które się nie jąkają.
- 5 Podjęto decyzję o zakończeniu terapii Jake'a. On i jego mama zostali poinformowani, że w przyszłości mogą w każdej chwili ponownie skontaktować się z terapeutą, jeśli pojawią się obawy dotyczące jego jękania.

Dalsze monitorowanie

Kontynuujemy monitorowanie postępów dziecka przez okres co najmniej jednego roku. Zazwyczaj planujemy kolejne wizyty kontrolne po 6 miesiącach oraz po roku od trzymiesięcznej wizyty kontrolnej. Zachęcamy rodziców, aby w dowolnym momencie skontaktowali się z nami, jeśli będą zaniepokojeni sposobem mówienia swojego dziecka.

Zakończenie terapii

Podczas rocznej wizyty kontrolnej, jeśli rodzice nie wyrażają już obaw dotyczących mowy dziecka, zwykle rekomendujemy zakończenie wsparcia terapeutycznego. Na przestrzeni lat obserwowaliśmy dzieci, u których jękanie wydawało się całkowicie ustąpić, ale po kilku latach ponownie wracały one do poradni. Dlatego wyjaśniamy rodzicom, że kończymy wsparcie ich dziecka, ale jeśli w jakimkolwiek momencie w przyszłości pojawią się obawy związane z jękaniem, powinni bez wahania ponownie się z nami skontaktować.

Konsultacja specjalistyczna

Jękanie jest złożonym zjawiskiem, a u niektórych dzieci jękających się występują dodatkowe trudności. Mogą one przyjmować postać współistniejących zaburzeń, takich jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, rozwojowe zaburzenia językowe, zespół Downa czy dyspraksja. u części dzieci jękających się mogą pojawiać się także obawy dotyczące czynników psychologicznych, takich jak lęk czy mutyzm wybiórczy. Zdarza się również, że występują trudności rodzinne, na przykład problemy w relacjach lub poważne problemy zdrowotne.

Gdy pojawiają się dodatkowe trudności, takie jak wymienione powyżej, lub gdy postępy w terapii nie są zgodne z oczekiwaniami, zalecamy, aby terapeuci – jeśli to możliwe – zasięgnęli specjalistycznej konsultacji u współpracownika lub w grupie superwizyjnej.

Rozwiązywanie trudności

Dziecko domaga się uwagi rodziców i utrudnia im oglądanie nagrania w trakcie sesji

Zazwyczaj obserwujemy, że dzieci albo chętnie oglądają nagranie, na którym bawią się z rodzicami, albo zadowolone kontynuują rozpoczętą z nimi zabawę. Jeśli dziecko nudzi się daną aktywnością, zachęcamy je do wybrania czegoś innego, upewniając się, że jest to czynność, którą może wykonywać samodzielnie. Możemy ustalić z dzieckiem, że jeśli pozwoli rodzicom rozmawiać przez dziesięć minut, później będzie miało dodatkowy czas na zabawę. Pomocne bywa wprowadzenie wraz z dzieckiem tabeli z gwiazdkami, w której nagradza się je za czekanie, aż dorośli zakończą rozmowę. (Szczegółowe informacje dotyczące wprowadzania tabeli z gwiazdkami – zob. Rozdział 8).

Rodzic wybiera cel, którego terapeuta nie wskazał jako obszaru do dalszego rozwijania

W pierwotnej analizie interakcji rodzic–dziecko określamy, które style interakcji są dziecku potrzebne do rozwijania komunikacji i upływniania mowy, kiedy rodzic już z nich korzysta oraz które z nich można dalej rozwijać. Na początku terapii mamy więc na uwadze szereg stylów interakcji, które mogą dziecku pomóc. Pozwalamy jednak rodzicom samodzielnie wskazywać własne cele i czasami koncentrują się oni na innym obszarze. z naszego doświadczenia wynika, iż nie stanowi to problemu. Style interakcji są ze sobą ściśle powiązane, a zmiana jednego aspektu często wywołuje „efekt fali” w obszarze wielu innych. Na przykład, gdy rodzic decyduje się, że będzie nieco mniej aktywny i pozwoli dziecku przejąć inicjatywę, zwykle skutkuje to daniem mu większej ilości czasu na wypowiedź, częstszym komentowaniem oraz używaniem języka dostosowanego do poziomu dziecka. Zauważyliśmy także, że rodzice mogą używać w kontakcie z nami różnych określeń, aby opisać te same zjawiska. Na przykład ojciec Scotta opisał potrzebę robienia pauz i czasu na zastanowienie jako „potrzebę, żeby mógł to sobie przetrawić w głowie”.

Jedno z rodziców osiąga swój cel i przechodzi do kolejnego, podczas gdy drugie nadal pracuje nad pierwszym

Nie oczekujemy, że oboje rodzice będą przechodzić przez terapię w tym samym tempie i czasami obserwujemy, że jedno z nich pracuje nad tym samym celem przez 6 tygodni. Często też rodzice wybierają dla siebie różne cele, co pokazuje, jak bardzo zindywidualizowany jest ten proces. w życzliwy, a czasem nawet żartobliwy sposób zachęcamy rodziców do zaniechania rywalizacji między sobą i sugerujemy, że pomocne jest upewnienie się, iż dany cel został w pełni przyswojony, zanim przejdzie się do następnego.

Rodzice nie są przyzwyczajeni do zabawy z dzieckiem

Pracowaliśmy z rodzicami, którzy z różnych powodów kulturowych i społecznych mieli bardzo niewielkie doświadczenie w zakresie wspólnej zabawy z dzieckiem. Nie oznacza to jednak zazwyczaj, że dziecko nie potrafi się bawić. Czasem nie potrzeba więcej, niż pomóc rodzicom uświadomić sobie, że wystarczy podążać za inicjatywą dziecka. Niektórzy rodzice czują, że powinni stale stymulować proces uczenia się dziecka. Zazwyczaj obserwujemy, że oglądanie nagrań z własnym udziałem pomaga rodzicom bardziej zaangażować się w zabawę. Wiele aktywności zabawowych naśladuje sytuacje z życia codziennego, na przykład zabawa w kuchnię i jedzenie, zestawy do zabaw w lekarza, samochody, drogi i garaże. Rodzicom, którzy nie są przyzwyczajeni do zabaw tematycznych, często łatwiej jest włączyć się właśnie w tego typu aktywności.

Brak kamery wideo

Kamera wideo jest niezwykle cennym narzędziem dla terapeuty w diagnozie i prowadzeniu terapii szerokiego zakresu zaburzeń. Terapia oparta na interakcji rodzic–dziecko jest szeroko stosowana także w pracy nad innymi utrudnieniami w zakresie mowy i języka. Nagrywanie własnej praktyki klinicznej jest również bardzo pomocne w refleksyjnej analizie swojej pracy oraz w superwizji. Jeśli terapeuta nie

dysponuje kamerą, zalecamy złożenie wniosku o jej zakup w miejscu pracy, tym bardziej że dobrej jakości sprzęt jest obecnie dostępny w rozsądnej cenie. Należy także zadbać o bezpieczne przechowywanie nagrań, ponieważ stanowią one część dokumentacji terapeutycznej.

Alternatywnie możliwe jest wykorzystanie podczas sesji kamery lub tabletu należących do rodziny. w takiej sytuacji nagrania pozostają własnością rodziny i to ona odpowiada za sposób ich przechowywania.

Na sesję przychodzi tylko jedno z rodziców

Jeśli sesje terapeutyczne zostały zaplanowane dla obojga rodziców, a na wizytę przychodzi tylko jedno z nich, w pierwszej kolejności należy ustalić przyczynę nieobecności drugiego. Jeśli okaże się, że któregoś z rodziców nie jest przekonane co do konieczności swojego udziału, rozmawiamy o korzyściach płynących z zaangażowania obojga w proces terapii. Musimy przy tym pamiętać, że obecny rodzic najprawdopodobniej nie jest osobą, która kwestionuje zasadność tego podejścia i możemy stawiać go w trudnej sytuacji. Możemy zdecydować się na przeprowadzenie sesji z obecnym rodzicem albo przełożyć wizytę. Prosimy również o telefoniczną informację w przyszłości, jeśli któregoś z nich nie będzie mogło przyjść, tak abyśmy mogli przełożyć wizytę na termin dogodny dla nich obojga. w razie potrzeby możemy skontaktować się telefonicznie z drugim rodzicem, aby omówić wszelkie pytania lub wątpliwości, jakie może mieć w związku ze swoją rolą w terapii.

Rodzic nie potrafi odpowiedzieć na pytania, zwłaszcza dotyczące jego samego na nagraniu wideo i oczekuje, że terapeuta poda odpowiedzi

Zdarza się, że rodzic ma trudność z udzieleniem odpowiedzi na pytania dotyczące nagrania. z naszego doświadczenia nie wynika to z poziomu refleksji czy rozumienia sytuacji dziecka. Bardziej prawdopodobne jest, że rodzic ma poczucie, iż konieczna jest „właściwa” odpowiedź i obawia się, że może się pomylić. Czasami rodzice oczekują, że to „ekspert” im podpowie. Jak omawialiśmy na początku tego rozdziału, uzyskiwanie tych informacji od rodziców jest skuteczniejsze niż ich podawanie im przez terapeutę. Jednak, jeśli proces ten jest dla nich frustrujący lub stresujący, pomagamy im, pokazując konkretne fragmenty nagrań i udzielając wskazówek, a w ostateczności przekazujemy informacje wprost.

Gdy rodzic zaczyna pracę nad drugim celem, przestaje realizować pierwszy

Zmiana utrwalonego stylu funkcjonowania jest wyzwaniem. Wprowadzanie dwóch zmian jednocześnie może okazać się zbyt trudne, zwłaszcza jeśli pierwsza nie została jeszcze w pełni utrwalona. Należy uważnie monitorować, czy rodzic zintegrował pierwszy cel ze swoim stylem interakcji, zanim wprowadzi się kolejne zmiany.

Rodzice czują się niekomfortowo, rozmawiając o dziecku w jego obecności

Rodzice mogą odczuwać skrępowanie, mówiąc o dziecku przy nim, zwłaszcza jeśli ma ono tendencję do przysłuchiwania się i dobrze rozumie wypowiedzi. Zachęcamy rodziny do otwartego rozmawiania o jąkaniu w obecności dziecka. Jeśli jednak temat rozmowy jest inny i bardziej wrażliwy, możemy zaproponować oddzielne spotkanie dla rodziców, bez udziału dziecka.

Trudności związane z wdrażaniem Czasu Specjalnego

Rodzic nie był w stanie zrealizować uzgodnionej liczby Czasów Specjalnych

Gdy proponujemy pięciominutowe zadanie, większość osób uważa je za łatwe do wykonania. Jednak intensywny tryb życia i nieprzewidziane wydarzenia mogą pokrzyżować nawet najlepsze plany. Pomagamy rodzicom, pytając: „Co stanęło na przeszkodzie, aby zrealizować Czas Specjalny?”. Taki sposób zadawania pytań pokazuje nasze zainteresowanie zrozumieniem sytuacji i sprzyja partnerskiemu podejściu, dzięki czemu możemy wspólnie poszukiwać możliwych rozwiązań. Czasami konieczne jest zmniejszenie planowanej liczby Czasów Specjalnych – na przykład, jeśli początkowo rodzice wybrali pięć, bardziej realistyczne może być zmniejszenie tej liczby do trzech. w przypadku niektórych rodzin pomocne jest wpisanie Czasu Specjalnego w plan tygodnia i realizowanie go w określone dni, aby osiągnąć założoną liczbę.

Jeśli rodzicowi nie udało się zrealizować minimum trzech Czasów Specjalnych, wyznaczamy to zadanie na kolejny tydzień, bez włączania dodatkowych celów interakcyjnych. Jeśli jedno z rodziców osiągnęło docelową liczbę Czasów Specjalnych, a drugie nie, zadanie ponownie wyznaczamy obojgu. Kluczowe jest, aby rodzice najpierw wypracowali stałą rutynę Czasu Specjalnego, zanim terapia będzie toczyć się dalej, ponieważ to właśnie Czas Specjalny jest mechanizmem umożliwiającym przeniesienie oddziaływań terapeutycznych do środowiska domowego.

W niektórych sytuacjach rozpoczęcie programu Palin PCI może być dla rodziców trudne, zwłaszcza gdy doświadczają innych obciążeń. Czasami lepszym rozwiązaniem jest odroczenie terapii do momentu, gdy poczują, że są w stanie w pełni się w nią zaangażować.

Czasy Specjalne trwały dłużej niż 5 minut

Utrzymanie pięciominutowego limitu bywa trudne, szczególnie gdy aktywność nie została jeszcze zakończona. Pytamy rodziców, jak rozumieją sens tego ograniczenia czasowego i sugerujemy, aby wybierane aktywności nie były zbyt złożone. Niekiedy proponujemy korzystanie z minutnika i przypominamy, że po wypełnieniu Arkusza Czasu Specjalnego można wrócić do przerwanej zabawy.

Dla niektórych rodziców ograniczenie czasu trwania Czasu Specjalnego stanowi ważny krok w wyznaczaniu dziecku granic.

Dziecko nie chciało uczestniczyć w Czasie Specjalnym

Zdarza się to rzadko, jednak, jeśli rodzice zgłaszają, że dziecko nie chce brać udziału w Czasie Specjalnym, warto sprawdzić, kto wybiera aktywność oraz w jaki sposób i w jakim momencie dziecko jest zapraszane do zabawy. Możliwe, że rodzice proponują Czas Specjalny wtedy, gdy dziecko jest zaangażowane w coś, co szczególnie lubi, na przykład ogląda ulubiony program telewizyjny. Czasami przypominamy dziecku, że zgodziło się pomóc rodzicom w wykonaniu ich „zadania domowego”.

Rodzik sporządził zapis dotyczący jąkania dziecka

Przypominamy rodzicom, aby podczas Czasu Specjalnego koncentrowali się na wspólnej zabawie i słuchaniu tego, co mówi dziecko, a nie na tym, w jaki sposób to mówi.

Rodzik realizuje Czas Specjalny, wykonując jednocześnie inną czynność

Napięty harmonogram dnia może sprawiać, że rodzice włączają Czas Specjalny w inne aktywności, takie jak kąpiel, odrabianie lekcji czy podróżowanie. w takich sytuacjach wspólnie z rodzicami analizujemy, dlaczego nie jest to optymalne rozwiązanie. Na przykład dziecko rzadziej ma wtedy pełną, niepodzielną uwagę rodzica, mogą pojawiać się zakłócenia ze strony innych osób, a uwaga nie jest w pełni skoncentrowana na dziecku.

Rodzeństwo przerywa Czas Specjalny

Rodzice mogą zgłaszać, że rodzeństwo dziecka przerywa Czas Specjalny. Rozmawiamy z nimi o możliwych sposobach poradzenia sobie z tą sytuacją, sprawdzając między innymi, czy – zgodnie z zaleceniami – również drugie dziecko ma swój Czas Specjalny. Możemy zaproponować, aby rodzice porozmawiali z dziećmi o naprzemiennym korzystaniu z Czasu Specjalnego i ustalili, kto zaczyna. Wspólnie zastanawiamy się także nad tym, gdzie odbywają się Czasy Specjalne i czy zmiana miejsca lub momentu ich realizacji mogłaby sprawić, że zakłócenia będą zdarzały się rzadziej. Czasami pomocne jest planowanie Czasów Specjalnych wtedy, gdy rodzeństwo jest zajęte czymś innym, na przykład, gdy śpi!

Uzasadnienie dla celów interakcyjnych

Jak omówiono w rozdziale 1, aktualne empiryczne dowody potwierdzające związek między stylami interakcji rodziców a jąkaniem dzieci są ograniczone i niespójne (Nippold & Rudzinski, 1995; Nippold, 2018; Bernstein Ratner, 2004; Sawyer i in., 2017). Wskazuje się na szereg przyczyn takiego stanu rzeczy, w tym niejednorodny charakter jąkania oraz indywidualne, specyficzne reakcje poszczególnych dzieci, a także potrzebę dalszych badań, które pozwolą dokładniej przyjrzeć się pojedynczym dzieciom i relacji między stylem interakcji rodziców a jąkaniem w czasie.

Podczas sesji Palin PCI rodzice są pytani, czego ich dziecko potrzebuje, aby w maksymalnym stopniu wspierać płynność mowy i pewność siebie w komunikacji. z naszego doświadczenia klinicznego wynika, że rodzice niemal zawsze wskazują, iż dziecko skorzystałoby na tym, gdyby miało więcej czasu na zastanowienie się nad swoimi pomysłami i mogło zwolnić tempo. Mówią również o tym, co sami powinni robić, aby mu pomóc, a ich odpowiedzi zazwyczaj obejmują słuchanie dziecka i dawanie mu czasu – zarówno na zastanowienie się nad tym, co chce powiedzieć, jak i na wyrażenie swoich myśli bez

przerywania. Następnie, na podstawie nagrań wideo, rodzice identyfikują to, co już robią, aby wspierać komunikację i płynność mowy dziecka. Pomagamy ukierunkować ich obserwacje, przypominając im, co sami uznali za pomocne dla swojego dziecka. Na przykład: „Powiedzieli Państwo, że potrzebuje on czasu, aby zastanowić się nad tym, co chce powiedzieć. Co robią Państwo na nagraniu, co pomaga mu ten czas sobie dać?” albo „Powiedzieli Państwo, że skorzystałby na większej pewności siebie. Co robią Państwo na nagraniu, co wzmacnia jego pewność siebie?”. Gdy rodzice rozpoznają przykłady pomocnej strategii, zachęcamy ich do zastanowienia się, w jaki sposób dana strategia może wspierać dziecko. Dlatego potrzebujemy wiedzieć, jak i dlaczego różne strategie interakcyjne mogą wzmacniać komunikację i płynność mowy dziecka.

Poniżej przedstawiono zakres celów interakcyjnych identyfikowanych przez rodziców w trakcie terapii wraz z aktualnymi dowodami przemawiającymi za ich możliwym włączeniem do zindywidualizowanego programu terapeutycznego. Chociaż część z tych celów była przedmiotem badań w kontekście ich wpływu na jękanie, inne opierają się na wiedzy eksperckiej i doświadczeniu klinicznym.

Ogólnym celem każdego z tych założeń jest zapewnienie dziecku czasu na zaplanowanie i zrealizowanie tego, co chce powiedzieć oraz umożliwienie mu funkcjonowania na poziomie adekwatnym do jego możliwości.

Podążanie za inicjatywą dziecka w zabawie

Z naszych obserwacji wynika, że jest to jeden z kluczowych celów interakcyjnych wskazywanych przez rodziców. „Podążanie za inicjatywą dziecka w zabawie” to szerokie pojęcie obejmujące szereg różnych zachowań interakcyjnych rodziców, takich jak:

- * obserwowanie, co robi dziecko, zamiast inicjowania zabawy i samodzielnego manipulowania zabawkami
- * słuchanie dziecka i odpowiadanie na jego pytania lub komentarze
- * włączanie się w wybraną przez dziecko aktywność i podążanie za nim – zarówno w działaniu, jak i w wypowiedziach
- * pozwalanie dziecku na samodzielne rozwiązywanie problemów

Kiedy rodzice podążają za inicjatywą dziecka w zabawie, w naturalny sposób pojawia się wiele pomocnych strategii, ponieważ to dziecko nadaje tempo aktywności i rozmowie oraz wyznacza treść językową. Zachowania niewerbalne, takie jak kontakt wzrokowy czy mowa ciała, również mogą ulec zmianie, ponieważ rodzic angażuje się w działania dziecka, zamiast kontynuować własną aktywność.

Uzasadnienie dla tego celu

Zauważyliśmy, że gdy rodzic podąża za inicjatywą dziecka w zabawie, tempo zabawy częściej przebiega w naturalnym dla dziecka rytmie, a nie na poziomie rodzica. Dziecko ma wówczas więcej czasu na zaplanowanie i zainicjowanie tego, co chce powiedzieć. Buduje to także jego pewność siebie, ponieważ rodzic daje mu możliwość wykorzystywania wyobraźni i kreatywności do tworzenia różnych scenariuszy zabawy oraz samodzielnego rozwiązywania problemów, a rodzic towarzyszy temu udzielając komentarzy.

Kiedy rodzic pozwala dziecku przejąć inicjatywę w zabawie, częściej pojawia się wspólne pole uwagi, a rodzice są bardziej skłonni reagować zarówno na to, co dziecko robi, jak i na to, co mówi. Wykazano, że te cechy sposobu komunikowania się rodzica sprzyjają rozwojowi języka u małych dzieci, zwłaszcza zasobu słownictwa (zob. Girolametto & Weitzman, 2006; Tamis-LeMonda, Kuchirko & Song, 2014). Chociaż w ostatnich latach nie prowadzono badań nad wpływem podążania przez rodziców za inicjatywą dziecka w zabawie na jego jąkanie, Andronico i Blake (1971) wykazali, że dzieci jąkały się rzadziej, gdy ich rodzice zostali przeszkoleni w zakresie niedyrektywnej zabawy.

Dawanie dziecku czasu na rozpoczęcie wypowiedzi, odpowiedź i dokończenie mówienia

Rodzice często koncentrują się na dawaniu dziecku czasu na rozpoczęcie, odpowiedź lub dokończenie wypowiedzi, gdy obserwują siebie na nagraniu wideo. Kiedy prosimy ich o opisanie tego, co robią, aby umożliwić dziecku danie sobie czasu, mogą wskazywać na:

- * przyzwolenie na pojawienie się ciszy i nieuleganie pokusie wypełnienia jej pytaniem, komentarzem lub instrukcją,
- * stosowanie dłuższych pauz przed rozpoczęciem mówienia oraz między kolejnymi wypowiedziami,
- * słuchanie dziecka w celu upewnienia się, że zakończyło wypowiedź, zanim rodzic ponownie się odezwie oraz nieprzerywanie i niedokańczanie za nie zdań.

Uzasadnienie dla tego celu

- * Czas na rozpoczęcie wypowiedzi

Ponieważ dzieci jękające się mogą potrzebować więcej czasu na zaplanowanie i uporządkowanie tego, co chcą powiedzieć, umożliwienie dziecku inicjowania wypowiedzi w trakcie zabawy może sprzyjać jego komunikacji i płynności mowy.

- * Czas na odpowiedź

Dziecko jękające się może skorzystać na wydłużeniu czasu przeznaczonego na odpowiedź, szczególnie wtedy, gdy oczekiwana jest dłuższa lub bardziej złożona wypowiedź. Newman i Smit (1989) stwierdziły, że jeśli dorosły czeka dłużej, zanim odpowie dziecku, dziecko również wydłuża swój czas reakcji. Oprócz szkolenia matek w zakresie spowalniania tempa mówienia do dzieci Zebrowski, Weiss, Savelkoul i Hammer (1996) uczyły je także wydłużania czasu oczekiwania przed udzieleniem odpowiedzi. Autorki nie były pewne czy obserwowane u części dzieci zmniejszenie częstości jękania wynikało z wolniejszego tempa mówienia matek, z wydłużenia czasu reakcji, czy z połączenia obu tych czynników.

- * Czas na dokończenie wypowiedzi

Z badań wiemy, że rodzice dzieci jękających się nie przerywają swoim dzieciom częściej niż rodzice dzieci mówiących płynnie (Kelly, 1994; Meyers & Freeman, 1985a; Ryan, 2000). Wykazano jednak, że jąkanie może wpływać na style interakcji rodziców, zwłaszcza na zachowania związane z przerywaniem. Zarówno matki dzieci jękających się, jak matki dzieci mówiących płynnie, częściej przerywały, gdy wypowiedź

dziecka była niepełna niż wtedy, gdy mówiło ono płynnie (Meyers & Freeman, 1985b). Chociaż niektóre badania sugerują, że zarówno dzieci jękające się, jak i mówiące płynnie częściej stają się niepełne, gdy ktoś im przerywa lub gdy same przerywają innym (Livingston, Flowers, Hodor & Ryan, 2000; Meyers & Freeman, 1985b), to Kelly i Conture (1992) stwierdzili, że matki nie miały tendencji do przerywania niepełnych wypowiedzi swoich dzieci, a dzieci rzadko były niepełne w sytuacji, gdy to one przerywały. Jednak Kelly i Conture (1992) wykazali, że zjawisko *simultalk* (czyli czas, w którym matka i dziecko mówią jednocześnie) było związane z nasileniem jękania u dziecka. Dzieci ocenione jako jękające się w większym stopniu doświadczały częstszych epizodów jednoczesnego mówienia z matkami. W interpretacji wyników Kelly i Conture (1992) zasugerowali, że matki mogą próbować pomagać dziecku, przerywając mu i kończąc za nie słowo lub zdanie. Meyers i Freeman (1985b) stwierdzili również, że gdy matki przerywały, robiły to po tym, jak dziecko zaczynało się jękać.

W nowszym badaniu Savelkoul, Zebrowski, Feldstein i Cole-Harding (2007) zastosowali miarę *Coordinated Interpersonal Timing* (Welkowitz, Cariffe, & Feldstein, 1976), aby sprawdzić, w jakim stopniu rodzic i dziecko wpływają na siebie nawzajem pod względem długości swoich tur w rozmowie, pauz i zachowań związanych z przerywaniem, liczby epizodów nakładania się wypowiedzi oraz czasu trwania pauz przy zmianie tury. Stwierdzono, że dzieci jękające się i ich rodzice byli bardziej wrażliwi na wzajemne zachowania związane z czasową organizacją rozmowy, niż dzieci mówiące płynnie i ich rodzice, szczególnie w odniesieniu do długości współwystępowania wypowiedzi w czasie. Ogólnie, gdy rodzice dzieci jękających się przerywali dziecku, miało ono tendencję do przerywania w kolejnej turze przez podobny czas, i odwrotnie – gdy to dziecko przerywało rodzicowi. Ponadto stwierdzono, że na dzieci jękające się łatwiej wpływał sposób organizacji czasowej rozmowy przez ojców niż przez matki. Autorzy sugerują, że dzieci jękające się – zwłaszcza te o bardziej wrażliwym temperamencie – mogą częściej angażować się w tego typu zachowania związane z czasową organizacją rozmowy i to właśnie one najprawdopodobniej skorzystają z terapii ukierunkowanej na modyfikowanie przez rodziców czasowych aspektów mówienia, takich jak tempo wypowiedzi czy czas oczekiwania na odpowiedź.

Kilka badań analizowało wpływ dawania dziecku czasu na dokończenie wypowiedzi oraz nieprzerywania mu i niemówienia z nim jednocześnie (Newman & Smit, 1989; Winslow & Guitar, 1994; Zebrowski i in., 1996). W studium przypadku Winslow i Guitar (1994) rodzice pięcioletniego chłopca jękającego się zostali nauczeni stosowania ustrukturyzowanej rutyny naprzemienności w rozmowie podczas posiłków w okresie siedmiu tygodni. Proszono ich o nieprzerywanie dziecku, a wzmacniane były z kolei zachowania związane z naprzemiennością w rozmowie. Podczas sesji, w których stosowano zasady naprzemiennego zabierania głosu, stwierdzono mniejsze nasilenie jękania u dziecka.

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej wyniki, można przypuszczać, że część dzieci odnosi korzyść z tego, że rodzice dają im więcej czasu na rozpoczęcie wypowiedzi, odpowiedź i jej dokończenie.

Pauzy i tempo mówienia rodziców

Wielu rodziców intuicyjnie czuje, że ich dziecko skorzystałoby na spowolnieniu tempa mówienia. W związku z tym zaczynają zwracać uwagę na czasową organizację własnej wypowiedzi – jej tempo, stosowanie pauz – oraz na to, w jaki sposób wpływa to na tempo mówienia dziecka i jego jękanie.

Uzasadnienie dla tego celu

W przeszłości rodzicom dzieci jąkających się często zalecano, aby mówili do nich wolniej. Nie ma jednak dowodów na to, że rodzice dzieci jąkających się mówią zazwyczaj szybciej niż rodzice dzieci mówiących płynnie – zarówno w pomiarach sprzed pojawienia się jąkania (Kloth i in., 1998), jak i po jego wystąpieniu (Jones & Ryan, 2001; Kelly, 1994; Kelly & Conture, 1992; Ryan, 2000; Yaruss & Conture, 1995). Sugerowano natomiast, że tempo mówienia rodziców może zmieniać się w odpowiedzi na jąkanie dziecka. Meyers i Freeman (1985a) stwierdziły, że matki dzieci jąkających się oraz matki dzieci mówiących płynnie mówiły szybciej, gdy zwracały się do dzieci jąkających się, niż wtedy, gdy mówiły do dzieci mówiących płynnie. Autorzy przypuszczali, że szybsze tempo mówienia matek mogło wynikać z ich poczucia dyskomfortu podczas rozmowy z dzieckiem, które się jąka.

Badania wykazały, że rodzicom można pomóc w nauczeniu się zwalniania tempa ich mowy, a większość – choć nie wszystkie – dzieci jąkające się mówi bardziej płynnie wtedy, gdy rodzice posługują się wolniejszym tempem wypowiedzi (Cardman & Ryan, 2007; Guitar & Marchinkoski, 2001; Stephenson-Opstal & Bernstein Ratner, 1988; Guitar i in., 1992; Sawyer i in., 2017; Zebrowski i in., 1996). Nadal jednak nie jest jasne, w jaki sposób wolniejsze tempo mówienia rodziców miałyby sprzyjać płynności mowy dziecka. Sawyer i in. (2007) podkreślają, że w żadnym z tych badań nie wykazano, iż spowolnienie mowy przez rodziców było bezpośrednią przyczyną wzrostu płynności u dzieci. Autorzy wskazują na potrzebę dalszych badań, aby w pełni zrozumieć mechanizmy, dzięki którym dzieci ograniczają jąkanie w odpowiedzi na zmiany w stylu interakcji rodziców. Choć można by oczekiwać, że wolniejsze tempo mówienia rodziców spowoduje analogiczne spowolnienie tempa mówienia u dzieci, wyniki badań są niejednoznaczne. w większości z nich wykazano, że wolniejsze tempo mówienia rodziców nie prowadzi do podobnego zmniejszenia tempa mówienia dzieci (Bernstein Ratner, 1992; Guitar i in., 1992; Sawyer i in., 2017; Stephenson-Opstal & Bernstein Ratner, 1988; Zebrowski i in., 1996). Jednak Guitar i Marchinkoski (2001) oraz Cardman i Ryan (2007) sugerują, że niektóre dzieci do pewnego stopnia zwalniają tempo mówienia, gdy matki znacząco je redukują. Bernstein Ratner (1992) stwierdziła, że matki proszone o wolniejsze mówienie używały także krótszych i mniej złożonych zdań oraz miały tendencję do dłuższych pauz między kolejnymi wypowiedziami. Możliwe więc, że to właśnie te inne zmiany w stylu interakcji rodziców – a nie samo spowolnienie tempa mówienia – odgrywają istotną rolę we wspieraniu płynności mowy dziecka.

Kiedy rodzice wybierają tempo własnej mowy jako cel interakcyjny, często chcą wiedzieć, jak bardzo powinni je spowolnić. Badania sugerują, że mogą oni wspierać płynność mowy dziecka, porównując swoje tempo mówienia z tempem dziecka. Kelly (1994) oraz Yaruss i Conture (1995) wykazali, że różnica między tempem mówienia rodzica a tempem mówienia dziecka była powiązana z nasileniem jąkania – im większa była ta różnica, tym większe było nasilenie jąkania u dziecka. Dlatego zachęcamy rodziców, aby mówili w tempie zbliżonym do tempa dziecka lub nieco wolniejszym. Gdy rodzice koncentrują się na wolniejszym mówieniu, zachęcamy ich, aby brzmiali jak najbardziej naturalnie, używali odpowiedniej intonacji i nie mówili w sposób „poszatkowany” ani „mechaniczny”. Informacja zwrotna oparta na nagraniach wideo może pomóc rodzicom osiągnąć wolniejsze tempo mówienia, z którego są zadowoleni. z naszych obserwacji wynika jednak, że niektórym rodzicom łatwiej jest skupić się na wprowadzaniu pauz (przed rozpoczęciem mówienia i między wypowiedziami) jako sposobie na ogólne spowolnienie tempa, zamiast wyznaczać sobie cel w postaci mówienia wolniej.

Wykorzystywanie kontaktu wzrokowego

Rodzice mogą wybrać „częstsze nawiązywanie kontaktu wzrokowego” jako cel interakcyjny, gdy chcą rozwijać u dziecka nawiązywanie kontaktu wzrokowego lub pokazać mu, że koncentrują się na tym, co robi i aktywnie słuchają tego, co mówi. z naszego doświadczenia wynika, że podczas zabawy dziecko nie zawsze patrzy na rodzica (ponieważ skupia wzrok na tym, czym się bawi), jednak od czasu do czasu spogląda w górę, szczególnie wtedy, gdy zaczyna mówić. Rodzice mogą więc zadbać o to, aby w tym momencie patrzeć na dziecko i modelować właściwy kontakt wzrokowy. Zdarza się, że rodzic koncentruje się na zabawkach i traci okazję do pokazania dziecku jak wygląda odpowiedni kontakt wzrokowy. Pozycja ciała może sprzyjać kontaktowi wzrokowemu – pomocne jest znajdowanie się na tym samym poziomie co dziecko, w odpowiedniej odległości i twarzą w twarz.

Uzasadnienie dla tego celu

Nawiązywanie kontaktu wzrokowego z dzieckiem może pomóc mu skupić się zarówno na wykonywanej aktywności, jak i na tym, co mówi, co z kolei może wspierać jego komunikację i płynność mowy. Ponieważ rodzic, aby nawiązać kontakt wzrokowy, musi przerwać własną czynność, pokazuje tym samym dziecku swoje zaangażowanie, aktywne słuchanie i skupienie uwagi na tym, co dziecko robi i mówi.

Językowe oddziaływania rodziców

W literaturze dotyczącej jąkania pojawiały się obawy wobec programów, które zachęcają rodziców do upraszczania własnego języka i zadawania mniejszej liczby pytań, ponieważ zmiany te mogą potencjalnie mieć negatywny wpływ na rozwój językowy dziecka, zwłaszcza u tych dzieci jękających się, u których współwystępują opóźnienia w rozwoju mowy (Bernstein Ratner, 2004; Bernstein Ratner & Guitar, 2006). Obawy te opierały się na wynikach badań nad rozwojem języka dziecka, skoncentrowanych na identyfikowaniu tych aspektów językowych wypowiedzi rodziców, które są najważniejsze i najbardziej korzystne dla rozwoju językowego dziecka. Wykazano, że ilość wypowiedzi kierowanych do dziecka, różnorodność słownictwa używanego przez rodziców, częstość zadawanych pytań, a także stosowanie języka wykraczającego poza bezpośredni kontekst sytuacyjny (np. w narracjach i wyjaśnieniach) mają pozytywny wpływ na rozwój językowy dziecka (zob. Hoff, 2006; Rowe, 2012).

Ponadto stwierdzono, że używanie przez ojców bardziej złożonego języka podczas interakcji z dziećmi odgrywa istotną rolę w rozwoju językowym dziecka, wykraczającą poza rolę matek (Conti-Ramsden, Hutcheson & Grove, 1995; Rowe, Coker & Pan, 2004; Pancsofar & Vernon-Feagans, 2006; Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera & Lamb, 2004). Programy terapii interakcji rodzic–dziecko ukierunkowane na wspieranie rozwoju językowego nie zalecają upraszczania języka używanego przez rodziców, lecz raczej zachęcają ich do częstszego mówienia, używania bogatszego słownictwa i dostarczania bardziej złożonych wzorców językowych.

W niektórych badaniach analizowano wpływ terapii jąkania na rozwój językowy dzieci. w badaniu dotyczącym programu Palin PCI, przeprowadzonym przez Millard i współpracownicy (2009), stwierdzono, że dzieci, które rozpoczęły badanie z ponadprzeciętnymi wynikami w zakresie języka, z czasem obniżyły poziom języka ekspresywnego adekwatnie do wieku. Towarzyszył temu spadek wyników w zakresie rozumienia, co sugeruje, że rozumienie języka nadal rozwijało się w czasie, a ilość

i jakość językowych oddziaływań ze strony rodziców były wystarczające. Podobne wyniki uzyskali Bonelli, Dixon, Bernstein Ratner i Onslow (2000), badając efekty programu Lidcombe. Dzieci, które osiągnęły płynność mowy, uzyskiwały w trakcie terapii wyniki w zakresie języka ekspresywnego mieszczące się w normie dla wieku, po wcześniejszym prezentowaniu wyników powyżej przeciętnej. Bernstein Ratner i Guitar (2006) zasugerowali, że przesunięcie z poziomu powyżej przeciętnej w zakresie języka ekspresywnego do poziomu mieszczącego się w normie dla wieku, przy jednoczesnym wzroście płynności mowy, nie oznacza utraty umiejętności językowych, lecz może być jednym z mechanizmów, dzięki którym część dzieci staje się bardziej płynna – i wskazuje na kompromis między płynnością a złożonością językową (Anderson, Pellowski & Conture, 2005). u dzieci, które spontanicznie zaczynają tworzyć prostsze komunikaty lub redukują długość i złożoność gramatyczną swoich wypowiedzi w odpowiedzi na różne strategie terapeutyczne, może dochodzić do wspierania własnej płynności. Pomimo powyższych ustaleń wyniki Bonelli i in. (2000) nie zostały potwierdzone w nowszych badaniach analizujących rozwój językowy dzieci po zastosowaniu programu Lidcombe w dłuższym okresie (Lattermann, Shenker & Thordardottir, 2005; Millard i in., 2018). w obu tych badaniach dzieci znacząco ograniczyły jąkanie bez zmian w zakresie języka ekspresywnego w czasie.

W naszej praktyce klinicznej obserwujemy, że rodzice zazwyczaj intuicyjnie dopasowują język do poziomu dziecka i wypowiadają się na takim poziomie, który jest dla niego odpowiedni. Miles i Bernstein Ratner (2001) wykazały, że poziom języka używanego przez rodziców wobec dzieci znajdujących się blisko momentu pojawienia się jąkania jest dobrze dopasowany do ich możliwości językowych, a rodzice dzieci jękających się trafnie oceniają rozwój językowy swoich dzieci – zarówno w zakresie jego mocnych, jak i słabszych stron. Ponadto w większości badań nie stwierdzono różnic między rodzicami dzieci jękających się i rodzicami dzieci mówiących płynnie pod względem złożoności języka używanego w rozmowach z dziećmi (Kloth i in., 1995b, 1998; Yaruss & Conture, 1995; Miles & Bernstein Ratner, 2001; Ryan, 2000).

Rodzice często mówią nam, że ich dziecko jąka się bardziej wtedy, gdy próbuje wyjaśnić coś skomplikowanego, dlatego mamy świadomość, że rozmowy o bardziej złożonej treści mogą zwiększać presję na płynność. w dużej mierze potwierdzają to wyniki badań: choć występują różnice indywidualne, dziecko częściej się jąka, gdy używa dłuższych i bardziej złożonych zdań (Bernstein Ratner & Sih, 1987; Weiss & Zebrowski, 1992; Yaruss, 1999). Wykazano również, że jeśli dziecko mówi na poziomie mieszczącym się w zakresie jego kompetencji językowej, łatwiej jest mu mówić płynnie (Bernstein Ratner, 1997a; Zackheim & Conture, 2003).

Dlatego kluczowe jest zachowanie równowagi między dostarczaniem takich oddziaływań językowych, które wspierają dalszy rozwój językowy dziecka, a uwzględnianiem jego możliwości w zakresie przyjmowania coraz bardziej złożonych struktur. Przyjmując zindywidualizowane podejście do pracy nad strategiami interakcyjnymi, dbamy o to, aby nasze zalecenia były dostosowane do potrzeb dziecka. Musimy rozumieć czynniki, które wpływają na jąkanie u konkretnego dziecka – zarówno pozytywnie, jak i negatywnie – uważnie monitorować wpływ zmian w stylu interakcji rodziców na jąkanie i rozwój językowy dziecka, a następnie modyfikować nasze postępowanie w zależności od jego reakcji.

Komentarze i pytania w trakcie rozmowy

Z naszych obserwacji wynika, że oglądając nagrania swoich interakcji, rodzice w naturalny sposób koncentrują się bardziej na zadawaniu pytań niż na formułowaniu komentarzy. Często wyrażają niepewność dotyczącą tego, jak używają pytań – czy zadają ich zbyt wiele i czy nie wywierają w ten

sposób presji na dziecko, by odpowiedziało. Chociaż pytania są typowym elementem każdej interakcji, stwierdziliśmy, że dla niektórych dzieci bardziej pomocne jest, gdy podczas zabawy rodzic częściej komentuje niż pyta. Komentarz nie wymaga odpowiedzi, choć dziecko może zdecydować się na jej udzielenie. Gdy dziecko jest małomówne, naturalną reakcją jest próba zaangażowania go poprzez zadanie pytania. Jednak komentowanie może być równie skuteczne jak zadawanie pytań w podtrzymywaniu rozmowy. Kiedy rodzice analizują sposób, w jaki używają pytań, zwracamy ich uwagę na różnicę między komentarzami a pytaniami. Na przykład prosimy, aby zauważyli wypowiedzi, które nie były pytaniami: „Każdemu z nas zdarza się zadawać pytania, zwłaszcza gdy zachęcamy dziecko do mówienia. Czy zauważyli Państwo moment, kiedy powiedzieli coś, co nie było pytaniem? Co zrobili Państwo zamiast zadać pytanie?” (W razie potrzeby możemy pokazać rodzicom odpowiedni fragment nagrania).

Uzasadnienie dla tego celu

Dzieci muszą rozwijać umiejętność rozumienia oraz używania pytań, a stosowanie przez rodziców pytań typu „kto, co, gdzie, kiedy, dlaczego, jak” wiąże się z poziomem języka ekspresywnego i receptywnego dzieci – dwu- i trzylatki, które słyszą więcej takich pytań, lepiej je rozumieją, częściej same je tworzą i dysponują bogatszym słownictwem (Leech, Salo, Rowe & Cabrera, 2013; Valian & Casey, 2003). Nie chcemy więc zniechęcać rodziców do zadawania pytań, lecz raczej zachęcamy do równoważenia ich komentarzami.

Chociaż badania wykazały, że dzieci częściej się jękają, gdy same zadają pytania, niż gdy na nie odpowiadają (Weiss & Zebrowski, 1992; Wilkenfeld & Curlee, 1997; Bernstein Ratner, 2001), stwierdzono również, że częściej się jękają, gdy odpowiadają na pytania wymagające dłuższej lub bardziej złożonej wypowiedzi (Weiss & Zebrowski, 1992). Rodzice mogą więc skorzystać na zrozumieniu, że różne pytania mają różny poziom złożoności i wymagają odpowiedzi o różnym stopniu złożoności. Pytania mogą obejmować zakres od takich, które wymagają prostej jednowyrazowej odpowiedzi, po takie, które wymagają przekazania złożonych informacji:

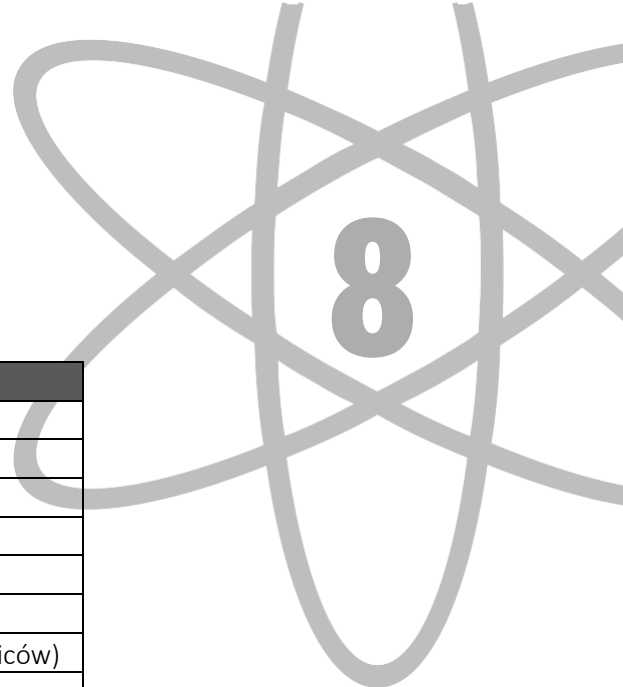
- * Pytania tak/nie
- * Pytania z wyborem – takie, które dają dziecku możliwość wyboru spośród dwóch lub więcej opcji
- * Co
- * Gdzie
- * Kto
- * Kiedy
- * Dlaczego / jak
- * Pytania otwarte, np. „Opowiedz mi o...”

Ogólnie rzecz biorąc, pytania szczegółowe (np. co, gdzie, kto, kiedy, dlaczego, jak) oraz pytania otwarte, które wymagają od dziecka odpowiedzi dłuższej niż jedno słowo, uważa się za bardziej wymagające niż pytania tak/nie, na które można odpowiedzieć jednym słowem lub gestem niewerbalnym (np. kiwnięciem głowy).

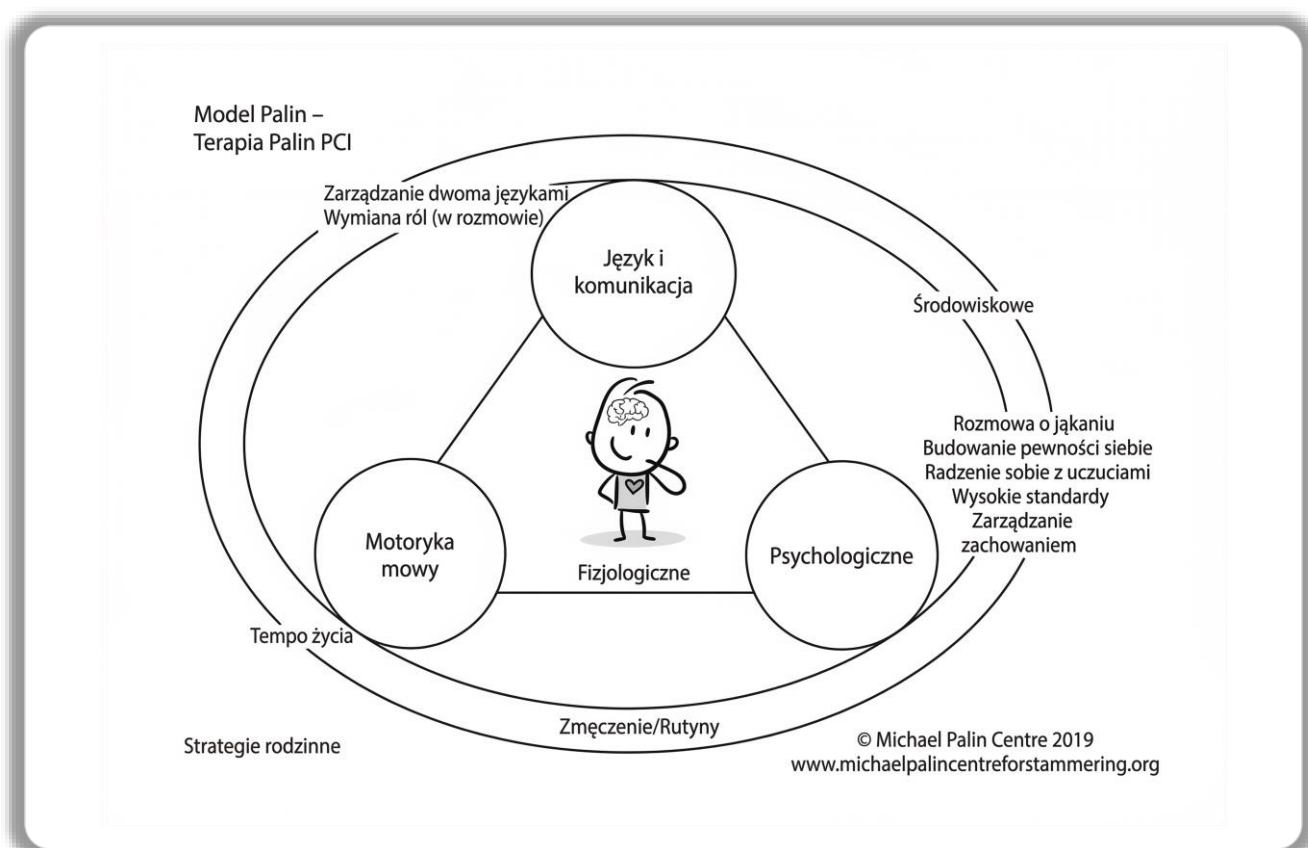
Niektórzy rodzice koncentrują się więc na częstszym komentowaniu niż zadawaniu pytań albo na kontrolowaniu stopnia złożoności pytań, które zadają. z naszego doświadczenia wynika jednak, że zwiększanie świadomości rodziców dotyczącej różnicy między komentarzami a pytaniami w czasie Czasów Specjalnych nie oznacza, że ogólnie zadają oni mniej pytań w codziennych sytuacjach. Dzięki

temu dzieci nadal mają kontakt z bogatym językiem, który pojawia się w naturalny sposób, gdy rodzice zadają pytania.

Strategie rodzinne



Strategie rodzinne
Posługiwanie się dwoma językami
Otwarte mówienie o jąkanii
Budowanie u dziecka wiary w siebie
Mówienie po kolei
Radzenie sobie z uczuciami
Męczliwość
Dziecko zbyt ambitne (wygórowane wymagania rodziców)
Radzenie sobie z trudnym zachowaniem
Rutyna
Tempo życia
Inne strategie



W trakcie diagnozy rodzice mogli wskazać szereg obszarów, które – ich zdaniem – mają wpływ na codzienne funkcjonowanie dziecka i jego jąkanie. Większość z tych kwestii stanowi typowe wyzwania wychowawcze i nie uznajemy ich za przyczynę jąkania. Jeżeli jednak rodzice zgłaszają je jako obszary budzące niepokój, chcemy zaoferować wsparcie lub – jeśli to właściwe – pomóc im znaleźć inne źródło wsparcia. Terapeuci mogą mieć pewne wątpliwości co do podejmowania tematów związanych z wychowaniem, dlatego w tym rozdziale przedstawiamy kilka prostych wskazówek, które mają pomóc terapeutom wesprzeć rodziców we wprowadzaniu niewielkich zmian sprzyjających komunikacji

i pewności siebie dziecka. Nie uważamy się za ekspertów od wychowania – pozostawiamy to innym specjalistom.

W kolejnych częściach opisujemy techniki i sposoby pracy, które stosowaliśmy z rodzinami. w niektórych sekcjach zamieściliśmy materiały do samodzielnej analizy dla rodziców. Zazwyczaj prosimy o ich przeczytanie i wypełnienie przed spotkaniem, na którym dany temat będzie omawiany. Materiały te zawierają pytania, które pomagają rodzicom spokojnie, we własnym czasie, przyjrzeć się poszczególnym obszarom oraz temu, jaki mają one wpływ na dziecko. Pozwalają także wydobyć i uporządkować to, co rodzice już wiedzą, a jednocześnie zachęcają do rozważenia praktycznych rozwiązań, które mogą okazać się pomocne. z naszych doświadczeń wynika, że rodzice nie zawsze zgadzają się z treścią materiałów – i właśnie to często staje się punktem wyjścia do dalszej wspólnej rozmowy i pogłębiania tematu. Zdarza się również, że przychodzą na kolejną sesję, mając już wypróbowane niektóre z proponowanych strategii.

Po zakończeniu diagnozy ustalamy, które Strategie Rodzinne zostaną włączone do programu terapii, a każda z nich zostaje zaznaczona w Arkuszu Podsumowania.

- * Jeśli jest taka potrzeba, to jako pierwszą Strategię Rodzinną wprowadzamy „Posługiwanie się dwoma językami”, co omawiamy podczas pierwszej lub drugiej sesji. Możliwe jednak, że temat ten został już poruszony na etapie podsumowania diagnozy (zob. Rozdział 6).
- * Jeśli rodzicom trudno jest otwarcie mówić o jękaniu dziecka, podczas pierwszej sesji przekazujemy im materiał „Otwarte mówienie o jękaniu”, z prośbą o przeczytanie go przed kolejnym spotkaniem, a następnie omówienie go z nami.
- * „Budowanie u dziecka wiary w siebie” jest integralną strategią w programie terapii. Zwykle przekazujemy ten materiał podczas trzeciej sesji terapeutycznej, a omawiamy go na sesji czwartej.
- * Następnie w miarę potrzeb wprowadzamy kolejne tematy i możemy poprosić rodziców o ustalenie ich priorytetów, jeśli jest ich kilka. Ważne jest, aby nie przeciążać rodziców nowymi strategiami. Niektóre Strategie Rodzinne mogą zostać włączone w kolejnym etapie terapii po okresie utrwalania, jeśli będzie to pomocne.
- * Dziecko jest obecne podczas tych sesji i w trakcie rozmów może bawić się samodzielnie, słuchać lub włączać się do rozmowy. Włączamy je w miarę potrzeby.

Strategie Rodzinne stanowią wskazówki dla terapeutów, jak wspierać rodziców w dokonywaniu niewielkich zmian w ich sposobie postępowania, aby wzmacniać komunikację i pewność siebie dziecka.

Zdarza się, że w trakcie terapii lub na późniejszym etapie pojawiają się nowe kwestie, na przykład rozpoczęcie przez dziecko nauki w szkole lub przedszkolu albo śmierć kogoś w rodzinie. Część „Inne strategie” obejmuje zagadnienia, z którymi spotykaliśmy się w takich sytuacjach.

Ważne jest również, abyśmy jako terapeuci korzystali ze wsparcia i superwizji, zgodnie z zaleceniami naszych organizacji zawodowych – szczególnie wtedy, gdy rozwijamy nowe umiejętności lub pracujemy z tematami wrażliwymi. Wspiera to nasz rozwój zawodowy, a także pomaga rozpoznawać granice własnych kompetencji i podejmować odpowiedzialne decyzje dotyczące kierowania do innych specjalistów.

Posługiwanie się dwoma językami

Wiele dzieci wychowuje się w środowisku, w którym używa się dwóch lub więcej języków, a część z nich doświadcza jąkania. Przyswajanie więcej niż jednego języka może u niektórych dzieci stanowić dodatkowe obciążenie dla sposobu komunikacji, dlatego czasami konieczne jest wsparcie rodziców w znalezieniu strategii radzenia sobie z tą sytuacją.

Wspieranie rodziców w radzeniu sobie z dwoma językami

Rozmawiamy z rodzicami o tym, w jaki sposób dziecko korzysta z dwóch lub więcej języków oraz przekazujemy im następujące informacje i wskazówki.

Dwujęzyczność nie powoduje jąkania

Podczas diagnozy niektórzy rodzice wyrażają obawę, że dziecko jąka się dlatego, iż w rodzinie używa się dwóch lub więcej języków. Na etapie podsumowania diagnozy korzystamy z Modelu Palin, aby rozwiązać ich obawy o to, że to wielojęzyczność mogła spowodować trudności w komunikacji. w trakcie sesji terapeutycznych możemy przypominać rodzicom o szerokim spektrum czynników, które mogą wpływać na jąkanie dziecka, aby podkreślić, że środowisko językowe nie jest jego przyczyną. Możemy także wyjaśnić rodzicom, że u dzieci dwujęzycznych około 3 roku życia często następuje intensywny rozwój językowy. Możliwe, że czas ten pokrywa się z momentem pojawienia się jąkania, ponieważ możliwości językowe dziecka zaczynają wówczas wyprzedzać rozwój motoryki mowy.

Przełączanie kodów/mieszanie języków jest naturalne

Osoby dwujęzyczne często mieszają języki w trakcie mówienia. Przełączanie kodów lub mieszanie języków jest zjawiskiem naturalnym, ponieważ mówiący używa słowa, które jako pierwsze przychodzi mu do głowy – niezależnie od tego, czy pochodzi ono z języka domowego, czy z drugiego. Zdarza się także, że zmienia szyk wyrazów w jednym języku, odzwierciedlając gramatykę drugiego. Gdy dziecko staje się bardziej biegłe w posługiwaniu się obydwoma językami, przełączanie kodów ma tendencję do zanikania.

W przeszłości logopedzi zalecali czasem ograniczenie liczby języków wykorzystywanych w rozmowie z dzieckiem jąkającym się lub unikanie przełączania kodów, jednak obecnie nie uważa się tego za właściwe postępowanie. Zachęcamy rodziców, aby mówili do dziecka w preferowanym przez siebie języku i w sposób, który jest dla nich najbardziej naturalny – może to obejmować również przełączanie kodów. Pozwala to zachować jakość i naturalność komunikacji między rodzicem a dzieckiem, a jednocześnie dostarcza dziecku bogatego i pełnego modelu językowego.

- * *Dwujęzyczność nie powoduje jąkania*
- * *Przełączanie kodów jest w porządku*
- * *Rodzice powinni mówić w preferowanym przez siebie języku*

Studium przypadku Ishan, lat 4

Posługiwanie się dwoma językami

Sesja pierwsza

Podczas podsumowania diagnozy omówiono używanie w rodzinie języków gudżarati i angielskiego. Rodzice Ishana zostali zapewnieni, że posługiwanie się przez rodzinę tymi językami nie spowodowało jego jąkania. Przypomniano im również o różnych czynnikach, które mogły wpłynąć na pojawienie się i rozwój jąkania u chłopca. Zachęcono ich, aby zwracali się do Ishana w preferowanym przez siebie języku i w sposób, który jest dla nich najbardziej naturalny i komfortowy. Mama Ishana powiedziała, że ma tendencję do mieszania języków. Została ona uspokojona, że przechodzenie z jednego języka na drugi jest w porządku. Zapewniono ją również, że może mówić do syna wyłącznie w języku gudżarati podczas Czasu Specjalnego oraz w trakcie zabaw terapeutycznych, jeśli ma taką potrzebę.

Otwarte mówienie o jąkanii

Jak reagują rodzice

Rodzice często nie są pewni, jak reagować na jąkanie dziecka – czy powinni coś powiedzieć, czy nie?

Słuchanie dziecka, które się jąka, bywa dla niektórych osób trudne. Może wywoływać uczucia dyskomfortu, napięcia, współczucia, lęku, szoku, paniki, frustracji czy poczucia przytłoczenia. u rodziców dziecka emocje te mogą być bardzo silne (Zebrowski & Schum, 1993; Plexico & Burrus, 2012), a dodatkowo mogą się nasilać, jeśli rodzice sami się jąkają lub jąkali się w przeszłości. Ponieważ – jak to często bywa – dziecko zaczęło mówić bez trudności, a dopiero później stopniowo lub nagle zaczęło się jąkać, rodzicom może być szczególnie trudno się z tym sobie radzić. Słuchając jąkania swojego dziecka, wielu z nich doświadcza więc silnych emocji. Naturalnie mogą mieć wątpliwości, jak reagować i czy w ogóle powinni coś mówić. Wrażliwość rodziców na jąkanie dziecka może prowadzić do zmian w ich zachowaniu podczas słuchania i reagowania. Dziecko może to odczytywać z ich mowy ciała, co z kolei może nasilać jego własne emocjonalne reakcje na mowę i tworzyć potencjalnie niekorzystną dynamikę.

„Zmowa milczenia” (Gould & Sheehan, 1967)

Historia terapii jąkania jest niejednoznaczna, jeśli chodzi o zalecenia dotyczące tego, jak rodzice powinni reagować na jąkanie dziecka. Wczesne podejścia, takie jak teoria diagnostyczna Johnsona (1942), sugerowały, że zwracanie uwagi na trudności w mówieniu może być dla dziecka szkodliwe. Rodzicom zalecano, aby w ogóle nie odnosili się do jąkania, ukrywali własne obawy i lęk, słuchali i reagowali tak, jakby nic się nie działo. Można przypuszczać, że dziecko, które było świadome swojego jąkania, mogło odczytywać taką postawę jako sygnał, że mówienie na ten temat to tabu – coś, o czym nie wolno

rozmawiać. Być może to częściowo tłumaczy, dlaczego wielu dorosłych jękających się mówi dziś, że nigdy z nikim nie rozmawiało o swoim jękaniu i przez lata starało się je ukrywać.

Ważne jest, aby otwarcie mówić o jękaniu dziecka. Nie chcemy podtrzymywać „zmowy milczenia” (Gould & Sheehan, 1967).

Dobrze jest to zauważyć

Istniało błędne przekonanie, że pośrednie podejścia do jękania wczesnodziecięcego podtrzymywały tę „zmowę milczenia”. w rzeczywistości już w pierwszych publikacjach dotyczących terapii interakcji rodzic–dziecko podkreślano, że jękanie powinno być otwarcie zauważane i omawiane. w 1991 roku Botterill, Kelman i Rustin zalecały, aby rodzice prowadzili z dzieckiem otwarty dialog na temat jękania. Również inne podejścia terapeutyczne, takie jak Program Lidcombe (Onslow i in., 2003), zachęcają rodziców do otwartości wobec jękania dziecka i do udzielania uporządkowanej informacji zwrotnej wspierającej jego płynność mowy.

Wspieranie rodziców w otwartości i w rozmowie o jękaniu

Jeśli w trakcie diagnozy okaże się, że rodzina nie jest pewna, czy i w jaki sposób rozmawiać z dzieckiem o jego jękaniu, poruszamy ten temat już na wczesnym etapie programu terapii.

- 1** Materiał dla rodziców: Pod koniec pierwszej sesji terapeutycznej przekazujemy każdemu z rodziców materiał „Otwarte mówienie o jękaniu” (zob. Aneks XIX). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania, zastanowili się nad proponowanymi wskazówkami i przynieśli materiał na kolejne spotkanie.
- 2** Informacja zwrotna: Podczas drugiej sesji pytamy, co rodzice sądzą o tym materiale i omawiamy ich refleksje.
- 3** Dyskusja: Dlaczego warto być otwartym wobec jękania? Rozpoczynamy od omówienia z rodzicami powodów, dla których otwarte rozmawianie o jękaniu z dzieckiem może być pomocne. Możemy zapytać:
 - * „W jaki sposób rozmowa o jękaniu może pomóc Państwu dziecku?”
 - * „Co dziecko może pomyśleć, jeśli zauważy, że ma trudności z mówieniem, a nikt nigdy o tym nie wspomina?”

Sugerujemy, że gdy rodzic zauważa moment jękania i w prosty sposób do niego się odnosi, otwiera przestrzeń do mówienia o jękaniu – rozmowy, do której dziecko może się włączyć, ale nie musi. Jest to szczególnie odpowiednie w przypadku dziecka, które jest świadome swoich trudności. Otrzymuje ono w ten sposób sygnał, że można o tym mówić, zamiast udawać, że problem nie istnieje. Spokojne i naturalne nazwanie tego, co się wydarzyło, może zmniejszyć napięcie związane z mówieniem, a to z kolei potrafi sprzyjać płynności. Zauważanie jękania może być także początkiem procesu odwracania – zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców. Niekiedy włączamy dziecko do tej rozmowy i pytamy je o zdanie na temat tego, dlaczego otwarte mówienie o jękaniu może być pomocne.

4 Burza mózgów: Co można powiedzieć?

Skomentuj jąkanie dziecka: „To słowo było trudne do powiedzenia”; „Niektóre słowa trudno jest powiedzieć. Nic nie szkodzi – słucham.”

W otrzymanym opracowaniu rodzice zapisują, jak naturalnie reagują, gdy dziecko doświadcza trudności w innych sytuacjach (np. przy wiązaniu sznurowadeł). Wykorzystujemy to, aby pomóc im znaleźć sposób mówienia o jąkanii i wspólnie tworzymy listę możliwych reakcji, na przykład:

- * „To słowo było trudne, prawda?”
- * „To słowo trochę się zablokowało, prawda? Świetnie, że udało ci się je powiedzieć”.
- * „Niektóre słowa trudno wydobyć. Nic nie szkodzi – słucham”.
- * „Trudno było wydobyć to słowo, prawda? Świetnie sobie poradziłeś, używając takiego ‘dorosłego’ słowa”. w przypadku niektórych dzieci rodzice mogą chcieć powiedzieć nieco więcej, na przykład:
- * „Wiesz, że kiedy dzieci uczą się mówić, czasami trudno jest im wypowiadać słowa? Słowa mogą się trochę zacinać albo dziecko powtarza to samo słowo kilka razy. To po prostu część nauki mówienia. Wszystko w porządku. Jestem tu, słucham i poczekam, aż dokończysz. Bardzo lubię słuchać tego, co masz do powiedzenia”.
- * „Masz w głowie mnóstwo pomysłów i czasem buzia nie nadąża za tym, co chcesz powiedzieć, i słowa się zacinają. To się nazywa jąkanie. Chcę cię słuchać, nieważne, ile to potrwa. Bardzo lubię słuchać wszystkiego, co masz do powiedzenia”.

Mówimy także rodzicom, że w rozmowie z dzieckiem mogą używać słowa „jąkanie”. Dawny mit, że używanie wobec dziecka określenia „jąkanie” sprawi, że będzie jąkało się bardziej, został obalony. Przeciwnie – otwartość w mówieniu o jąkanii oraz zmniejszanie wrażliwości na samo słowo i na zjawisko jąkania stanowią ważne elementy terapii. Niektórzy rodzice już odnoszą się do jąkania dziecka, używając innych określeń, takich jak „sklejone słowa” czy „mowa wyboista”. Nie zachęcamy do stosowania takich nazw. Raczej rekomendujemy używanie słowa „jąkanie”, zwłaszcza gdy dziecko jest starsze.

Pytamy rodziców, których sformułowań czuliby się komfortowo używać w rozmowie z dzieckiem i dajemy im możliwość przećwiczenia tych reakcji w domu. Choć chcemy zachęcać do otwartości w mówieniu o jąkanii, podkreślamy również, że nie ma potrzeby odnosić się do niego za każdym razem, gdy ono się pojawi. Czasami dzieci reagują na komentarze rodziców dotyczące jąkania, a czasami nie – nawet wtedy nadal zachęcamy rodziców do otwartego podejścia do tego tematu.

Ważne uzupełnienie stanowi fakt, że abyśmy mogli wspierać rodziców w takim sposobie rozmowy o jąkanii, jako logopedzi również musimy czuć się swobodnie, mówiąc o jąkanii i używając słowa „jąkanie” (Berquez & Kelman, 2018).

5 Dyskusja: Jak rodzice mogą pomóc dziecku zobaczyć, że mówienie nie zawsze jest łatwe dla każdego.

Oprócz zauważania jąkania dziecka zachęcamy rodziców, aby dostrzegali także własne zawahania, powtórzenia i poprawki oraz komentowali swoją mowę:

- * „Wiesz, dziś trochę potykam się na własnych słowach”.
- * „Moje słowa jakby się teraz zacinają”.
- * „To nie wyszło łatwo, prawda?”.
- * „Język mi się płącze przy tym słowie”.

Chociaż nie chcemy przekazywać dziecku, że „wszyscy czasami się jękają” (bo tak nie jest), pomagamy mu zobaczyć, że wielu ludzi potyka się na słowach podczas mówienia – zwłaszcza gdy się spieszą albo nie są pewni, co chcą powiedzieć. Dziecko, które jest bardzo wrażliwe, może nieco obniżyć wobec siebie wymagania, jeśli zrozumie, że każdy czasem się waha. Nie tylko uspokaja to dziecko, lecz także pomaga rodzicom skorygować ich oczekiwania wobec „normatywnej” płynności, gdy zaczynają zwracać uwagę na swoją płynność i na mowę osób, które się nie jękają.

Czasami prosimy rodziców, aby nazywali także inne rzeczy, które nie przychodzą im łatwo, np. uczenie się nowej dyscypliny sportowej lub oswojenie się z nowym urządzeniem.

Udzielanie dziecku rad dotyczących jękania

Choć udzielanie dziecku wskazówek może wydawać się czymś naturalnym, warto zachować w tym ostrożność.

Rodzice mogą mieć pokusę, by reagować na jękanie dziecka, udzielając mu rad, takich jak: „zwolnij”, „zatrzymaj się i zacznij jeszcze raz”, „weź oddech” itp. Chociaż tego rodzaju komentarze bywają pomocne dla niektórych dzieci, zazwyczaj zalecamy ostrożność co do ilości udzielanych wskazówek. Dziecko może bowiem odebrać je jako sygnał, że mówi „nieprawidłowo”. w efekcie wkłada więcej wysiłku w to, by się nie jękać, co może dodatkowo utrudniać mówienie. Jeśli rodzice czują, że chcą coś zrobić, często proponujemy, aby najpierw przyjrzeni się własnemu sposobowi mówienia, zanim skomentują mowę dziecka. Na wczesnym etapie jękania bardziej pomocne może być modelowanie wolniejszego tempa mowy z częstymi pauzami niż proszenie dziecka, aby mówiło wolniej. Może to zachęcić je do niespiesznego mówienia i korzystania z pauz. Pomaga to również rodzicom doświadczyć, jak trudne jest zastosowanie takiej rady w praktyce. Rodzice mogą też zapytać dziecko, w jaki sposób chciałoby, aby reagowali, kiedy się jęka.

Język, którego rodzice używają, mówiąc o jękanii

Zwracaj uwagę na język, którego używasz, mówiąc o jękanii swojego dziecka. Staraj się posługiwać bardziej neutralnymi określeniami zamiast „dobrze” – „źle” czy „strasznie” – „świetnie”.

Kiedy rodzice mówią o jękanii dziecka, nierzadko opisują je w kategoriach „dobrze” – „źle”, „okropnie” – „świetnie”. Ponieważ naszym celem jest pomóc każdemu dziecku stać się pewnym siebie i skutecznym rozmówcą – niezależnie od tego, czy się jęka, czy nie – czasem wspieramy rodziców w zmianie słownictwa, którego używają, odnosząc się do jękania. Omawiamy wartościujące znaczenie takich określeń jak „dobrze”, „źle”, „świetnie” czy „okropnie” oraz możliwe konsekwencje tego, że dziecko słyszy ten sposób oceniania swojej mowy. Jeśli dziecko słyszy, że rodzice mówią o jego jękanii w takich kategoriach, prawdopodobnie samo zacznie podobnie postrzegać swoją mowę. Może to mieć szczególne znaczenie w przypadku dzieci wrażliwych lub takich, które stawiają sobie wysokie wymagania. Dążymy do tego, aby dziecko postrzegało siebie pozytywnie jako rozmówcę – niezależnie od tego, czy się jęka.

Zachęcamy rodziców, aby szukali innych, bardziej neutralnych sposobów opisywania jąkania dziecka. Na przykład: „W tym tygodniu jąkał się częściej / rzadziej”; „W tym tygodniu mówienie przychodziło mu łatwiej / trudniej”.

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Otwarte mówienie o jąkaniu

Sesja pierwsza

Rodzice Ishana otrzymali opracowanie „Otwarte mówienie o jąkaniu” (zob. Aneks XIX) z prośbą o przeczytanie go w domu, odpowiedzenie na pytania oraz zastanowienie się nad proponowanymi wskazówkami.

Sesja druga

Omówiono opracowanie. Rodzice Ishana byli już świadomi, że udzielanie mu rad w momentach zajknięć nie bardzo mu pomaga, ale nie wiedzieli, jak inaczej reagować. Powiedzieli, że czują się lepiej, kiedy nazywają jego jąkanie, zamiast dawać wskazówki. Zaczęli już okazjonalnie komentować sytuacje, gdy „utknął” na jakimś słowie i zauważyli, że dobrze to przyjmował. Za pomocne uznali także przyjrzenie się językowi, którego używają, mówiąc o jąkaniu Ishana. Mama chłopca powiedziała, że czuła się trochę winna, ponieważ miała świadomość, że używała określeń „dobrze” i „źle”, odnosząc się do jego jąkania. Uspokoiłmy ją, że łatwo przyjąć taki sposób mówienia i omówiliśmy alternatywne, bardziej neutralne sposoby rozmawiania o jąkaniu.

Sesja trzecia

Rodzice Ishana stwierdzili, że zauważanie i nazywanie jego jąkania stało się dla nich bardziej naturalne i że przynosiło to wyraźną ulgę – zarówno jemu, jak i im – kiedy dostrzegali momenty, w których „zaczynał się” na słowie i czasami to komentowali. Powiedzieli także, że zaczęli odnosić się do własnej mowy, gdy zauważali u siebie zawahania, powtórzenia czy poprawki.

Dodali również, że pomocne było myślenie o większej otwartości w mówieniu o jąkaniu Ishana i o tym, w jaki sposób takie podejście może pomóc mu lepiej je akceptować i mówić to, co chce powiedzieć, zamiast rezygnować z wypowiedzi.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Otwarte mówienie o jąkaniu

Sesja pierwsza

Mama Jake’a otrzymała opracowanie „Otwarte mówienie o jąkaniu” (zob. Aneks XIX) z prośbą o przeczytanie go w domu, odpowiedzenie na pytania i zastanowienie się nad proponowanymi wskazówkami.

Sesja druga

Omówiono opracowanie. Mama Jake'a powiedziała, że ucieszyło ją otrzymanie „przyzwolenia” na zauważanie jękania syna i na bardziej otwarte mówienie o nim. w minionym tygodniu raz odniosła się do jego jękania, aby „sprawdzić, jak to zadziała”. Była zadowolona, że Jake nie zareagował na to negatywnie. Jednocześnie nie chciała robić tego zbyt często, żeby go nie zmartwić. Powiedziała, że choć pomocne było przeczytanie o tym, jakiego języka używać, mówiąc o jękanii Jake'a, czuła, że była tego już wcześniej świadoma i że starała się dobierać słowa ostrożnie, kiedy o nim mówiła. Dodała, że chciałaby podzielić się materiałem z dziadkami Jake'a, którzy częściej opisywali jego jękanie w kategoriach „dobre” – „złe”.

Sesja czwarta

Mama Jake'a powiedziała, jak bardzo pomocna była rozmowa z synem o tym, że dzieci uczące się mówić czasami mają trudność z wypowiedaniem słów – szczególnie takie jak on, które lubią mówić, mają wiele ciekawych pomysłów i czasem ich buzia nie nadąża za tym, co dzieje się w głowie. Zauważyła, że Jake'owi spodobało się to wyjaśnienie. Dodała również, że choć zawsze dawała mu czas na wypowiedź i akceptowała jego jękanie, ważne było dla niej powiedzenie tego na głos – że to w porządku, jeśli się jęka, że ma czas, by go wysłuchać i że chce słuchać wszystkich jego pomysłów. Zaczęła też od czasu do czasu nazywać jego jękanie, a on dobrze to przyjmował. Dziadkowie Jake'a przeczytali w tym tygodniu opracowanie i uznali za pomocne zastanowienie się nad tym, jaki wpływ może mieć dobór słów używanych do opisywania jego jękania.

Budowanie pewności siebie

Jękanie a pewność siebie

Rozwijanie pewności siebie u dziecka jest centralnym elementem naszego programu terapii.

Rodzice małych dzieci, które się jękają, często opisują swoje dziecko jako pewne siebie. Jednocześnie mogą obawiać się, że jeśli jękanie będzie się utrzymywać, w przyszłości może to osłabić jego pewność siebie. Inni rodzice mówią, że ich dziecku brakuje pewności siebie i martwią się, że jękanie ma na nią wpływ. Wzmacnianie pewności siebie dziecka jest więc kluczowym elementem naszego programu terapeutycznego i włączamy tę strategię do pracy z każdą rodziną.

Pochwała a pewność siebie

Choć może wydawać się naturalne budowanie pewności siebie dziecka poprzez mówienie mu: „jesteś świetny”, „jesteś bardzo mądry”, „ładnie narysowałeś”, „to piękny chłopiec”, „to piękna dziewczynka”, oraz stosowanie ogólnych, niekonkretnych określeń, takich jak „doskonale”, „bardzo dobrze”, „fantastycznie”, dziś wiemy, że dzieci mogą odbierać takie pochwały jako ocenę i zaczynać wątpić w swoje

możliwości. Zamiast wzmacniać pewność siebie, możemy więc osiągnąć efekt odwrotny do zamierzonego. Dlatego zaleca się stosowanie pochwały opisowej, w której rodzic odnosi się do konkretnego zachowania dziecka i wyjaśnia, za co je chwali, np.: „Przyszedłeś mi powiedzieć, kiedy twój brat upadł i się uderzył”; „Widzę, że posprzątałeś wszystkie zabawki i włożyłeś je z powrotem do pudełka” (Faber & Mazlish, 1980; Faber & King, 2017).

Pochwała procesu a pochwała osoby

Prace Dweck (2006) z zakresu edukacji podkreślają rolę pochwały we wspieraniu uczenia się dzieci. Autorka rozróżnia pochwałę osoby i pochwałę procesu. Pochwała osoby – o charakterze oceniającym („jesteś taki mądry”, „bardzo dobrze się zachowałeś”) – odnosi się do cech, właściwości lub zdolności dziecka. Pochwała procesu natomiast polega na komentowaniu wysiłku włożonego w wykonanie zadania lub strategii, które dziecko zastosowało, aby je zrealizować (np. „Długo się nad tym skupiałeś i ułożyłeś wszystkie elementy układanki razem”; „Widzę, że użyłeś wielu różnych kolorów i długo pracowałeś nad swoim rysunkiem”). Badania pokazują, że to właśnie pochwała procesu – a nie pochwała osoby – pozytywnie wpływa na motywację dziecka do działania, jego samodzielność, wytrwałość po niepowodzeniach oraz na jego pewność siebie (np. Dweck, 2006; Henderlong & Lepper, 2002; Gunderson i in., 2013; Zentall & Morris., 2010). Ten typ informacji zwrotnej pomaga również rozwijać tzw. „nastawienie na rozwój”, czyli przekonanie, że nasze umiejętności mogą się rozwijać, a nie są z góry dane i niezienne. „Nastawienie zakotwiczone” może natomiast negatywnie wpływać na poczucie własnej wartości i pewność siebie.

Jak budować pewność siebie dziecka

Nie chodzi o to, ile pochwał udzielamy, lecz o to, w jaki sposób chwalimy – to robi różnicę (Faber & King, 2017, s. 135).

Rozwijanie pewności siebie dziecka wiąże się z tym, że rodzice świadomie rozważają to, w jaki sposób chwalą swoje dziecko i co mówią, udzielając pochwał. Opierając się na naszym doświadczeniu klinicznym, modelu pochwały opracowanym przez Faber i współpracownicy (Faber & Mazlish, 1980; Faber & King, 2017) oraz na wynikach badań Dweck i innych autorów, opracowaliśmy poniższe wskazówki dotyczące chwalenia dzieci.

1. Opisz, co dziecko zrobiło

Istotą jest konkretne nazwanie i opisanie działania dziecka będącego powodem pochwały.

Na przykład:

- * „Zauważyłam, że podzieliłeś się wszystkimi swoimi słodyczami z siostrą” (zamiast: „Grzeczny z ciebie chłopiec, że się podzieliłeś”).
- * „Widzę, że zjadłeś groszek, ziemniaki i kielbaskę z talerza” (zamiast: „Fantastycznie zjadłeś obiad”).
- * „Wow, ułożyłeś całe to trudne puzzle zupełnie sam” (zamiast: „Ale jesteś mądry”).
- * „Pomogłeś mi zrobić herbatę dla wszystkich – wyjąłeś torebki z szafki, włożyłeś je do kubków, a potem pomogłeś mi nalać mleko” (zamiast: „Jesteś wspaniałym pomocnikiem”).

Aby dokładnie nazwać to, co zrobiło dziecko, rodzice powinni zwolnić tempo, naprawdę uważnie patrzeć i słuchać oraz zwracać uwagę na detale.

Zachęcamy również, aby opis zachowania dziecka był pozytywny oraz by nie osłabiać pochwały poprzez wskazywanie, czego dziecko tym razem nie zrobiło „źle”. Na przykład – choć naturalne może się wydawać powiedzenie: „Świetnie, podzieliłeś się klockami Lego i nie wrywałeś ich innym”, proponujemy raczej: „Zauważyłam dziś rano, jak często dzieliłeś się klockami Lego”. Zamiast: „Dobrze, że posprzątałeś zabawki i nie musiałam cię prosić trzy razy”, sugerujemy: „Poprosiłam cię tylko raz, żebyś posprzątał zabawki – a teraz zobacz, wszystkie są już na miejscu. Brawo”.

2. Dopełnij pochwałę

Rodzice poznają następnie dwa sposoby na dokończenie pochwały.

b) Podsumuj to, co dziecko zrobiło, używając pozytywnego określenia. Na przykład:

Opis szczegółowy: „Zauważyłam, że podzieliłeś się wszystkimi swoimi słodyczami z siostrą”.

Podsumowanie: „To było bardzo życzliwe” / „To było piękne dzielenie się z innymi”.

Opis: „Widziałam, jak pogłaskałeś tego dużego psa”.

Podsumowanie: „To było odważne” / „To było bardzo odważne z twojej strony”.

Kiedy rodzice podsumowują w taki sposób, nie przypisują dziecku etykiet ani go nie oceniają, nie mówią więc: „Dobra dziewczynka” czy „Zawsze jesteś taki miły”. Zachęcamy także, aby unikali określeń silnie wartościujących, takich jak „fantastyczny”, „wspaniały”, „cudowny”.

b) Podsumuj, odnosząc się do wysiłku dziecka lub do sposobu, w jaki osiągnęło rezultat.

Zachęcamy rodziców, by dostrzegali i nazywali albo włożony wysiłek, albo to, jak dziecko doszło do uzyskanego efektu. Na przykład:

Opis wysiłku: „Udało ci się ułożyć tę trudną układankę całkiem samodzielnie.”

Opis sposobu uzyskania efektu: „Próbowateś dalej i dalej, aż znalazłeś wszystkie elementy.”

Opis wysiłku: „W twoim rysunku użyłeś wielu różnych kolorów.”

Opis sposobu uzyskania efektu: „Wyraźnie poświęciłeś na to czas.”

Chwalenie wysiłku i osiągnięcia, a nie cech osobowości, zachęca dzieci do podejmowania wyzwań, traktowania błędów jako okazji do nauki oraz do szukania rozwiązań w sytuacjach trudnych. Sprzyja to kształtowaniu nastawienia na rozwój i budowaniu pewności siebie.

Szczerość

Oczywiście pochwała musi być szczerą, aby dziecko mogło budować adekwatny obraz samego siebie. Jeśli chwalimy je za coś, czego nie zrobiło, dziecko będzie dezorientowane. Jeżeli przesadzamy z pochwałami, może ich nie przyjąć i zacząć podawać w wątpliwość to, co słyszy. Dzieci potrafią realistycznie oceniać, jak im idzie i co inni o nich myślą, a także wyczuwają brak autentyczności. Dlatego szczerą i konkretną pochwałę pomagają dziecku dokładnie zrozumieć, co robi dobrze.

Spójność

Dostrzeżenie pozytywnego zachowania może też uświadomić nam, że dziecko nie zawsze tak się zachowuje. Pojawia się wtedy pokusa, by dodać komentarz w rodzaju: „Powiedziałam ‘pora spać’, a ty poszedłeś na górę, założyłeś piżamę i już leżysz w łóżku – bardzo lubię, kiedy kładziesz się spać o czasie. Dlaczego nie możesz tak zawsze, zamiast tak długo się ociągać?”. Ciepłe uczucie, które dziecko zaczyna odczuwać oraz pozytywny obraz siebie, oparty na tym, jak jego zachowanie wpłynęło na innych, mogą zniknąć wraz z końcem zdania. Pochwała zostaje wypowiedziana jednym tchem, a w następnym – cofnięta.

Język pochwały

Aby dziecko mogło nauczyć się i przyswoić pozytywne słownictwo dotyczące samego siebie, musi często je słyszeć. Język rodziców powinien być dostosowany do poziomu rozumienia dziecka. w przypadku młodszych dzieci odpowiednie będą prostsze określenia, np. pomocny, życzliwy, dorosły w zachowaniu, uważny, troskliwy, rozsądny, bardzo się starałeś. Wraz z rozwojem językowym dziecka można używać bardziej złożonych określeń, np. godny zaufania, empatyczny, lojalny, sumienny, zaangażowany, samodzielny, odpowiedzialny, odważny, przedsiębiorczy.

Reakcje na pochwałę

Reakcje na pochwałę są interesujące. Odpowiedź na pochwałę prostym „dziękuję” świadczy o przyjęciu i docenieniu słów osoby chwalonej (nawet jeśli odbiorca nie w pełni się z tą opinią zgadza). Niektóre osoby wyraźnie czują się niekomfortowo, gdy są chwalone i umniejszają znaczeniu pochwały, jakby na nią nie zasłużywały, np. „Podoba ci się moja bluzka? Kupiłam ją na wyprzedaży i właściwie już jej nie noszę”. Tego typu umniejszające reakcje częściej obserwuje się u dorosłych, którzy uważają, że skromność nie pozwala im przyjąć pochwały.

Taka odpowiedź może jednak sprawić, że osoba chwalaćca poczuje się rozczarowana – jej słowa zostają zlekceważone lub podważone – i w efekcie może rzadziej chwalić w przyszłości. Dzieci rzadziej odrzucają pochwałę, zwłaszcza jeśli jest ona trafna i szczerą. Ponadto często reagują na pochwałę, dzieląc się dodatkowymi informacjami, np.:

„Naprawdę widać, ile ćwiczyłeś pisanie liter. Zobacz, jak napisałeś ‘a’.”

„Tak, dużo ćwiczyłem i robi mi się coraz łatwiej, prawda?”

Dla rodziców ważne jest modelowanie u dziecka postawy, że przyjmowanie pochwały jest właściwe i że można to zrobić, mówiąc po prostu „dziękuję”. Opisywanie pochwały jako prezentu lub daru może pomóc rodzicom dostrzec znaczenie jej przyjmowania i odpowiadania „dziękuję”.

Wspieranie rodziców w budowaniu pewności siebie dziecka

Większość rodziców chwali swoje dzieci, a dla niektórych zaskoczeniem jest to, że chwalenie stanowi element programu terapii logopedycznej. z powodów omówionych wcześniej włączamy tę strategię w pracę ze wszystkimi dziećmi i kontynuujemy ją przez cały przebieg terapii.

- 1** Opracowanie dla rodziców: Pod koniec trzeciej sesji terapeutycznej przekazujemy każdemu z rodziców materiał „Budowanie u dziecka wiary w siebie” (zob. Aneks XX). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania i zastanowili się nad zaproponowanymi wskazówkami, a następnie przynieśli go na kolejne spotkanie.
- 2** Informacja zwrotna: Na następnej sesji pytamy rodziców o ich opinię na temat otrzymanego materiału oraz o to, z czym się zgadzają lub nie. Przyglądamy się również temu, co zapisali.
- 3** Dyskusja: Przypominamy kolejne etapy modelu pochwały:
 - * dostrzeż coś pozytywnego
 - * opisz to, co zauważyłeś
 - * podsumuj zachowanie dziecka:
 - a)** pozytywnym określeniem
 - b)** komentarzem dotyczącym wysiłku dziecka lub sposobu osiągnięcia rezultatu

Rozmawiamy także o pokusie, by udzielić pochwały, a następnie ją „cofnąć” oraz o znaczeniu szczerości i ćwiczenia przyjmowania pochwał od innych.

- 4** Zadanie: Prosimy rodziców, aby w nadchodzącym tygodniu stosowali tę metodę chwalenia przynajmniej raz dziennie.
- 5** Arkusz pochwał: Każdy z rodziców otrzymuje kopię „Arkusza pochwał”, w którym zapisuje codzienny przykład sytuacji, gdy pochwalił dziecko, jakich słów użył i jak ono zareagowało. Prosimy o przyniesienie wypełnionego arkusza na kolejną sesję.
- 6** Kolejna sesja: Czytamy zapisy z arkusza i prosimy rodziców o komentarz do ich doświadczeń. Niektórzy rodzice młodszych dzieci mają trudność ze znalezieniem odpowiednich określeń podsumowujących pochwałę – burza mózgów bywa pomocna w generowaniu nowych pomysłów.
- 7** Jeśli rodzicom trudno jest chwalić dziecko, możemy poćwiczyć to podczas sesji terapeutycznej. Na przykład prosimy ich, aby pomyśleli o czymś, co dziecko zrobiło ostatnio i za co można je pochwalić. Następnie prosimy o ułożenie zdania, które to opisuje, a potem ćwiczymy różne sposoby podsumowania zachowania dziecka.

Pochwała: *„Kiedy wczoraj sprzątałeś swój pokój, podniosłeś wszystkie zabawki z podłogi i włożyłeś je do pudełka. To było pomocne / to było bardzo pomocne.”*

Wysiłek: *„Bardzo się napracowałeś, sprzątając swój pokój. Włożyłeś w to dużo energii.”*

Rodzice kontynuują chwalenie dziecka i na co dzień zapisują to w „Arkuszu Pochwał” przez cały okres terapii.

Budowanie pewności siebie

- * dostrzeż coś pozytywnego
- * opisz to, co zauważyłeś
- * podsumuj pozytywnym określeniem lub komentarzem odnoszącym się do wysiłku / sposobu wykonania
- * bądź szczery
- * zachowuj spójność
- * pokaż dziecku, jak przyjmować pochwałę

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Budowanie pewności siebie

Sesja trzecia

Rodzice Ishana otrzymali opracowanie „Budowanie u dziecka wiary w siebie” (zob. Aneks XX) do przeczytania, uzupełnienia i przemyślenia w domu.

Sesja czwarta

Oboje rodzice przeczytali materiał. Chcieli dowiedzieć się więcej o tym, jak wzmacniać pewność siebie Ishana, ponieważ obawiali się, że może być ona obniżana przez jękanie. Mama Ishana wiedziała już, że często go chwali (czasem – jak sama mówiła – być może zbyt często), ale nie opisywała konkretnie tego, co zrobił, aby zasłużyć na pochwałę. Omówiliśmy wpływ norm społecznych i naszego wychowania. Ojciec Ishana powiedział, że chwalenie nie przychodzi mu naturalnie i że skorzystałby na tym, gdyby wszystkie jego dzieci wiedziały, co zauważa w ich zachowaniu i co robią dobrze. Uspokoił go, że chwalenie nie dla każdego jest czymś spontanicznym oraz omówiliśmy znaczenie tej strategii.

Poprosiliśmy każdego z rodziców, aby pomyślał o czymś, co Ishaan zrobił ostatnio dobrze i za co można go pochwalić. Następnie ułożyli zdanie opisujące tę sytuację i ćwiczyli różne sposoby jej podsumowania.

Ojciec Ishana powiedział, że chłopiec bawił się rano klockami Lego z jednym z braci bez kłótni. Dodał, że zwykle powiedziałby coś w rodzaju: „O, jak miło – żadnych sprzeczek między wami!”, ale po przećwiczeniu modelu pochwały powiedział: „Widzę, że bawiłeś się Lego razem z bratem dziś rano. To było bardzo życzliwe z twojej strony”.

Matka Ishana powiedziała, że zjadł całe śniadanie i skomentowała: „Jesteś takim grzecznym chłopcem!”. Po zachęcie do użycia modelu pochwały powiedziała: „Zjadłeś całe śniadanie i włożyłeś w to dużo wysiłku”.

Każdy z rodziców otrzymał Arkusz Pochwał i został poproszony o zapisywanie codziennie jednego przykładu sytuacji, w której pochwalił Ishana, stosując model pochwały.

Sesja piąta

Oboje rodzice ćwiczyli chwalenie Ishana i zapisali kilka przykładów w „Arkuszu Pochwał”.

Mamie Ishana łatwo przychodziło opisywanie tego, co zrobił, aby zasłużyć na pochwałę, jednak miała tendencję do kończenia jej jedynie krótkim, ogólnym określeniem. Została pochwalona za swoje opisy i ćwiczyła różne sposoby podsumowywania.

„Zjadłeś cały obiad. Na talerzu nie został ani okruszek.”

„Nie spieszyłeś się i powoli napełniłeś brzusek” – czyli sposób, w jaki to osiągnął.

Ojcu Ishana udało się podsumowywać pochwały na różne sposoby. Powiedział jednak, że nadal musi ćwiczyć większą precyzję w chwaleniu chłopca i uważać, aby na końcu nie pojawiał się „mały haczyk”.

Oboje rodzice zostali poproszeni o dalsze codzienne chwalenie Ishana i zapisywanie tego w „Arkuszu Pochwał”.

Sesja szósta

Rodzice Ishana chwalili go każdego dnia i prowadzili zapisy. w tym tygodniu przychodziło im to łatwiej i coraz bardziej przyzwyczajali się do większej konkretności oraz do podsumowywania pochwały. Mówili, że Ishaan wydaje się lubić słuchać ich pochwał, a także zauważyli, że czasem robi coś dodatkowego tylko po to, by je usłyszeć. Dodali również, że zaczęli w ten sam sposób chwalić pozostałe dzieci w rodzinie.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Budowanie pewności siebie

Sesja trzecia

Mama Jake’a otrzymała opracowanie „Budowanie u dziecka wiary w siebie” (zob. Aneks XX) do przeczytania, uzupełnienia i przemyślenia w domu.

Sesja czwarta

Mama Jake’a przeczytała materiał i napisała, że już wcześniej regularnie go chwaliła. Powiedziała, że podobało jej się uczenie się, jak być bardziej konkretną. Zauważyła, że Jake nie zawsze przyjmował pochwałę – odrzucał ją lub podawał w wątpliwość. Uznała, że bardziej szczegółowe odnoszenie się do tego, co zrobił, może w tym pomóc. Wyraziła też obawę, że będzie zapominać o konkretach, dlatego postanowiła przykleić na drzwiach lodówki kartkę z przypomnieniem.

Mama Jake’a wskazała coś, co chłopiec zrobił ostatnio dobrze i za co można go pochwalić. Następnie ułożyła zdanie opisujące tę sytuację i ćwiczyła jej podsumowanie:

„Przedryblowałeś piłkę obok dwóch zawodników, pobiegłeś wzdłuż linii boiska i kopnąłeś ją prosto do bramki.”

Początkowo chciała zakończyć pochwałę słowami: „Byłeś niesamowity”, jednak omówiliśmy możliwe minusy takiego podsumowania i rozważyła inne zakończenia:

„To była bardzo umiejętna gra w piłkę.”

„Widziałam, jak bardzo byłeś skupiony.”

Powiedziała też, że słabo radzi sobie z przyjmowaniem pochwał i że pomocne było uświadomienie sobie, jaki wpływ na osobę chwalącą ma ich odrzucanie. Chciała ćwiczyć mówienie „dziękuję” i rozumiała, że jeśli sama tak reaguje, Jake prawdopodobnie również nie będzie przyjmował pochwał. Dodała, że następnym razem, gdy będzie chwalona, pomyśli o tym jak o otrzymaniu prezentu – co, jej zdaniem, pomoże jej powiedzieć „dziękuję”.

Mamie Jake’a przekazano „Arkusze Pochwał” i poproszono ją o zapisywanie codziennie jednego przykładu sytuacji, w której pochwaliła syna, stosując model pochwały.

Sesja piąta

Mama Jake’a ćwiczyła chwalenie syna i zapisała w „Arkuszu Pochwał” kilka różnych przykładów. Powiedziała, że łatwo przychodzi jej opisywanie tego, co Jake zrobił, aby zasłużyć na pochwałę. Została poproszona o dalsze codzienne chwalenie chłopca i zapisywanie tego w „Arkuszu”.

Sesja szósta

Mama Jake’a chwaliła go każdego dnia, jednak trudność sprawiało jej regularne zapisywanie tych sytuacji. Stwierdziła, że często zdarzało się to w drodze do domu i zapomniała zabrać ze sobą „Arkusze Pochwał”. Uzgodniono więc, że będzie nosić go w torebce. Powiedziała, że staje się coraz bardziej konkretna w swoich pochwałach. Jake coraz częściej je przyjmował. Zauważyła też, że coraz częściej mówi „dziękuję”, kiedy inni ją chwalą, i że zaczęła odczuwać przyjemność z pozytywnego wzmocnienia związanego z przyjmowaniem pochwał. Dodała, że Jake wydaje się korzystać na chwaleniu – zauważyła, że przynosi do domu więcej informacji o tym, co dobrze mu poszło w szkole, na lekcjach pływania i podczas treningów piłki nożnej, aby mogła go pochwalić za jego osiągnięcia.

Mówienie po kolei

„Typowa” naprzemiennność w rozmowie

Nie istnieje jeden społecznie „właściwy” sposób zabierania głosu w rozmowie. Oznacza to, że jedna osoba mówi, podczas gdy pozostałe słuchają, a kiedy kończy swoją wypowiedź – w jakiś sposób to sygnalizuje i kolejna osoba przejmuje głos. Jednak obserwacja niemal każdej grupy ludzi rozmawiających ze sobą pokazuje, że przerywanie sobie, nakładanie się wypowiedzi czy dopowiadanie cudzych zdań to zjawiska powszechne. Istnieje pewien poziom takich zachowań, który jest społecznie akceptowany i typowy – zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych.

Rodzice dzieci jękających się nie zawsze wiedzą, jak najlepiej organizować naprzemienną wypowiedzi w rozmowach rodzinnych.

Zabieranie głosu a jękanie

Rodzice czasami wskazują kwestię naprzemiennego zabierania głosu w rodzinie jako obszar niepokoju podczas diagnozy.

W odniesieniu do dzieci jękających się i naprzemienności wypowiedzi należy wziąć pod uwagę kilka ważnych kwestii. Omawiamy je poniżej.

Rodzice obawiają się czasem, że nie powinni przerywać dziecku, które się jęka

Podczas gdy dorośli bez wahania powiedzą dziecku mówiącemu płynnie, aby przestało mówić i pozwoliło wypowiedzieć się komuś innemu, mogą obawiać się zrobić to wobec dziecka, które się jęka. W istocie w wielu poradnikach zalecano rodzicom, by nie przerywali dziecku ani nie kończyli za nie zdań. W efekcie dziecko może mówić tak długo, jak chce, a inni nie powinni mu przerywać. Istnieje jednak ryzyko, że wykształci się u niego nawyk bardzo długiego mówienia – znacznie przekraczającego zainteresowanie słuchaczy. Wraz z generowaniem coraz większej ilości wypowiedzi jego mowa może być poddawana większej presji, a w trakcie uczenia się społecznych zasad naprzemienności w rozmowie może ono doświadczać poczucia nudy.

Jeśli dziecko jęka się podczas przerywania, może w ten sposób częściej dochodzić do głosu

Gdy dziecko się jęka, rodzic może częściej pozwalać mu wejść komuś w słowo. Choć jest to zrozumiała reakcja, można się zastanawiać, czy jest ona sprawiedliwa. Dziecko, które się jęka, otrzymuje wówczas dwa komunikaty: po pierwsze – że przerywanie jest akceptowane, a po drugie – że jękanie podczas przerywania jest skuteczne. Dziecko nie używa jękania celowo, aby dojść do głosu, jednak zostaje ono w ten sposób pozytywnie wzmocnione. Może zacząć kształtować się nieświadomy wzorec zachowania.

Jeśli dziecko jest przyzwyczajone do tego, że inni mu przerywają, może czuć, że musi przyspieszyć, aby zdążyć powiedzieć to, co chce

Może to prowadzić do nasilenia jękania, ponieważ dziecko ma mniej czasu na zaplanowanie i realizację wypowiedzi.

Dziecko, które się jęka, może w ogóle nie zabierać głosu w rozmowie

Jeśli dziecko przebywa w środowisku, w którym mówi wiele osób, może nie mieć umiejętności włączania się do rozmowy, a inni mogą nie chcieć wywierać na nie presji poprzez zapraszanie go do wypowiedzi. W efekcie może ono w ogóle werbalnie nie uczestniczyć w rozmowie.

Dziecko jękające się może być z natury dość impulsywne – trudno mu czekać na swoją kolej, więc spieszy się, aby dojść do głosu

To również może nasilać jękanie, ponieważ dziecko daje sobie mniej czasu na zaplanowanie i zrealizowanie wypowiedzi.

Dla dziecka jękającego się naprzemiennność w rozmowie może być wyzwaniem – może ono nie zabierać głosu lub mieć trudność z czekaniem na swoją kolej.

Wspieranie rodziców w rozwijaniu naprzemienności w rozmowie

- 1 Opracowanie dla rodziców: Pod koniec sesji poprzedzającej spotkanie poświęcone naprzemienności w rozmowie przekazujemy każdemu z rodziców materiał „Mówienie po kolei” (zob. Aneks XIX). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania i zastanowili się nad zaproponowanymi wskazówkami, a następnie przynieśli na kolejne spotkanie. Zachęcamy również, aby na następną sesję przynieśli rodzeństwo dziecka w wieku powyżej trzech lat.
- 2 Informacja zwrotna: Na kolejnej sesji pytamy rodziców o ich opinię na temat materiału i omawiamy ich przemyślenia. Zaczynamy od zwrócenia uwagi na ich reakcje podczas obserwacji tego, kto w rodzinie mówi najwięcej, kto słucha, a kto przerywa. Następnie prosimy dziecko i jego rodzeństwo o odpowiedź na te same pytania dotyczące wspólnego czasu w domu.
 - * Kto najwięcej mówi?
 - * Kto najwięcej słucha?
 - * Kto najczęściej przerywa?

Dajemy rodzicom, dziecku i każdemu z jego rodzeństwa długopis oraz kartkę z zapisanymi trzema pytaniami. Prosimy, aby w tajemnicy i bez konsultowania się z innymi zapisali, kto ich zdaniem najwięcej mówi, najwięcej słucha i najczęściej przerywa, kiedy cała rodzina jest razem. Młodszy członkowie rodziny mogą potrzebować pomocy przy zapisywaniu odpowiedzi. Informujemy ich, że mogą wskazać tę samą osobę więcej niż jeden raz oraz że mogą wpisać także własne imię. Gdy wszyscy zapiszą po jednym imieniu przy każdym pytaniu, zbieramy odpowiedzi. Na arkuszu flipchartu przygotowujemy tabelę i następnie prosimy każdego członka rodziny o podanie swojej odpowiedzi na każde pytanie po kolei, uzupełniając tabelę na bieżąco. Na przykład:

Tabela 8. 1 Mówienie po kolei w rodzinie

	Mama	Tato	Imię dziecka, które się jąka	Imię rodzeństwa
<i>Kto najwięcej mówi?</i>	✓ ✓		✓	
<i>Kto najwięcej słucha?</i>		✓ ✓		✓ ✓
<i>Kto najczęściej przerywa?</i>	✓		✓ ✓ ✓	

- 3** Omówienie: Sposób zabierania głosu w rodzinie bywa różny – czasem dziecko, które się jąka dominuje w rozmowie, a w innych sytuacjach nie jest w stanie dojść do głosu. Niezależnie od tego, jak wygląda ten profil, bardzo prawdopodobne jest, że przyjrzenie się naprzemienności w rozmowie przyniesie rodzinie korzyść.
- 4** Burza mózgów: Wspólnie z rodziną przeprowadzamy burzę mózgów na temat tego, dlaczego naprzemienne zabieranie głosu jest ważne w rozmowie.
- 5** Omówienie – naprzemiennosc w rozmowie a jękanie: Pomagamy rodzinie zastanowić się nad znaczeniem naprzemiennosci w rozmowie w kontekście jękania, zadając następujące pytania:
- * Jeśli dziecko, które się jąka, spodziewa się, że ktoś mu przerwie, jak może to wpłynąć na jego mówienie?
 - * Czy ma znaczenie, czy jąka się w momencie przerywania innym, czy nie?
 - * Co mogłoby się wydarzyć, gdyby dziecku, które się jąka, nigdy nie mówiono, że ma przestać mówić i pozwolić wypowiedzieć się komuś innemu?

Ta rozmowa pomaga rodzinie zrozumieć, dlaczego naprzemienne zabieranie głosu jest ważne dla dziecka.

6 Gra Mikrofonowa

Uczymy dziecko i pozostałych członków rodziny idei naprzemiennego mówienia, wykorzystując Grę Mikrofonową.

Wyjaśniamy, że zagramy wspólnie w gabinecie w grę, w którą rodzina będzie mogła później bawić się w domu.

- * Wybieramy przedmiot, który będzie pełnił rolę mikrofonu – może to być zabawkowy mikrofon, ale także ołówek, łyżka lub inny podobny przedmiot.
- * Wszyscy siadamy w kręgu, a mikrofon leży na środku na podłodze.
- * Informujemy, że mówić może tylko ta osoba, która trzyma mikrofon i że każdy będzie miał swoją kolej.
- * W przypadku młodszych dzieci terapeuta rozpoczyna, biorąc mikrofon i wypowiadając słowo lub krótkie zdanie. Jako bodźca można użyć obrazków przedstawiających przedmioty lub czynności albo zastosować frazę wprowadzającą, np.: „Moim ulubionym jedzeniem jest _____”. Gdy dziecko skończy, odkłada „mikrofon” i swoją kolej otrzymuje następna osoba. Zabawa trwa, aż każdy uczestnik skorzysta z kilku tur.
- * W przypadku starszych dzieci prosimy je o wymyślenie historii. Terapeuta rozpoczyna, biorąc do ręki mikrofon i rozpoczynając opowieść, np. „Dawno, dawno temu był sobie niegrzeczny pies wabiący się Bonek...”. Następnie odkłada mikrofon, a osoba, która chce kontynuować historię, bierze go do ręki. Kolejność wypowiedzi jest losowa, a nie ustalana po kolei w kręgu.
- * Terapeuta może potem zacząć łamać zasady – np. wrywając komuś mikrofon, zabierając bardzo długą turę albo odzywając się, gdy nie trzyma mikrofonu.
- * Następnie prosimy rodzinę, aby wspólnie zastanowiła się nad wszystkimi zasadami obowiązującymi w Grze Mikrofonowej oraz nad tym, jak powinno wyglądać prawidłowe zabieranie głosu. Zapisujemy te zasady, aby mogli zabrać je do domu. Powinny one obejmować ustalenie takie jak:
 - a)** Mówi tylko osoba, która trzyma mikrofon.

- b)** Każdy ma swoją kolej.
- c)** Słuchamy się nawzajem.
- d)** Nie przerywamy sobie.
- e)** Ma być sprawiedliwie – nikt nie powinien mówić dużo dłużej niż inni.

Alternatywnym sposobem wspierania rodziny w uczeniu się naprzemienności w rozmowie jest nagranie wideo Gry Mikrofonowej, podczas której uczestnicy wymyślają historię. Terapeuta wybiera jednego członka rodziny, który zaczyna – bierze mikrofon i rozpoczyna opowieść. Następnie odkłada mikrofon, a osoba, która chce kontynuować historię, podnosi go. Rodzina otrzymuje instrukcję, że w danym momencie mówi tylko jedna osoba – ta, która trzyma mikrofon. Zachęcamy, aby kolejność wypowiedzi była losowa, a nie ustalana po kolei w kręgu. Nagrywamy około pięciu minut takiej zabawy. Następnie odtwarzamy nagranie i prosimy każdego członka rodziny, aby po kolei skomentował swoje umiejętności związane z zabieraniem głosu:

- * „Czy możesz powiedzieć, której zasady dotyczącej zabierania głosu przestrzegałeś/przestrzegałaś w tej zabawie?”.
- * „Powiedz jedną rzecz, którą robiłeś/robiłaś dobrze, jeśli chodzi o zabieranie głosu”.

Przypominamy im zasady, które wspólnie stworzyli dla dobrej naprzemienności w rozmowie:

„Miałem dużo dobrych pomysłów.”

„Słuchałem pomysłów innych.”

„Siedziałem spokojnie, czekając na swoją kolej.”

Jeśli komuś z członków rodziny trudno jest wskazać, co robił dobrze w zakresie zabierania głosu, możemy mu w tym pomóc, odtwarzając fragment nagrania pokazujący właściwy element tej umiejętności. Możemy też zadać pytania pomocnicze: „Co robiłeś, kiedy czekałeś na swoją kolej?”, „Co robiłeś, kiedy inni w rodzinie mieli swoją kolej?”, „Czy zabrałeś głos we wszystkich turach?”.

Gdy każdy członek rodziny wskaże jeden pozytywny aspekt swojego sposobu zabierania głosu, prosimy, aby określił także jeden element, który chciałby dalej rozwijać.

„Co mógłbyś/mogłabyś robić częściej?”.

„Mógłbym częściej zabierać głos”.

„Muszę tworzyć nieco krótsze wypowiedzi”.

„Powinienem uważniej słuchać, kiedy jest kolej kogoś innego”.

Terapeuta może również komentować pozytywne aspekty umiejętności rodziny związanych z naprzemiennością w rozmowie. Szczególnie pomocne jest zwracanie uwagi na sytuacje, gdy widzimy, że rodzic daje model pauzy na zebranie myśli przed rozpoczęciem swojej wypowiedzi, zabiera głos i mówi wolniej albo świadomie reguluje długość swojej wypowiedzi – tak, aby nie była ani zbyt długa, ani zbyt krótka. Następnie pytamy, w jaki sposób te elementy mogą pomagać dziecku w mówieniu. Na przykład: „Zatrzymywałeś się na chwilę, żeby pomyśleć, co chcesz powiedzieć, zanim zacząłeś swoją wypowiedź. Jak to może pomóc jego mowie?”



Jeśli rodzeństwo dziecka jest zbyt małe, aby wziąć udział w Grze Mikrofonowej, możemy zaproponować proste gry uczące naprzemienności, które wprowadzą to pojęcie w rodzinie, a następnie – w odpowiednim momencie – przenieść je na sytuacje rozmowy.

7 Naprzemiennosc w domu

Prosimy rodzinę, aby bawiła się w tę grę w domu i ćwiczyła wybrany cel, dzięki czemu zasady naprzemiennosci utrwalają się w środowisku domowym. Następnie rodzina gra w Grę Mikrofonową w domu tak często, jak rodzice uznają to za potrzebne, aby wzmocnić tę umiejętność. Gdy domownicy nabiorą świadomości zabierania głosu po kolei, rodzice często zaczynają przypominać o tym w codziennych sytuacjach komunikacyjnych, np. „Nie przerywaj, teraz Tom ma mikrofon” (nawet jeśli nie ma prawdziwego mikrofonu). Jedna z rodzin zdecydowała się używać podczas posiłków butelki po keczupie jako mikrofonu, aby utrwalac nawyk prawidłowej naprzemiennosci w rozmowie.



Rys. 8.1 Zasady naprzemiennosci w rozmowie

Studium przypadku Ishan, 4 lata

Mówienie po kolei

Sesja czwarta

Każdy z rodziców otrzymał egzemplarz opracowania „Mówienie po kolei” (zob. Aneks XXIII) do przeczytania i wypełnienia w domu. Uzgodniono z rodzicami, że na następną sesję przyprowadzą czworo rodzeństwa Ishana.

Sesja piąta

Każdy członek rodziny otrzymał długopis i kartkę, aby zapisać swoje odpowiedzi dotyczące naprzemienności w rozmowie w rodzinie – kto najwięcej mówi / najwięcej słucha / najczęściej przerywa?

Na podstawie przygotowanej tabeli ustalono, że większość członków rodziny uważała, iż najwięcej mówią Ishan i jedna z jego siostr, Reya. Uznano również, że to właśnie Ishan i Reya najczęściej przerywają. Mama Ishana otrzymała po jednym wskazaniu w każdej kategorii – jako osoba, która najwięcej mówi, najwięcej słucha i najczęściej przerywa. Tata Ishana został wskazany jako ten, który najwięcej słucha – podobnie jak najstarszy brat, Pasha.

	Mama	Tata	Ishan	Neha	Reya	Dev	Pasha
Kto najwięcej mówi?	✓		✓✓✓		✓✓ ✓		
Kto najwięcej słucha?	✓	✓ ✓✓				✓	✓✓
Kto najczęściej przerywa?	✓		✓✓ ✓✓		✓✓		

Odbyła się krótka rozmowa z rodzicami Ishana na temat zależności między jękaniem a mówieniem po kolei, z odniesieniem do treści zawartych w materiale. Mama Ishana powiedziała, jak pomocne było dla niej uświadomienie sobie, że Ishan zaczął dominować w rozmowie i częściej przerywać innym.

Rodzina wspólnie opracowała zasady prawidłowej naprzemienności i zagrała w Grę Mikrofonową. Oglądając nagranie z tej zabawy, każdy z członków rodziny potrafił wskazać coś, co zrobił dobrze w zakresie naprzemienności oraz coś, nad czym chciałby jeszcze popracować. Na przykład:

- * Ishan – zabierał głos, miał dobre pomysły i pozwalał innym dojść do słowa
- * Mama – słuchała innych i wносиła własne pomysły
- * Tata – poświęcał czas na sformułowanie swojej wypowiedzi, kiedy była jego kolej i częściej słuchał innych

Rodzina dobrze się bawiła podczas gry i zgodziła się kontynuować ją w domu.

Sesja szósta

W poprzednim tygodniu rodzina kilkakrotnie bawiła się w Grę Mikrofonową – nie zawsze w pełnym składzie, lecz w różnych konfiguracjach rodziców i rodzeństwa. Rodzice Ishana zauważyli, że wszyscy domownicy są teraz bardziej świadomi potrzeby zabierania głosu po kolei i nieprzerywania sobie nawzajem, co było szczególnie widoczne podczas posiłków. „Mikrofon” był teraz kładziony na stole razem ze sztuczkami jako przypomnienie o naprzemienności. Zasady mówienia po kolei zostały również powieszono na lodówce.

Rodzice Ishana zauważyli, że podczas posiłków był on spokojniejszy i mniej się spieszył, by zabrać głos. Więcej słuchał i pozwalał innym mówić, zamiast wywierać na sobie presję, by „utrzymać głos”. w rezultacie jąkał się rzadziej.

Uzgodniono, że rodzina będzie od czasu do czasu wracać do Gry Mikrofonowej – w miarę potrzeby – oraz że w spontanicznych rozmowach rodzinnych nadal będą przypominać o „mikrofonie”.

Radzenie sobie z uczuciami

Emocje a jąkanie

Rodzice często zauważają, że na jąkanie ich dziecka wpływa jego stan emocjonalny. Zwykle obserwują, że dziecko jąka się bardziej, gdy jest sfrustrowane, podekscytowane, przestraszone, zaniepokojone lub zdenerwowane, a mniej – gdy czuje się spokojne. Co ciekawe, w przypadku złości wyniki obserwacji nie są jednoznaczne – niektóre dzieci mówią wtedy bardzo płynnie, a inne bardziej się jąkają.

Choć wszystkie dzieci doświadczają różnych emocji, ich intensywność oraz sposób ich okazywania różnią się w zależności od dziecka. Wiemy, że część dzieci jąkających się reaguje emocjonalnie na wiele różnych bodźców. Niektóre z nich potrafią radzić sobie ze swoimi emocjami, inne mają z tym większą trudność i gorzej się samoregulują – potrzebują więcej czasu, aby się uspokoić po silnym przeżyciu. Podobnie rodzice w różny sposób reagują na okazywanie emocji przez dziecko. Może to mieć związek z tym, czy sami w dzieciństwie mieli możliwość swobodnego wyrażania uczuć. w niektórych rodzinach – także z powodów kulturowych – nie rozmawia się otwarcie o emocjach. Rodzice często mówią nam, że nie wiedzą, jak pomóc dziecku radzić sobie z jego uczuciami.

„Gdybym tylko wiedział(a), co on myśli i czym się martwi!”

Jak rodzice mogą pomóc dziecku radzić sobie z jego uczuciami

Poniższy model wspierania dzieci w radzeniu sobie z emocjami jest adaptacją metody zaproponowanej przez Faber i Mazlish (1980) oraz Faber i King (2017).

- 1 Opracowanie dla rodziców: Pod koniec sesji poprzedzającej tę, która jest poświęcona uczuciom dziecka, przekazujemy każdemu z rodziców materiał „Radzenie sobie z uczuciami” (zob. Aneks XXIII). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania, rozważyli proponowane wskazówki i przynieśli materiał na kolejną sesję.
- 2 Informacja zwrotna: Na następnej sesji pytamy rodziców o ich opinie na temat materiału i omawiamy to, co zapisali.
- 3 Tabela z pierwszej strony opracowania pomaga rodzicom zastanowić się nad tym, co wyzwała emocje u ich dziecka, w jaki sposób je ono okazuje oraz jak oni sami zwykle na to reagują.

Pozwólmy się temu wydarzyć!

- 4 Omówienie – „Pozwólmy się temu wydarzyć”: Gdy dziecko jest zdenerwowane, sfrustrowane lub rozżłoszczone, naturalną reakcją rodziców bywa szybkie działanie – próba zatrzymania tych emocji albo rozwiązania problemu, aby uchronić dziecko przed przeżywaniem czegoś trudnego. Rodzic robi to z troski, chcąc poprawić samopoczucie dziecka, ale taka reakcja nie zawsze pokazuje, że rozumie jego emocje. Czasem trudno jest zaakceptować, że dziecko właśnie tak się czuje. Jeśli rodzic zauważa, że ma tendencję do mówienia dziecku, aby „tak się nie czuło” – np.: „Nie złość się” – zachęcamy go, by zamiast tego pozwolił dziecku wyrazić swoje uczucia. Może to pomóc dziecku lepiej sobie z nimi radzić. Poczekanie, aż dziecko się wypłacze, daje mu sygnał, że rodzic rozumie, co ono przeżywa. Przytulenie i pozwolenie mu na płacz pokazuje troskę i akceptację. Gdy dziecko jest sfrustrowane i złe na siebie, ponieważ czegoś nie potrafi zrobić, rodzice mogą czuć pokusę, by powiedzieć mu, żeby się nie martwiło, że to nic takiego i że pewnego dnia sobie z tym poradzi. Albo – zamiast tego – pozwolić mu wyrazić te uczucia i uznać jego frustrację. Ważne jest, aby pozwolić dziecku doświadczać emocji i być przy nim, by je wspierać. Badania pokazują, że gdy dzieci doświadczają stresu, może on mieć negatywny wpływ na ich rozwój, jeśli nie mają wsparcia ze strony dorosłego (Werner, 1993). Jeśli jednak dorosły jest dostępny, by pomóc dziecku poradzić sobie z uczuciami i sprawić, by czuło się bezpieczne i chronione, dzieci mogą doświadczać stresu „pozytywnego”, możliwego do opanowania, który sprzyja rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z trudnościami.

Dzieci nie zawsze są gotowe od razu rozmawiać o swoich uczuciach ani przetwarzać komunikat w czasie silnych emocji, dlatego znalezienie odpowiedniego momentu na rozmowę o tym, co czują, oraz o możliwych rozwiązaniach – wtedy, gdy będą na to gotowe – może być bardziej skuteczne.

Pozwólmy się temu wydarzyć!

- 5 Obserwuj i opisz: Rodzice zapisali w arkuszu, w jaki sposób dziecko okazuje swoje emocje. Może to dotyczyć jego postawy, wyrazu twarzy, tonu głosu, pozycji ciała lub działań. Dziecko może nie być świadome, że okazuje w ten sposób emocje i może nie potrafić lub nie chcieć ująć ich w słowa. w takich sytuacjach zachęcamy rodziców, by pomagali mu poprzez uważną obserwację i opisywanie tego, co widzą. Na przykład:

* „Widzę bardzo złą minę, a twoje ręce mocno uderzają o podłogę”.

- * „Wyglądasz na bardzo rozczarowanego tym, co się stało – twoja twarz jest taka smutna, a w twoim głosie słychać zdenerwowanie”.

Opisując to, co widzą, rodzice pokazują dziecku, że dostrzegają jego uczucia, pozwalają mu je przeżywać i jednocześnie dają mu słownictwo potrzebne do ich wyrażania.

Zaakceptuj, że dziecko tak się czuje – staraj się mu nie zaprzeczać

- 6** Zaakceptuj, że dziecko tak się czuje – staraj się mu nie zaprzeczać: w rozdanym opracowaniu rodzice zapisali także swoje typowe reakcje. Mogli zauważyć, że czasami próbują pomóc, zaprzeczając temu, co mówi dziecko. Na przykład:

Dziecko: „Nienawidzę tego malucha”.

Rodzic: „Ależ skąd, jak możesz tak mówić? Ona jest taka słodka i bardzo cię kocha”.

Dziecko: „Nie chcę dziś iść do przedszkola”.

Rodzic: „Nie przesadzaj, przecież bardzo to lubisz. Będzie dobrze, jak już tam dojedziemy”.

Dziecko: „Boję się ciemności”.

Rodzic: „Nie ma się czego bać. Jestem na dole i nic ci się nie stanie”.

Kiedy rodzice zaprzeczają temu, co mówi dziecko, przekazują mu, że nie odczuwa ono danej emocji i mają nadzieję, że pomagają w tym, by ona znikła. Zachęcamy rodziców, aby wierzyli dziecku i nie zaprzeczali jego przeżyciom, ponieważ sprzyja to wyrażaniu emocji. Podobnie kuszące może być dodanie „ale” po uznaniu uczuć dziecka, np. „Widzę, że jesteś bardzo zły, ale nie możesz teraz iść na dwór”. Zamiast tego po prostu uznaj emocję dziecka albo zastąp „ale” sformułowaniem „problem polega na...”. Na przykład: „Widzę, że jesteś bardzo zły. Problem w tym, że jest już za ciemno, żeby iść do ogrodu”.

Zaakceptuj, że dziecko tak się czuje – staraj się mu nie zaprzeczać

- 7** Ujmij uczucia w słowa: Rodzice mogą nazwać uczucia dziecka za nie, dzięki czemu dziecko wie, że zostało wysłuchane i zrozumiane. Może to pomóc mu poczuć się mniej przytłoczonym i lepiej poradzić sobie z tym, co czuje.

Dziecko: „Nienawidzę tego malucha”.

Rodzic: „Trudno ci się przyzwycząić do tego, że ona jest z nami. To cię bardzo złości. Zastanówmy się, co możemy razem zrobić podczas naszego Czasu Specjalnego”.

Dziecko: „Nie chcę dziś iść do przedszkola”.

Rodzic: „Czasami, gdy o tym myślisz, robi ci się przykro i wolałbyś zostać w domu”.

Dziecko: „Boję się ciemności”.

Rodzic: „Kiedy jest ciemno i gorzej widać, czujesz strach. Zastanówmy się, co możemy zrobić, żeby było ci łatwiej”.

- 8** Pokazywanie, co się czuje: Niektóre dzieci mają naturalną tendencję do ukrywania smutku, złości czy lęku zamiast okazywania ich wprost. Możemy pomóc rodzicom zastanowić się, w jaki sposób zachęcić dziecko do wyrażania uczuć.

Poszukaj sposobów, które pomogą mu wyrażać emocje

Na przykład:

- * Krzyczenie lub głośne wołanie tak długo i tak głośno, jak potrafi (w odpowiednim miejscu).
- * Używanie poduszki jak worka treningowego i zachęcanie dziecka, by uderzało w nią tak mocno i tak długo, jak potrzebuje.
- * Przygotowanie specjalnych kartek do bazgrania albo „Książki Złości/Zmartwień/Smutku”, w której można rysować, drzeć kartki lub malować to, jak bardzo jest się złym, zmartwionym czy smutnym – oraz zapraszanie dziecka do rozmowy o tym, jeśli ma na to ochotę.
- * Mówienie: „Możesz płakać – wypłacz się porządnie”.
- * Obejrzenie razem smutnego filmu lub przeczytanie smutnej historii, aby „odblokować” dziecięcą smutek.
- * Korzystanie z „pudełka uczuć” lub „pudełka zmartwień”, do którego dziecko wkłada rysunek albo zapisane zmartwienie. Raz w tygodniu dzieli się tym z rodzicem, rozmawiają o tym, co nadal je martwi, i zauważają, że część spraw przestała już być problemem.
- * Wyznaczenie w tygodniu 15 minutowego „czasu na zmartwienia”, kiedy dziecko może opowiedzieć o tym, co je niepokoi.
- * Czytanie książek dla dzieci związanych z trudnościami dziecka, np. o zamartwianiu się, dokuczaniu czy byciu innym (zob. dział z materiałami, s. 331).
- * Dawanie przez rodziców przykładu poprzez sposób, w jaki sami mówią o swoich uczuciach i je okazują, np. „Mamie jest smutno, bo piesek jest chory”. Pomaga to modelować słownictwo dotyczące emocji, normalizuje fakt, że wszyscy mamy uczucia i że można się nimi dzielić, a rodzice nie muszą się obawiać, że czasem rozplaczą się przy dziecku.

Ważne jest, aby:

- * *pozwoić emocjom wybrzmieć*
- * *obserwować i opisywać*
- * *zaakceptować, że dziecko tak się czuje – nie zaprzeczać i nie dodawać „ale”*
- * *nazywać jego uczucia*
- * *szukać sposobów, które pomogą mu je wyrażać*
- * *uczyć je, jak się wyciszać*

9 Ucz dziecko, jak się uspokajać: Aby pomóc dziecku się wyciszyć, gdy już wyrazi swoje emocje, rodzice mogą zacząć od zachowania własnego spokoju. Mogą też modelować powolne, spokojne oddychanie i zachęcać dziecko do naśladowania. Pomocne bywa położenie na brzuchu „towarzysza oddechu” (np. pluszowego misia), który unosi się i opada przy każdym wdechu i wydechu. Warto ćwiczyć to najpierw wtedy, gdy dziecko jest spokojne, aby łatwiej mogło z tego skorzystać w silnych emocjach. Czasem dziecko potrzebuje jedynie fizycznej bliskości rodzica – dotyku lub przytulenia.

Rodzice mogą również nauczyć się rozpoznawać momenty, w których dziecko zaczyna się nadmiernie pobudzać – odczytywać sygnały, które to zapowiadają, i zastanowić się, jak zareagują następnym razem, gdy je zauważą.

Trudności z rozstaniem

Niektóre dzieci rozstają się z rodzicami bez lęku, dla innych jest to bardzo trudne i wiąże się z dużym napięciem dla wszystkich. Pozostanie pod opieką opiekunki może być pierwszym doświadczeniem separacji albo pojawić się później – gdy dziecko zaczyna chodzić do przedszkola lub szkoły.

Kiedy rodzice mówią nam, że ich dziecko ma trudności z rozstaniem, omawiamy z nimi kilka pomocnych wskazówek:

- * Przygotuj dziecko na rozstanie. Na przykład: „Mama odprowadzi cię do przedszkola. Wiem, że nie chcesz, żebym wychodziła. Problem w tym, że muszę iść do pracy, ale wrócę po ciebie w porze obiadu”.
- * Choć rodzic może mieć pokusę, by „wymknąć się po cichu”, żeby dziecko się nie zdenerwowało, w dłuższej perspektywie może to nasilić trudności.
- * Zachęcamy rodzica, aby starał się zachować spokój oraz okazywał zrozumienie i cierpliwość, rzeczowo nazywając to, co czuje dziecko, np.: „Widzę, że jest ci smutno, że tata wychodzi. To w porządku”.
- * W radzeniu sobie z rozstaniem często pomaga dziecku stały rytuał, np. przytulenie, buziak i „sekretny znak”, który ma dla niego szczególne znaczenie.
- * Niektóre dzieci uspokaja możliwość zabrania ze sobą czegoś należącego do rodzica albo ulubionej przytulanki.
- * Pomocne może być pokazanie dziecku na zegarze, kiedy rodzic wróci albo opisanie tego w kategoriach zdarzeń, np. po bajce, po obiedzie.

- * Część dzieci obawia się, że podczas rozłąki ominie je coś atrakcyjnego. Jeśli więc rodzic powie, że w tym czasie będzie robił coś, co dziecko uważa za mało interesujące (np. zakupy w supermarkecie czy sprzątanie pokoju), może to sprawić, że perspektywa rozstania stanie się dla dziecka łatwiejsza.
- * W niektórych przypadkach to rodzic przeżywa rozstanie równie silnie jak dziecko, a nawet silniej. Dziecko może dostrzegać dyskomfort rodzica i w konsekwencji samo odczuwać lęk związany z rozstaniem. Przyjrzenie się temu wspólnie z rodzicem może pomóc znaleźć sposoby, by radzić sobie z tą sytuacją z większym poczuciem bezpieczeństwa.
- * Warto pamiętać, że niektóre dzieci maskują lęk złością, wycofaniem się z sytuacji lub zachowaniami trudnymi.

Możemy razem z rodzicami poszukiwać możliwych przyczyn lęku dziecka przed rozstaniem. Czasami wiąże się on z obawą, że rodzic nie wróci. Jeśli rodzic często się spóźnia, lęk ten się utrwała i napięcie raczej nie maleje. Bywa więc konieczne wspólne zastanowienie się, jak unikać spóźnień przy odbieraniu dziecka, a także jakie wprowadzić rozwiązania awaryjne – takie, które dziecko rozumie – na wypadek nieuniknionego opóźnienia. Ponadto dziecku łatwiej poradzić sobie z lękiem separacyjnym, gdy jest zachęcane do wyrażania swoich uczuć w sposób opisany wcześniej.

Wspieramy rodziców, których dziecku trudno się z nimi rozstawać

Korzystanie ze specjalistycznej pomocy

Jeśli emocje dziecka są poważnym powodem do niepokoju, zasadne może być skierowanie go do specjalistycznej opieki psychologicznej.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Radzenie sobie z uczuciami

Sesja czwarta

Mamie Jake'a przekazano opracowanie „Radzenie sobie z uczuciami” (zob. Aneks XXIII) z prośbą o przeczytanie go w domu, uzupełnienie i przemyślenie.

Sesja piąta

Omówiono materiał „Radzenie sobie z uczuciami”. Mama Jake'a powiedziała, że bardzo pomocne było dla niej jego przeczytanie i przyjrzenie się własnym reakcjom. Przyznała, że czuła się nieco winna, ponieważ prawdopodobnie nie zawsze reagowała na emocje syna w najbardziej wspierający sposób – sama łatwo wpadała w złość lub frustrację. Uspokoiłmy ją, że takie reakcje są typowe dla większości rodziców.

Rozmawialiśmy o alternatywnych sposobach wspierania Jake'a w przeżywaniu uczuć. Mama była gotowa ćwiczyć zauważanie, nazywanie i akceptowanie jego emocji.

Sesja szósta

Mama Jake'a opowiedziała, że w minionym tygodniu chłopiec wrócił bardzo zdenerwowany z meczu piłkarskiego, ponieważ jego drużyna przegrała, a on nie strzelił żadnej bramki. Był rozczarowany sobą i resztą zespołu. Początkowo chciała powiedzieć coś w rodzaju: „Nie martw się”, „Pomyśl o wszystkich meczach, które w tym sezonie wygraliście”, „Na pewno grałeś bardzo dobrze, jak zawsze”, ale powstrzymała się. Zamiast tego nazwała jego emocje i uznała jego frustrację: „Widzę, że jesteś bardzo rozczarowany tą porażką”, „Jesteś zły, bo nie udało ci się strzelić gola”. Mama zauważyła, że kiedy zareagowała w ten sposób, Jake wyciszył się znacznie szybciej.

Męczliwość

Wielu rodziców zauważa, że ich dziecko jęka się bardziej, gdy jest zmęczone. Zapewnienie dziecku odpowiedniej ilości snu wydaje się więc oczywistym krokiem w pomaganiu mu w radzeniu sobie z jękaniem. Jednocześnie jest to obszar, z którym rodzicom często trudno sobie poradzić, dlatego jeśli szukają wsparcia, zwykle omawiamy tę kwestię w ramach terapii.

Trudności

Wiele dzieci po prostu nie lubi chodzić spać, niezależnie od tego, jak bardzo są zmęczone. Dla małego dziecka pora snu może oznaczać koniec zabawy, utratę kontaktu z tym, co robi reszta rodziny, bycie samemu, ciemność, nieznane odgłosy i czas na zamartwianie się. Może się też zdarzyć, że pora snu przypada akurat wtedy, gdy rodzic wraca z pracy lub gdy przychodzą goście. Sypialnia bywa również kojarzona z karą – wprost („to było bardzo niegrzeczne – idź do swojego pokoju”) lub bardziej subtelnie, gdy rodzic potrzebuje ciszy i przestrzeni.

Dla rodziców usypianie dziecka może stać się dużym wyzwaniem. Często po drodze próbowano różnych strategii – kołysania lub głaskania dziecka do snu, pozwalania mu spać w łóżku rodziców albo zasypiania rodzica w pokoju dziecka. Przejście od sytuacji, w której rodzic pomaga dziecku zasnąć, do samodzielnego zasypiania przez dziecko bywa trudne.

Dzieci jękające się odnoszą korzyści z odpowiedniej ilości snu

Wspieranie rodziców w regulacji snu dziecka

- 1** Zanim rozpoczniemy program wprowadzania zasad związanych z porą snu, musimy uwzględnić uwarunkowania kulturowe – na przykład to, czy dalsza rodzina i środowisko społeczne funkcjonuje w inny sposób. W wielu kulturach nie oczekuje się, że dzieci będą chodziły spać wcześniej, zwłaszcza jeśli w ciągu dnia odbywają drzemkę. Dlatego najpierw pytamy rodziców, jakie pory i rytuały zasypiania są w ich środowisku czymś typowym.
- 2** Opracowanie dla rodziców: Pod koniec sesji poprzedzającej spotkanie poświęcone zmęczeniu przekazujemy każdemu z rodziców materiał „Męczliwość” (zob. Aneks XXIV). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania, rozważyli proponowane wskazówki i przynieśli opracowanie na kolejną sesję.
- 3** Informacja zwrotna: Na następnym spotkaniu pytamy rodziców o ich refleksje po lekturze materiału i omawiamy to, co zanotowali.
- 4** Dyskusja: Czynniki, które mogą utrudniać dziecku zasypianie. Wspólnie z rodzicami zastanawiamy się, co może przeszkadzać dziecku w uzyskaniu odpowiedniej ilości snu.
 - i** „Ale ja nie jestem zmęczony!”

Prosimy rodziców, aby zastanowili się, czy dziecko jest wystarczająco zmęczone w momencie kładzenia go do łóżka. Wiele małych dzieci potrzebuje drzemki w ciągu dnia, ale bywa okres przejściowy, kiedy wciąż zasypiają w dzień, a jednocześnie ta drzemka utrudnia im zaśnięcie wieczorem. Rozwiązaniem jest stopniowe odchodzenie od snu w ciągu dnia, choć nie zawsze jest to łatwe. Dzieci często zasypiają podczas podróży samochodem lub w wózku. Rodzice nie zawsze są w stanie stale kontrolować, czy dziecko nie zdrzemnęło się w ciągu dnia. Może być jednak pomocne ograniczenie długości drzemek dziennych, jeśli próbują kłaść dziecko spać wcześniej wieczorem. Często okazuje się, że im wcześniejsza jest drzemka w ciągu dnia, tym łatwiej dziecku zasnąć w nocy.

ii Jedzenie i picie przed snem

Rodzice mogą potrzebować zastanowić się, czy trudności dziecka z zasypianiem nie wynikają z tego, że tuż przed snem zjadło obfity posiłek albo spożyło produkty czy napoje zawierające dodatki mogące działać pobudzająco.

iii Sypialnia pełna atrakcyjnych bodźców

Pokój dziecka może utrudniać mu zasypianie. W sypialniach dzieci często znajdują się zabawki, ale także telewizory, gry elektroniczne, tablety, komputery i inne atrakcyjne urządzenia, które odciągają dziecko od próby zaśnięcia w łóżku. Niektóre dzieci mają zwyczaj zasypiać przed telewizorem, co – w zależności od oglądanych treści – może silnie pobudzać. Pod koniec dnia, gdy

zaczyna się ściemniać, organizm wytwarza hormon snu – melatoninę – który uruchamia nasz zegar biologiczny, sygnalizując porę snu i wywołując senność. Światło emitowane przez telewizor, tablet czy ekran komputera przed snem, nawet przez krótki czas, zakłóca naturalne wydzielanie melatoniny, a tym samym utrudnia zasypianie.

iv Pobudzające aktywności przed snem

Pytamy rodziców, czy jest coś, co dziecko zwykle robi przed snem, a co może utrudniać mu wyciszenie. Skakanie po łóżku na trampolinie tuż przed położeniem się spać może być świetną zabawą i przyjemnym zakończeniem dnia, ale istnieje ryzyko, że dziecko nadmiernie się pobudzi i będzie mu trudniej się zrelaksować i zasnąć.

5 Ustalenie stałej pory snu

Staramy się pomóc rodzicom w określeniu odpowiedniej pory kładzenia dziecka spać, aby wprowadzić przewidywalną rutynę. Nie ma sztywnych zasad co do dokładnej godziny snu w danym wieku, ponieważ dzieci i warunki domowe są różne, a niektóre dzieci potrzebują więcej snu niż inne.

Z każdym rokiem życia pora snu może się nieco przesunąć na późniejszą jako przywilej starszego wieku. Młodsze rodzeństwo może to odbierać jako niesprawiedliwość, ale dla starszego dziecka jest to sposób na poczucie wyjątkowości i większej samodzielności, do którego młodsze dziecko również z czasem dojdzie.

Rodzice mogą potrzebować wyjaśnić dziecku, dlaczego ustala się stałą porę snu. Można zachęcić je do zastanowienia się nad korzyściami płynącymi z bycia wypoczętym. Niektóre dzieci zauważają, że zmęczenie wpływa na ich mowę i chętniej zgadzają się na wcześniejsze kładzenie się spać lub na wieczorną rutynę, jeśli widzą, że może to pomóc w mówieniu.

6 Pomaganie dziecku w zasypianiu: Omawiamy z rodzicami następujące wskazówki wspierające zasypianie:

* Rutyna

Stać rutyna sprzyja zasypianiu zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Organizm wykształca własny rytm, „oczekując” snu o określonej porze i przez określony czas. Rodzice często zauważają, że wprowadzenie stałego schematu wieczornego zmniejsza niepewność, pomagając dziecku rozpoznać, czego może się spodziewać i podporządkować się temu niejako automatycznie, bez potrzeby stawiania oporu. Wspólnie z rodzicami możemy zastanawiać się, jaką rutynę warto wprowadzić – od kolacji, przez kąpiel, aż po położenie się do łóżka i zasypianie. Niektórzy rodzice preferują dość sztywny plan, inni wybierają bardziej elastyczny, który jednak również bywa skuteczny. Części dzieci pomaga wizualny plan wieczoru pokazujący, co będzie się działo kolejno.

* Kąpiel

Możemy zaproponować ciepłą kąpiel przed snem, która pomaga dziecku się wyciszyć i przygotować do zasypiania. Czas kąpieli bywa też świetną zabawą, dlatego rodzice mogą potrzebować zadbać o to, by nadmierne pobudzenie nie narastało w wyniku bardzo żywiołowych gier.

Ekspozycja na światło telewizora, tabletu lub komputera przed snem – nawet przez krótki czas – zaburza sen

* Oświetlenie i czas przed ekranem

Niektórym dzieciom pomaga roleta zaciemniająca lub zasłony w sypialni, zwłaszcza latem, gdy późno robi się ciemno. Zaleca się rezygnację z ekranów na godzinę przed snem.

* Napój

Wieczorny napój może być elementem rutyny sygnalizującym, że zbliża się pora snu. Zwracamy rodzicom uwagę, by unikali napojów z dodatkami mogącymi utrudniać zasypianie oraz zbyt dużej ilości płynów, która powoduje nocne wizyty w toalecie. Mleko zawiera aminokwas sprzyjający zasypianiu, dlatego szklanka mleka przed snem może być pomocna.

* Czytanie na dobranoc

Gdy to możliwe, proponujemy czytanie dziecku w łóżku, aby pomóc mu wyciszyć się przed snem. Warto zwrócić uwagę na treść książki, jeśli dziecko silnie reaguje na bardzo dynamiczne lub straszne historie.

Ciepła szklanka mleka i opowieść na dobranoc mogą pomóc dziecku się zrelaksować i przygotować do snu

* Radzenie sobie z rozstaniem

Niektóre dzieci niechętnie zostają same w łóżku. Wspólnie z rodzicami rozważamy, czy pomocne mogą być tzw. przedmioty dające poczucie bezpieczeństwa (np. pluszak, ulubiony kocyk), smoczek czy ssanie kciuka. Gdy dziecko jest starsze, rodzice mogą chcieć z tego zrezygnować, jednak w okresie nasilenia jękania nie zawsze jest to dobry moment – wtedy proponujemy odłożenie tej zmiany w czasie.

Rodzice czasem mówią, że kładą się obok dziecka, dopóki nie zaśnie. Omawiamy konsekwencje takiego rozwiązania, jeśli oznacza ono, że dziecko nie potrafi zasnąć bez obecności dorosłego (np. gdy opiekuje się nim ktoś inny). Zachęcamy też do stopniowego uczenia dziecka samodzielnego zasypiania. Choć nocne przebudzenia są czymś zupełnie normalnym, dziecko powinno umieć ponownie zasnąć. Jeśli jest przyzwyczajone do tego, że rodzic leży obok niego i głaszcze je do snu, po przebudzeniu w nocy będzie mu znacznie trudniej ponownie zasnąć bez takiej samej pomocy.

* Radzenie sobie z lękami

Rodzice często mówią nam, że dziecko ma trudności z zasypianiem, ponieważ się boi. Pomagamy im szukać sposobów poradzenia sobie z tymi obawami. Wiele dzieci boi się ciemności – pomocne może być delikatne światło nocne, pozostawienie uchylonych drzwi do sypialni lub przygaszenie światła. Dzieci mogą też bać się odgłosów albo cieni rzucanych przez przedmioty w pokoju (np. plakat czy figurki). Rodzice mogą zmniejszyć te lęki, zachęcając dziecko do mówienia o swoich obawach i wspólnie z nim sprawdzając, co jest źródłem dźwięku czy cienia. Dziecko może odczuwać mniejszy

strach, gdy odkryje, że stukanie to kaloryfer, a nie potwór. Jeśli dziecko jest wrażliwe na hałas, pomocna bywa spokojna muzyka w tle.

7 Inne trudności związane ze snem: Rodzice czasem zgłaszają także inne problemy dotyczące pory kładzenia się spać i snu dziecka.

* Pozwalanie dziecku na zasypianie na dole

Dziecko może woleć zasypiać na kanapie przed telewizorem razem z resztą rodziny, a potem być przenoszone do łóżka. Wspólnie z rodzicami omawiamy kwestię tego, że dziecko nie uczy się wtedy samodzielnie zasypiać.

* Nocny gość

Dziecko może budzić się w nocy i przychodzić do sypialni rodziców. Może utrwalić się nawyk wchodzenia do łóżka rodziców, czemu trudno się oprzeć, bo jest to najszybszy sposób, by wszyscy znowu zasnęli. Czasem trzeba zachęcić rodziców do stopniowego przerywania tego zwyczaju – odprowadzania dziecka do jego łóżka i wspierania go w ponownym samodzielnym zaśnięciu. Może to oznaczać kilka trudniejszych nocy, ale w dłuższej perspektywie jest korzystne dla wszystkich.

* Koszmary senne i lęki nocne

Koszmary senne są bardzo częste u dzieci między trzecim a szóstym rokiem życia. Dziecko, które obudzi się po koszmarze, zwykle potrzebuje pocieszenia i zapewnienia o bezpieczeństwie, zanim ponownie zaśnie. Możemy zaproponować rodzicom, by poszukali możliwego źródła koszmarów – niektóre dzieci silnie reagują na treści z bajek i telewizji albo na własne doświadczenia. Następnie można ograniczyć kontakt z tym, co może je niepokoić. Ponieważ częstą przyczyną koszmarów jest przemęczenie, ważna jest dobra wieczorna rutyna i odpowiednia ilość snu.

Lęki nocne są stosunkowo częste u dzieci między 3 a 8 rokiem życia, zwykle nasilają się około 3 i pół roku i często mijają samoistnie. Pojawiają się we wcześniejszej fazie snu, nierzadko zanim rodzice sami pójdą spać. Dziecko jest wtedy, jak gdyby częściowo wybudzone, w silnym pobudzeniu – może krzyczeć i się trząść. Przypomina to stan podobny do lunatykowania: nie jest w pełni świadome i nie wie, co się dzieje. Odradzamy budzenie dziecka – lepiej zapewnić mu bliskość i poczucie bezpieczeństwa. Zwykle samo ponownie zasypia, a rano niczego nie pamięta.

* Ranny ptaszek

Niektóre dzieci naturalnie bardzo wczesnie się budzą i może to oznaczać, że ilość snu jest dla nich wystarczająca. Jeśli jednak wczesne wstawanie sprawia, że w ciągu dnia są nadmiernie zmęczone, rodzice mogą potrzebować pomóc mu ponownie zasnąć lub dospać do późniejszej godziny. Jeśli dziecko budzi poranne światło, możemy zaproponować zasłony zaciemniające. Znajomość godziny również potrafi być pomocna – nawet małe dziecko może nauczyć się rozpoznawać na zegarze cyfrę 7, a zegar cyfrowy z zasłoniętymi minutami może sygnalizować, kiedy wolno wstać. Dostępne są także specjalne zegary dla młodszych dzieci, które pokazują, że nadszedł czas wstawania. Jeśli rodzice mówią, że dziecko nie potrafi ponownie zasnąć, możemy zaproponować, aby zachęcać je do spokojnego odpoczynku w łóżku – może pobawić się zabawką, pooglądać książeczki lub posłuchać nagranych bajek – aż do pory wstawania.

8 Wzmacnianie zmiany: Dotychczasowy sposób zasypiania lub spania mógł przynosić dziecku określone korzyści, dlatego u niektórych dzieci wprowadzenie zmiany wymaga dodatkowej motywacji. Na

przykład dziecko, które lubi wchodzić do ciepłego i dającego poczucie bezpieczeństwa łóżka rodziców, może nie widzieć powodu, by z tego zrezygnować.

Systemy nagród mogą być bardzo pomocne we wzmacnianiu zmiany. Proponujemy rodzicom przygotowanie razem z dzieckiem tabeli z gwiazdkami. Dziecko otrzymuje gwiazdkę za każdą noc, kiedy zostaje w swoim łóżku o ustalonej porze, przespia noc we własnym łóżku lub nie wstaje przed 7:00. Czasem rodzice umawiają się z dzieckiem, że za pięć gwiazdek dostanie drobną nagrodę, np. wyjście do parku albo niedrogą zabawkę. Dla niektórych dzieci same gwiazdki są już wystarczającą nagrodą. Zob. Rozdział o tabelach z nagrodami na s. 187.

Pomaganie dziecku w zmianie nawyków związanych ze snem:

- * *Unikanie przed snem pobudzających bodźców i nadmiernych emocji*
- * *Ustalenie stałej pory kładzenia się spać*
- * *Stworzenie wieczornej rutyny*
- * *Radzenie sobie z czynnikami zakłócającymi sen*
- * *Nagradzanie zachowań będących celem zmiany*

Studium przypadku Jake, 6 lat

Męczliwość

Sesja trzecia

Mama Jake'a otrzymała opracowanie „Męczliwość” (zob. Aneks XXIV) do przeczytania, uzupełnienia i przemyślenia w domu.

Sesja czwarta

Omówiono opracowanie „Męczliwość”. Mama Jake'a martwiła się, że chłopiec zbyt mało śpi i - to ma wpływ na jego jękanie. Powiedziała, że często kładzie się spać późno i że gdy już pójdzie do łóżka, potrzebuje dużo czasu, aby się wyciszyć i zasnąć. Przyznała, że wcześniej nie zdawała sobie sprawy z wpływu korzystania z wysokich technologii przed snem na zdolność dziecka do zasypiania i że zamierza to zmienić. Po uzgodnieniu z Jake'em ustalono wcześniejszą porę snu oraz wprowadzono tabelę z gwiazdkami. Chłopiec zdecydował, że jego nagrodą będzie magazyn piłkarski. Poproszono go, by przemyślał, co może zrobić, aby regularnie chodzić spać o dobrej porze. zaproponował kilka pomysłów, m.in. wcześniejszą kąpiel wieczorem i czytanie przed snem, aby się wyciszyć. Mama Jake'a powiedziała, że pomocne byłoby przygotowywanie wcześniej kolacji, zamiast dopiero po powrocie z zajęć, tak aby rodzina jadła posiłek o wcześniejszej porze.

Sesja piąta

Jake i jego mama przygotowali na komputerze tabelę z gwiazdkami –obrazkiem łóżka, dniami tygodnia oraz informacją u dołu: „5 gwiazdek = magazyn piłkarski”. Od momentu jej wprowadzenia Jake zdobył trzy gwiazdki i był z siebie bardzo zadowolony. Opowiadał, co robił,

żeby zdążyć do łóżka na czas – m.in. prosił brata, żeby powiedział mu, która jest godzina, pamiętał o włożeniu brudnych ubrań do kosza po kąpeli i o zamknięciu drzwi do swojego pokoju. Mama Jake’a przyznała, że ustalenie czasu korzystania z wysokich technologii było pewnym wyzwaniem. Uzgodnili jednak, że Jake może „odłożyć” niewykorzystany w tygodniu czas ekranowy na dłuższą sesję w weekend. Dodała też, że nadal musi lepiej zorganizować pory posiłków. Rozmawialiśmy o tym, czy pomocny byłby tygodniowy plan posiłków.

Sesja szósta

Wieczorna rutyna w tym tygodniu przebiegała na ogół dobrze i Jake zdobył już 5 gwiazdek. Po sesji mieli iść do kiosku po magazyn piłkarski. Jake’owi bywało trudno kłaść się spać wcześniej niż jego brat. Omówiono to, podkreślając, jak ważne jest dla starszego brata poczucie wyjątkowości wynikające z bycia najstarszym w rodzinie. Mama Jake’a powiedziała również, że problemem bywało chodzenie spać o czasie w dni treningów piłkarskich – Jake wracał do domu późno i musiał jeszcze wziąć kąpiel oraz zjeść przekąskę przed snem. Uzgodniono, że w te dni pora jego snu może być nieco późniejsza.

Wysokie standardy

Wysokie standardy a jąkanie

Wspieramy rodziców i dziecko, gdy stawia sobie bardzo wysokie wymagania

Niektóre dzieci zdają się rodzić z naturalną potrzebą robienia wszystkiego jak najlepiej. Mogą być również bardzo nastawione na rywalizację i nigdy nie satysfakcjonuje ich drugie miejsce. Spóźnienie się, wyjeżdżanie poza linię przy kolorowaniu, przegrana w grze, popełnienie błędu, trudność z zapięciem guzika – każda z tych sytuacji może wywołać silne zdenerwowanie lub frustrację. Dziecko może chcieć zadowolić innych i sprawić, by wszyscy byli usatysfakcjonowani. Jeśli stawia sobie wyjątkowo wysokie wymagania lub jest bardzo nastawione na współzawodnictwo, może doświadczać trudności w różnych obszarach, także w mówieniu.

Społeczeństwo często stawia przed dziećmi bardzo wysokie wymagania i nagradza je za ich spełnianie. Nauczyciele cenią starannie wykonane prace, dokładne rysunki i dbałość o szczegóły. Rodzice doceniają dziecko, które jest z natury uporządkowane lub które wykonuje zadania bardzo rzetelnie. Duch rywalizacji bywa podziwiany – na przykład w sporcie czy w osiągnięciach szkolnych. Dziecko, które stawia sobie bardzo wysokie wymagania, zwykle otrzymuje więc dodatkowe wzmocnienie takiej postawy, zamiast zachęty do jej złagodzenia. w rezultacie wywiera na siebie coraz większą presję, by wszystko zrobić perfekcyjnie, być lepszym i nie akceptować błędów ani drugiego miejsca.

Niektóre dzieci jękające się mogą zdawać sobie sprawę, że ich mowa różni się od sposobu wypowiadania się rówieśników. Jeśli dziecko jest bardzo wrażliwe, może jeszcze bardziej dostrzegać momenty jękania. Jeżeli dodatkowo stawia sobie wysokie wymagania, może być mniej tolerancyjne wobec własnego jękania

i reagować na nie bardziej intensywnie, co z kolei może zwiększać częstość momentów zająknięć. Może też próbować kontrolować swój sposób wypowiedzi albo go ukrywać.

Rodzice mogą odegrać kluczową rolę we wspieraniu dziecka, które stawia sobie bardzo wysokie wymagania.

Pomaganie rodzicom we wspieraniu dziecka, które stawia sobie bardzo wysokie wymagania

- 1 Opracowanie dla rodziców: Pod koniec sesji poprzedzającej spotkanie poświęcone wysokim standardom przekazujemy każdemu rodzicowi materiał „Wysokie standardy a jąkanie” (zob. Aneks XXV). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania, rozważyli zawarte w nim sugestie, a następnie przynieśli go na kolejną sesję.
- 2 Informacja zwrotna: Na kolejnej sesji pytamy rodziców o ich opinię na temat materiału i omawiamy to, co w nim zanotowali.
- 3 Dyskusja: „Zalety i wady perfekcjonizmu”. Prosimy rodziców, aby zastanowili się nad korzyściami i kosztami stawiania sobie przez dziecko bardzo wysokich wymagań, a także wspólnie rozważamy wartość podejścia „wystarczająco dobrze”.
- 4 Dyskusja: „Model niedoskonałości”.

Reakcje rodziców

Jest bardzo prawdopodobne, że dziecko, które stawia sobie wysokie wymagania, ma jednego lub oboje rodziców, którzy postępują podobnie. Może to wynikać z wrodzonych predyspozycji lub z wpływu środowiska, ale w każdym przypadku rodzic prawdopodobnie świadomie lub nieświadomie wzmacnia takie cechy. Jeśli dziecko ma nauczyć się stawiać sobie nieco niższe wymagania, rodzic może najpierw sam potrzebować modelować takie zachowanie. Rodzic może pomóc dziecku zrozumieć, że bycie dorosłym czy rodzicem nie polega na tym, by zawsze robić wszystko bezbłędnie: w życiu zdarzają się niepowodzenia – możemy stracić pracę, mieć stłuczkę, oblać egzamin. Obserwując, jak rodzice radzą sobie z takimi sytuacjami, dzieci uczą się wyznaczać własne standardy oraz reagować wtedy, gdy nie zostaną one osiągnięte.

Kiedy więc rodzic wraca z pracy i mówi, że miał trudny dzień i coś mu nie wyszło, ma okazję pokazać dziecku, że niedoskonałość jest czymś dopuszczalnym. Można to również modelować w drobnych codziennych sytuacjach – gdy rodzic popełni błąd, coś upuści, zgubi lub zrobi coś nie tak. Reakcja rodzica stanowi wtedy przykład tego, jak można podchodzić do „pomyłek”. Naturalną reakcją może być złość, napięcie, a nawet poczucie katastrofy, że coś poszło nie tak. Natomiast model niedoskonałości zakłada bardziej spokojną reakcję – zauważenie tego, co się wydarzyło i przyjęcie tego jako czegoś, co od czasu do czasu się zdarza. Rodzic może też opowiedzieć dziecku o błędach, które sam popełnił w przeszłości.

Aby pomóc rodzicom zastanowić się, jak mogą prezentować „model niedoskonałości”, pytamy ich:

- * „W jaki sposób twoja reakcja na własne błędy może pomóc dziecku obniżyć jego nierealistyczne wymagania?”

Jeśli dziecko widzi zdenerwowanie rodzica z powodu tego, że obiad się nie udał, właśnie tego się uczy.

Ojej. Ale ze mnie gapa – zapomniałem włączyć piekarnik”.

„Ups, niezdarne ręce. To już druga rzecz, którą dziś upuściłem”.

„Znowu zgubiłem klucze. No cóż, użyję zapasowych”.

„Popatrz tylko – zapiąłem guziki zupełnie krzywo!”.

Jeśli dziecko obserwuje swoich rodziców popełniających błędy i reagujących na nie spokojnie i bez nadmiernych emocji, jego sposób postrzegania własnych standardów może zacząć się zmieniać. Zobaczmy też inne sposoby reagowania, gdy coś mu nie wychodzi.

* „Kiedy twojemu dziecku coś nie wyjdzie tak, jak chciało, jak możesz zareagować, aby pomóc mu obniżyć jego wygórowane oczekiwania wobec siebie?”.

Reakcja rodzica na próby podejmowane przez dziecko jest równie ważna – warto koncentrować się na tym, co się udało, zamiast na błędach, np.: „Użyłeś w tym rysunku tylu różnych kolorów, musiałeś włożyć w to mnóstwo pracy”.

5 Rodzice mogą także wspierać dzieci stawiające sobie wysokie wymagania, zastanawiając się, czy swoimi reakcjami nie wzmacniają tych tendencji. Już w wieku przedszkolnym rywalizacja jest bardzo silna, a społeczeństwo nagradza zwycięzców, pomijając, a czasem nawet „karząc” przegranych. Przedszkolne zawody sportowe, lekcje pływania z odznakami i dyplomami, wybieranie do śpiewu lub tańca, pokazywanie „najlepszych” prac plastycznych czy modeli – przykładów ducha rywalizacji i nagradzania „najlepszych” jest nieskończenie wiele. w szkole środowisko to staje się jeszcze bardziej intensywne – sprawdziany z pisowni, poziomy czytania, tabele wyników, punkty dla domów, egzaminy zewnętrzne. Dziecko nieustannie otrzymuje komunikaty o tym, jak bardzo jest „sukcesem” lub „porażką”, a rodzic może tę narrację wzmacniać albo równoważyć. Na przykład:

* Dziecko: „Dostałem 8 na 10 ze sprawdzianu z pisowni”.

Możliwe reakcje:

* Rodzic: „A ile dostały inne dzieci?”.

* Rodzic: „Które wyrazy napisałeś źle?”.

* Rodzic: „O nie, przecież tak ciężko nad tym pracowałeś!”.

* Rodzic: „Robisz postępy. Może w przyszłym tygodniu będzie dziewięć”.

* Rodzic: „Brawo – w tym tygodniu nauczyłeś się wielu nowych słów”.

Rodzice mogą również pomagać dzieciom stawiającym sobie wysokie wymagania, dbając o to, by pochwały były konkretne – poprzez opisanie, co dziecko zrobiło, aby na nie zasłużyć oraz odniesienie się do włożonego wysiłku lub zastosowanej strategii, zamiast skupiania się wyłącznie na wyniku. Na przykład zamiast: „Świetnie – już potrafisz sam założyć skarpetki”, można powiedzieć: „Widziałem, jak bardzo się skupiałeś, żeby założyć skarpetki. To było trochę trudne. Nie poddałeś się i udało ci się zrobić to samemu”.

U dzieci, które wywierają na sobie silną presję osiągnięć, określenia takie jak „odważny”, „artystyczny” czy „utalentowany” mogą być mniej pomocne, ponieważ mogą je traktować jako cechy, które muszą zawsze potwierdzać. Może to prowadzić do unikania wyzwań, aby nie ponieść porażki. w przypadku tej

grupy dzieci bardziej skuteczne mogą być sposoby chwaleń opisane w części „Budowanie u dziecka wiary w siebie”.

Ucząc rodziców, by precyzyjnie nazywali, za co chwalą dziecko, możemy także unikać w pochwałach słów „perfekcyjnie” czy „idealnie”, które mogą skłaniać dzieci do stawiania sobie jeszcze wyższych wymagań. Na przykład zamiast: „Zrobiłeś to idealnie”, „Jaki perfekcyjny dom narysowałeś” rodzice mogą powiedzieć: „Podoba mi się, jak narysowałeś swój dom – drzwi i okna wyglądają zupełnie jak w naszym domu. Ale się skupiłeś!”.

Jeśli wysokie standardy dziecka zaczynają zakłócać jego codzienne funkcjonowanie, warto rozważyć skierowanie go do psychologa.

Radzenie sobie z zachowaniem dziecka

Zachowanie a jękanie się

Wielu rodziców ma trudność z radzeniem sobie z konkretnymi aspektami zachowania swojego dziecka. Nie uważamy, że dziecko, które się jąka, przejawia więcej trudnych zachowań niż inne dzieci, jednak sama obecność jękania może utrudniać rodzicom znalezienie najlepszego sposobu reagowania.

Napad złości w supermarkecie, niechęć do pójścia spać czy „zachowania antyspołeczne” mogą stanowić szczególne wyzwanie dla rodziców, którzy martwią się jękaniem dziecka i zauważają, że nasila się ono, gdy dziecko jest zdenerwowane. Rodzice mogą wtedy robić wszystko, by utrzymać spokój, pozwalając na zachowania, które normalnie nie byłyby akceptowane, aby uniknąć konfrontacji z dzieckiem. Może to prowadzić do stosowania wobec dziecka, które się jąka, innego zestawu zasad – co bywa trudne, niezrozumiałe i frustrujące dla rodzństwa. Czasem powoduje to zacieranie się granic, co z kolei może nasilać kolejne trudności wychowawcze. Taki sposób postępowania – oparty na odmiennych lub niejasnych zasadach – zwykle nie jest celowy ani w pełni uświadomiony. Często jest to po prostu intuicyjna reakcja na jękanie i towarzyszący mu niepokój.

Kiedy rodzice mówią, że trudno im radzić sobie z zachowaniem dziecka, omawiamy z nimi to, co obecnie robią oraz alternatywne sposoby poradzenia sobie z tą sytuacją.

„Ale jeśli go upomnę, będzie się jeszcze bardziej jąkał!”.

- 1** Opracowanie dla rodziców: Pod koniec sesji poprzedzającej spotkanie poświęcone zachowaniu przekazujemy każdemu z rodziców materiał „Radzenie sobie z zachowaniem dziecka” (zob. Aneks XXVI). Prosimy, aby przeczytali go w domu, odpowiedzieli na pytania, rozważyli proponowane wskazówki i przynieśli go na kolejne spotkanie.
- 2** Informacja zwrotna: Na następnej sesji pytamy rodziców, co sądzą o materiale i omawiamy to, co w nim zanotowali.
- 3** Dyskusja: Wspólnie z rodzicami analizujemy, co dzieje się, gdy dziecko zachowuje się niewłaściwie – co robi dziecko, jak reagują rodzice i jaka jest odpowiedź dziecka. Czasem prosimy rodziców, aby zastanowili się, jak poradziłoby sobie w tej sytuacji, gdyby dotyczyła ona innego dziecka, które nie współpracuje. Może to pomóc im znaleźć alternatywną strategię postępowania, choć często

potrzebują wsparcia i upewnienia się, że potrafią ją wprowadzić w życie. Omawiamy także konsekwencje braku jasno wyznaczonych granic lub stosowania innych granic wobec dziecka, które się jąka. Niektóre starsze dzieci, które się jąkają, same zauważają, że jąkanie przynosi im czasem pewne korzyści – na przykład rodzic lub nauczyciel jest wobec nich mniej surowy albo nagina zasady.

- 4** Jak zachęcić dziecko do współpracy: Korzystamy z modelu Faber i Mazlish (1980) oraz Faber i King (2017), aby pomóc rodzicom radzić sobie z trudnymi zachowaniami dziecka. Model ten jest opisany w materiale informacyjnym i obejmuje następujące kroki:

i Opisz problem

Rodzic opisuje dziecku, na czym polega problem lub co widzi – w sposób rzeczowy Dzięki temu znika element obwiniania, a dziecko otrzymuje jasną wskazówkę, co może zrobić, zachowując przy tym przestrzeń do samodzielnej decyzji. Na przykład:

„Podłoga jest cała w zabawkach – nie ma gdzie przejść”.

„Spóźnisz się do przedszkola”.

„Ta szczoteczka do zębów nie była dziś używana”.

ii Przekaż informację

To również pomaga dziecku zrozumieć, co powinno zrobić. Na przykład:

„Zabawki się psują, kiedy się po nich chodzi”.

„Muszę się ubrać, żebyśmy zdążyli do przedszkola”.

„Jeśli nie używamy szczoteczki do zębów, mogą zrobić się w nich dziury”.

iii Powiedz to jednym słowem

Jedno słowo bywa często skuteczniejsze niż długie wyjaśnienia. Dziecko może „wyłączyć się” przy długich wypowiedziach. Na przykład:

„Zabawki”.

„Przedszkole”.

„Zęby”.

iv Powiedz o swoich uczuciach

Rodzic może szczerze powiedzieć, co czuje, nie atakując słownie dziecka. Na przykład:

„Nie lubię patrzeć na ten bałagan”.

„Jestem zmęczona ciągłym proszeniem cię o ubranie się”.

„Martwię się o twoje zęby, bo próchnica naprawdę boli”.

v Napisz wiadomość

Czasem zapisanie czegoś jest skuteczniejsze niż powiedzenie. Dziecko, które jeszcze nie czyta, zapyta wtedy, co jest napisane. Na przykład:

„Uwaga. Nie wchodzić. Zagrożenie – zabawki”.

„Do przedszkola wchodzi tylko ubrane dzieci”.

„Proszę, używaj mnie” (na szczoteczce do zębów).

Zamiast tego rodzic może narysować obrazek lub znak dla dziecka.

vi Postaw na formę zabawową

Małe dzieci często reagują pozytywnie, gdy rodzic wprowadza element zabawy.

Na przykład spraw, aby zabawki „mówiły” śmiesznym głosem: „Podnieś mnie, proszę! Boję się, że ktoś na mnie nadeptnie i mnie zgniecie!”.

Udawajcie: „Zabawa w motyle, które lubią nosić ładne sukienki. Najpierw spodnie, potem sukienka”.

Zamień zadanie w grę: „Myślisz, że potrafisz umyć zęby z zamkniętymi oczami?”.

- 5** Rozwiązywanie problemów: Rodzice często mówią nam, że czują się bezradni, gdy zmagają się z jakimś problemem. Mogą mieć poczucie, że próbowali już wszystkiego i nic nie działa. Uczymy rodziców, jak korzystać z metody rozwiązywania problemów. Może to być pomocne, ponieważ sprzyja twórczemu myśleniu, pozwala wygenerować wiele możliwych rozwiązań, a tym samym otwiera nowe możliwości.

Rozwiązywanie problemów może przyjąć formę prostej rozmowy, w której rodzic opisuje problem, a następnie pyta dziecko, co jego zdaniem należałoby zrobić:

„Wygląda na to, że mamy tu problem. Ciągle proszę cię o posprzątanie zabawek, a ty nie chcesz tego robić, potem się złościę i jest to nieprzyjemne dla nas obojga. Jak myślisz, co powinnam z tym zrobić?”.

Ta prosta forma rozwiązywania problemów jest szczególnie przydatna w pracy z młodszym dzieckiem.

Alternatywnie rodzice mogą wykonać pisemne ćwiczenie z rozwiązywania problemów. Można je przeprowadzić z całą rodziną albo tylko z dzieckiem.

Kolejne etapy opisane w opracowaniu są następujące:

i Wybierz problem

Ktoś wskazuje problem, który ma w codziennym życiu. Musi to być jego własny problem, a nie coś, co przeszkadza mu u kogoś innego.

Na przykład: Mama chce rozwiązać problem ciągłego zmęczenia rano. Może doprecyzować, dlaczego tak się dzieje: „Budzę się, kiedy _____ przychodzi do mojego łóżka, robi mi się gorąco i jest tak ciasno, że przewracam się z boku na bok”. Następnie zapisuje problem, np.: „Mój problem polega na tym, że nie mogę spać w nocy i codziennie jestem bardzo zmęczona...”.

ii Burza mózgów – różne rozwiązania

Każdy, także mama, po kolei proponuje możliwe rozwiązanie problemu, a wszystkie pomysły są zapisywane. Aby pobudzić kreatywne myślenie, na tym etapie nie komentuje się żadnej propozycji. Burza mózgów trwa, aż wszystkie pomysły zostaną zanotowane.

iii Oceń pomysły

Osoba, której dotyczy problem – w tym przypadku mama – krótko rozważa każdą propozycję osobno i ocenia jej możliwe konsekwencje. Następnie decyduje, czy dany pomysł przyjmuje, czy odrzuca.

iv Uszereguj pomysły

Wybiera rozwiązanie, które spróbuje w pierwszej kolejności. Pozostałe pomysły porządkuje według preferencji, aby można było je wypróbować, jeśli pierwsze rozwiązanie okaże się nieskuteczne. Uszeregowaną listę się zapisuje.

v Wypróbuj!

Mama jest zachęcana przez pozostałych do wypróbowania wybranego rozwiązania i przekazania informacji zwrotnej o tym, co się wydarzyło.

Jedną z wielu zalet tej metody jest to, że zachęca dzieci do pomagania rodzicom w rozwiązywaniu problemów, co może stanowić odwrócenie tradycyjnych ról. Większość osób reaguje pozytywnie na prośbę o pomoc – czują się potrzebne, ich zdanie jest ważne. Dzieci potrafią być bardzo pomysłowe i mogą pomóc rodzicom myśleć „nieszablonowo”. Mogą wnieść nieoczekiwane spojrzenie na sytuację. Sam fakt, że dzieci chcą pomóc, może zmienić dynamikę problemu. w ten sposób uczą się także rozwijać własne umiejętności rozwiązywania trudności, zamiast polegać wyłącznie na tym, że to rodzice zawsze znajdują rozwiązanie.

- 6 Zmiana perspektywy – zauważanie tego, co się udaje: w części „Budowanie u dziecka wiary w siebie” przedstawiono model koncentrowania się na pozytywnych aspektach zachowania dziecka i na konkretnym opisywaniu tego, co zrobiło dobrze. Daje to dziecku pozytywną informację zwrotną za coś, co rodzice chcą wzmacniać i może pomóc w przekształceniu trudnego zachowania w zachowanie pożądane. Nam wszystkim łatwiej jest skupiać się na zachowaniach niepożądanych, przez co nie dostrzegamy tego, co przebiega dobrze. Ustrukturyzowany program chwalenia i prowadzenie pisemnego dziennika mogą pomóc w zmianie tej perspektywy, co w niektórych przypadkach prowadzi do ograniczenia niepożądanych zachowań.

Wprowadzanie tablic z gwiazdkami

Pomagamy rodzicom rozwijać umiejętność stosowania tablic z gwiazdkami jako narzędzia kształtowania zachowania dziecka, zgodnie z opisem w opracowaniu.

- * Pomagamy rodzicom wprowadzić tablicę z gwiazdkami w porozumieniu z dzieckiem, z ustalonym celem i systemem nagród.
- * Ustalamy wspólnie z rodzicami i dzieckiem, jaki jest cel. Powinien on być możliwie jak najbardziej konkretny, np. „ubieranie się samodzielnie”. Pomaga to dziecku zrozumieć, czego się od niego oczekuje, a rodzicom – jasno określić, jakie zachowanie będą wzmacniać. Cele ogólne, takie jak „grzeczne zachowanie”, są otwarte na różne interpretacje i trudne do zmierzenia lub osiągnięcia.
- * Zachęcamy rodziców, aby wyznaczali tylko jeden cel naraz, żeby był on dla dziecka jasny i możliwy do osiągnięcia. Rodzice mogą mieć pokusę dodawania kolejnych elementów, np. „ubranie się samodzielnie przed śniadaniem”, zwłaszcza gdy tablica zaczyna działać. Wówczas jednak dziecko ma

się ubrać samo i zrobić to przed śniadaniem – to jak przesuwanie bramki i może stać się mylące dla wszystkich, jeśli dziecko spełni tylko część warunku.

- * Prosimy rodziców, aby zapisali cel i narysowali pola, w których będą umieszczane gwiazdki. Na tablicy można uwzględnić dni tygodnia, aby było to pomocne. Rodzice uzgadniają z dzieckiem, że otrzyma gwiazdkę (lub naklejkę, pieczątkę czy znaczek), gdy zauważą osiągnięcie ustalonego celu.
- * Gdy w wychowaniu uczestniczy dwoje rodziców, prosimy oboje o stosowanie systemu tablicy z gwiazdkami, choć trzeba ustalić, kto będzie wręczał dziecku nagrodę.
- * Zachęcamy rodziców, aby nagradzali zachowanie możliwie jak najszybciej, tak aby wzmocnienie było natychmiastowe i zależne od zachowania. Opóźnione lub niespójne wzmocnianie traci swoją moc.
- * Odradzamy rodzicom odbieranie dziecku zdobytych gwiazdek.
- * Niektórzy rodzice ustalają nagrodę za określoną liczbę zdobytych gwiazdek, np. po 5 gwiazdkach dziecko idzie do parku. Oczywiście może to zwiększyć motywację dziecka do zdobywania gwiazdek, jednak zachęcamy rodziców do wybierania nagród o niewielkiej wartości materialnej. Zwierzę domowe czy wakacje mogą być trudne do zrealizowania, jeśli w przyszłości dziecko będzie potrzebowało kolejnego systemu nagród.
- * Zachęcamy dziecko, aby przyniosło swoją tablicę z gwiazdkami na kolejną sesję.
- * Tablice z gwiazdkami są zazwyczaj metodą krótkoterminową służącą wprowadzeniu zmiany w zachowaniu. Najlepiej nie korzystać z nich zbyt długo. Gdy zmiana się utrwali, konkretne wzmocnienia mogą przestać być potrzebne, choć czasami trzeba przypominać rodzicom, aby nadal zauważali pozytywne zachowania dziecka i je chwalili.

Rutyny

Rutyna a jąkanie

Podczas wywiadu pytamy rodziców, czy ich dziecko lubi mieć ustalony plan dnia. Wydaje się, że niektórym dzieciom rutyna nie jest szczególnie potrzebna, jednak wielu rodziców mówi nam, że ich dziecko wyraźnie ją preferuje, np. lubi stałą sekwencję czynności przed snem. Gdy życie rodzinne jest bardzo intensywne, część rodziców zauważa, że wprowadzenie rutyny pomaga im lepiej się zorganizować.

Czasami rodzice łączą nasilenie jąkania u dziecka ze zmianami w codziennym rytmie dnia. Na przykład dziecko może jąkać się bardziej podczas wyjazdu na wakacje, kiedy dotychczasowe schematy dnia nie obowiązują. Dotyczy to zwłaszcza dzieci, którym trudniej przystosować się do zmian.

Rodzice mogą również powiedzieć, że ich zdaniem większa przewidywalność w życiu rodzinnym mogłaby sprzyjać płynności mowy dziecka. Uważają, że gdy dziecko wie, co się wydarzy, daje mu to poczucie bezpieczeństwa i spokoju, a w konsekwencji może ono jąkać się mniej.

Wspieranie rodziców we wprowadzaniu rutyny

Ustalenie rutyny nie zawsze jest łatwe – życie rodzinne wymaga pewnej elastyczności, co może utrudniać wypracowanie stałego rytmu dnia. z naszego doświadczenia wynika jednak, że kiedy rodzice dostrzegą, że jest to dla dziecka ważne, często potrafią wprowadzić zmiany samodzielnie. Jeśli potrzebują wsparcia, wspólnie z nimi analizujemy, jak można stworzyć rutynę w warunkach domowych:

- * Omawiamy codzienne aktywności oraz to, kiedy i w jaki sposób można nadać im stały porządek.
- * Poranna rutyna przed wyjściem do przedszkola lub szkoły albo stały przebieg wieczoru przed snem często zmniejszają pośpiech i napięcie.
- * Pomocne bywa ustalenie rutyny wspólnie z dzieckiem.
- * Rodzice powinni także wyjaśnić, że czasami plan dnia będzie się zmieniał, np. w weekendy lub podczas wyjazdów.
- * W niektórych rodzinach sprawdza się zapisanie rutyny w formie wizualnego planu dnia.

Tempo życia

Rodzice czasem proszą o pomoc w spowolnieniu tempa życia rodzinnego

Rodzice często mówią nam, że ich życie rodzinne jest bardzo intensywne: oboje pracują przez wiele godzin, nierzadko także wieczorami i w weekendy. Dzieci mają liczne zajęcia dodatkowe – świetlice, zajęcia sportowe, lekcje pływania, harcerstwo, taniec – a do tego dochodzą obowiązki szkolne. Zadania domowe nierzadko pochłaniają dodatkowy czas zarówno rodziców, jak i dziecka – na przykład na ćwiczenia czytania lub uzupełnianie kart pracy.

Jąkanie

Chociaż nie ma dowodów z badań łączących intensywny, zabiegany tryb życia z jąkaniem, wielu rodziców mówi nam, że ich dziecko częściej się jąka, gdy się spieszy lub próbuje coś szybko powiedzieć – niezależnie od tego, czy presja wynika z sytuacji, czy narzuca ją samo sobie.

Niektóre dzieci bardzo martwią się pilnowaniem czasu – boją się spóźnienia do szkoły albo przegapienia początku jakiegoś wydarzenia. Taki niepokój i poczucie pośpiechu mogą niekorzystnie wpływać na wrażliwy system regulacji dziecka.

Wspieranie rodziców w zwalnianiu tempa życia

- 1 Rodzice mogą korzystać ze strategii interakcyjnych, aby pomóc dziecku nie spieszyć się i mówić we własnym tempie (zob. Rozdział 7 – Strategie interakcyjne).
- 2 Możemy pomóc rodzicom przyjrzeć się organizacji życia rodzinnego:
 - * Spisanie tygodniowego planu zajęć rodziny pomaga zobaczyć, jak wygląda logistyka codzienności.
 - * Można wprowadzić rutyny, które pozwolą zwolnić tempo.
 - * Być może da się inaczej podzielić obowiązki lub zorganizować dodatkową pomoc (np. wspólne dojazdy), aby zmniejszyć pośpiech.
 - * Warto omówić różne zobowiązania i zajęcia – także z udziałem dzieci – i zastanowić się, czy wszystkie są nadal potrzebne.
 - * Czasem można uniknąć pośpiechu w ostatniej chwili dzięki wcześniejszym przygotowaniom: spakowaniu tornistra, wybraniu ubrań na następny dzień czy przygotowaniu drugiego śniadania wieczorem. Niektórym rodzicom pomaga także wstawanie nieco wcześniej i przygotowanie się przed obudzeniem dziecka, aby poranek był spokojniejszy.

- * Dzieci mogą przejąć odpowiedzialność za część rutyny, np. sprzątanie zabawek pod koniec dnia czy samodzielne ubieranie się rano. Pomocna bywa tablica z gwiazdkami, która wzmacnia podejmowanie przez dziecko odpowiedzialności za jego część planu dnia.

Inne zagadnienia

Okresy zmian a jąkanie

Wielu rodziców mówi nam, że w czasie zmian lub zakłóceń w codziennym rytmie życia dziecko bardziej się jąka. Nie jest to zaskakujące w świetle badań nad temperamentem – dzieci jękające się mogą mieć większą trudność w przystosowaniu się do zmian w otoczeniu. Możemy pomóc rodzicom to zrozumieć, wracając razem z nimi do Modelu Palin. Przypominamy czynniki, które mogły mieć wpływ na pojawienie się i rozwój jękania, a następnie przyglądamy się nowym elementom, które pojawiły się w życiu dziecka w związku ze zmianą, aby zrozumieć, jak mogą one oddziaływać na jego mowę. Na przykład:

- * Fizjologiczne: Dziecko może być zmęczone, ponieważ śpi krócej lub jego dzień jest bardziej wymagający pod względem fizycznym.
- * Mowa, język i komunikacja: Dziecko może mówić więcej w nowym środowisku lub używać innego języka.
- * Środowiskowe: Dziecko może znajdować się w nowym otoczeniu, z innymi rutynami i większymi wymaganiami.
- * Psychologiczne: Podekscytowanie, napięcie lub lęk mogą wpływać na mowę dziecka, zwłaszcza jeśli jest ono szczególnie wrażliwe.

Wspólnie z rodzicami identyfikujemy te czynniki, a następnie omawiamy sposoby ograniczania ich wpływu, na przykład przygotowanie dziecka na zmianę i zachęcanie go do wyrażania swoich uczuć.

Utrzymanie rutyn w okresach przejściowych bywa trudne i możliwe, że rodzice przestali w tym czasie prowadzić Czas Specjalny z dzieckiem. Możemy pomóc im do nich wrócić, tak aby pojawiły się momenty, kiedy dziecko ma niepodzielną uwagę rodziców, a oni koncentrują się na stosowaniu strategii interakcyjnych, które wspierają jego mówienie.

Rozpoczynanie uczęszczania przedszkola albo szkoły do lub zmiana placówki

Możemy zaproponować, aby rodzice spróbowali przygotować dziecko do rozpoczęcia przedszkola lub szkoły, żeby zmniejszyć ewentualny lęk czy trudności z rozstaniem.

- * Wizyta lub kilka wizyt w placówce przed rozpoczęciem może pomóc dziecku oswoić się z miejscem, personelem, innymi dziećmi, aktywnościami i niektórymi elementami codziennej rutyny.
- * Dostępne są książeczki o rozpoczynaniu przedszkola lub szkoły, a pomocne mogą być rozmowy o tym, czego można się spodziewać. Choć warto budować w dziecku pozytywny obraz nowego początku, nie powinno się przedstawiać go jako czegoś nadmiernie ekscytującego – w przeciwnym razie rzeczywistość może je rozczarować i po pierwszym dniu może stwierdzić, że nie chce już tam wracać.

- * Znajomość innego dziecka, które uczęszcza do tej placówki, często ułatwia adaptację. Pomóc może umówienie się na wspólną zabawę przed rozpoczęciem.
- * Dziecku może także pomóc wybór nowego plecaka do przedszkola lub szkoły oraz zdecydowanie, co znajdzie się w nim pierwszego dnia, np. śniadaniówka, ulubiona zabawka itp.

Przedszkola i szkoły stosują różne sposoby adaptacji dziecka. w niektórych oczekuje się, że rodzic zostanie z dzieckiem przez pewien czas, stopniowo skracając swoją obecność, w innych – że pożegna się z nim pierwszego dnia rano i personel zajmie się trudnościami związanymi z rozstaniem. Charakter tych zasad może wpływać na wybór placówki przez rodziców, zależnie od temperamentu dziecka.

- * *Wizyty*
- * *Książki*
- * *Wspólne zabawy*
- * *Ulubiona zabawka*
- * *Jakie są zasady?*

Wakacje

Rodzice często zauważają, że na jąkanie dziecka wpływają zmiany między pobytem w domu a wyjazdem na wakacje albo między okresem szkolnym a przerwami od nauki. Można by oczekiwać, że w czasie wakacji, gdy nie ma presji szkolnej i tryb życia jest bardziej swobodny, dziecko będzie jąkało się mniej, jednak wielu rodziców mówi, że po przerwaniu nauki w szkole jąkanie się nasila. Może to wynikać z tego, że codzienne życie dziecka traci swój stały rytm – rezygnuje się z regularnych godzin snu, posiłki stają się bardziej przypadkowe, a w życiu jest mniej przewidywalności.

- * *Wakacyjna rutyna*
- * *Czas Specjalny na wakacjach*
- * *Przygotowanie dziecka*

- * Czasami wspólnie z rodzicami zastanawiamy się, jak podczas wakacji wprowadzić dla dziecka spójną i przewidywalną rutynę, aby wspierać jego mówienie, np. dbając o regularne posiłki i odpowiednią ilość snu.
- * Rodzice często zauważają, że pomocne jest kontynuowanie Czasu Specjalnego także na wakacjach.
- * Rodzice mówią nam również, że przygotowanie dziecka na nadchodzące zmiany – poprzez ich omawianie, pokazywanie zdjęć i odpowiadanie na pytania – jest pomocne. Budowanie nadmiernego podekscytowania może jednak przynieść odwrotny skutek.

Przeprowadzka

Przeprowadzka jest uznawana za jedno z większych życiowych obciążeń – nawet dla dorosłych! Dla niektórych dzieci może być wielką przygodą, dla innych źródłem lęku i potrzeby, by wszystko pozostało

po staremu. Jeśli dziecko jest szczególnie wrażliwe na punkcie swojej mowy, przeprowadzka może mieć na nią dodatkowy wpływ.

- * *Wizyta w nowym domu*
- * *Danie dziecku możliwości wyboru*
- * *Pamiętanie o starym domu*
- * *Rozmowa o uczuciach*

Wspólnie z rodzicami szukamy sposobów, które pomogą dziecku poradzić sobie ze zmianą:

- * Pomocne może być zabranie dziecka do obejrzenia nowego domu i omówienie nadchodzących zmian.
- * Jeśli to możliwe, dziecko może wybrać, który pokój będzie jego oraz zaplanować ustawienie mebli i swoich rzeczy.
- * Zdjęcia starego domu, ogrodu, własnego pokoju itp. mogą dodatkowo dawać poczucie bezpieczeństwa.
- * Zachęcanie dziecka do wyrażania uczuć związanych z przeprowadzką może pomóc mu lepiej sobie z nią poradzić.

Rozstanie i rozwód

Rozpad związku rodziców prawdopodobnie wpływa na życie dziecka zarówno w wymiarze praktycznym, jak i emocjonalnym, co może oddziaływać również na jego mówienie. Napięcia i konflikty w domu mogą pojawiać się w miarę pogarszania się relacji, a następnie w okresie rozdzielania życia na dwa domy, dzielenia zasobów oraz ustalania opieki i kontaktów z dzieckiem.

- * Możemy pomóc rodzicom znaleźć źródło wsparcia, np. wśród przyjaciół lub specjalistów, aby łatwiej przejść przez ten proces, co może zmniejszyć jego wpływ na dziecko. Rodzic przeżywający silny stres może mieć trudność we wspieraniu dziecka w radzeniu sobie ze złożonością tej sytuacji.
- * Jeśli rodzic mówi nam, że jest zbyt przytłoczony, by poradzić sobie zarówno z własnymi emocjami, jak i uczuciami dziecka, możemy zasugerować znalezienie dla dziecka osoby do rozmowy – np. zaprzyjaźnionego członka rodziny, nauczyciela lub nas jako terapeutów – logopedów.
- * Możemy pomóc rodzicom zrozumieć, jak trudne może być dla dziecka zachęcanie go do opowiadania się po którejś ze stron. Rozpad relacji między rodzicami nie musi oznaczać osłabienia więzi każdego z nich z dzieckiem – a utrzymanie tych relacji pomaga dziecku poradzić sobie ze zmianami.
- * To naturalne, że dziecko może w tym czasie jękać się bardziej – wyjaśniamy rodzinie, że można się tego spodziewać. Uspokajamy też, że gdy sytuacja życiowa się ustabilizuje, jękanie prawdopodobnie się zmniejszy.
- * Możemy polecić materiały i formy wsparcia dla dziecka i rodziny na ten okres (zob. rozdział z zasobami na końcu książki).

- * *Pomóż rodzicom znaleźć wsparcie*
- * *Znajdź dla dziecka osobę do rozmowy*
- * *Zachęcaj oboje rodziców do podtrzymywania relacji z dzieckiem*

Żałoba

Pomaganie dziecku w radzeniu sobie ze stratą może być trudne, zwłaszcza gdy sami rodzice przeżywają własny smutek. Temat śmierci bywa obciążony tabu i rodzice mogą czuć potrzebę chronienia dziecka przed bolesną rzeczywistością straty. Pierwszym doświadczeniem straty bywa często śmierć zwierzęcia – to moment, w którym rodzice mogą pomóc dziecku zrozumieć, czym jest śmierć i jakie uczucia się z nią wiążą. Jeśli umiera ktoś z rodziny lub bliski przyjaciel, możemy pomóc rodzinie w uzyskaniu wsparcia, np. w formie poradnictwa.

- * *Przekaż dziecku informacje*
- * *Pomóż mu okazywać uczucia*
- * *Korzystaj z książek i filmów*

Możemy wspólnie z rodzicami zastanowić się, jak pomóc dziecku poradzić sobie ze stratą:

- * Niektórym dzieciom łatwiej jest radzić sobie z sytuacją, gdy mają więcej informacji o tym, co się wydarzyło i co będzie dalej. Możemy zachęcić rodziców, by wspierali dziecko w zadawaniu pytań i pokazywali gotowość do rozmowy o tym, co się dzieje.
- * Rodzice mogą pomóc, pozwalając dziecku okazywać lub nazywać emocje, odpowiadając na jego pytania oraz dzieląc się własnymi uczuciami.
- * Często polecamy książki lub filmy, które pomagają dzieciom przeżywającym stratę. Mogą one zachęcić dziecko do rozmowy o tym, co czuje albo po prostu do płaczu. Na przykład filmy lub książki takie jak Bambi, Dumbo czy Gdzie jest Nemo.

Podsumowanie

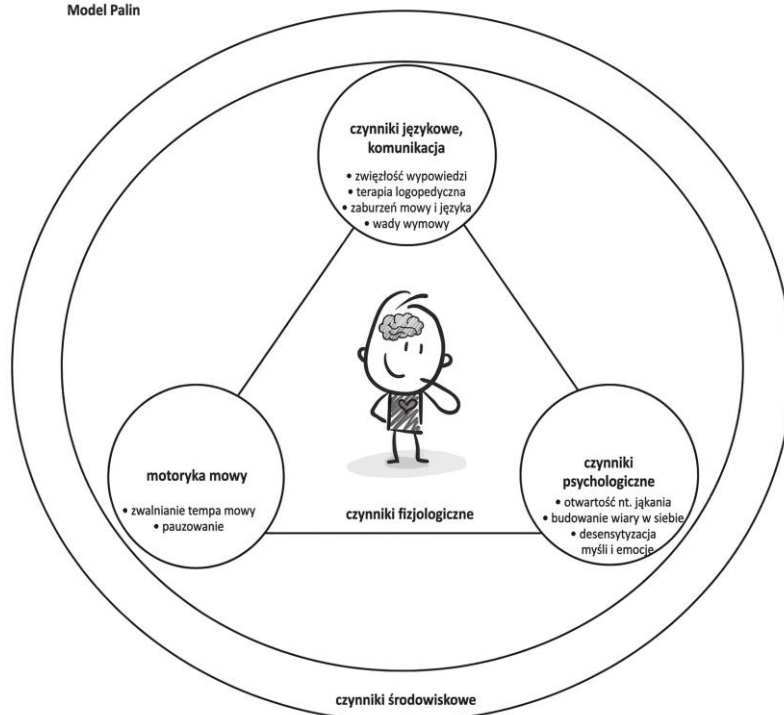
W tym rozdziale przedstawiliśmy zestaw strategii pracy z rodziną, które można stosować w pracy z dziećmi jękanymi się. z naszych doświadczeń wynika, że gdy są one wprowadzane równoległe ze strategiami interakcyjnymi opisanymi w poprzednim rozdziale, wiele dzieci nie wymaga dalszej terapii – potrzebne są jedynie wizyty kontrolne i monitorowanie. Jeśli jednak jękanie dziecka nadal budzi niepokój, w następnym rozdziale opisujemy strategię ukierunkowaną na bezpośrednią pracę z dzieckiem jako kolejny etap programu terapii.

Strategie ukierunkowane na dziecko

9

Strategie pracy z dzieckiem ⁹
Otwartość na temat jąkania
Budowanie wiary w siebie
Desensytyzacja
Myśli i emocje
Zwalnianie tempa mówienia
Pauza na zebranie myśli
Zwiężłość wypowiedzi
Terapia logopedyczna (zaburzeń mowy i języka, wad wymowy)

Model Palin



© Michael Palin Centre 2019, Kelman & Nicholas, 2020

Podsumowując dotychczasowe rozważania, terapia Palin interakcyjna rodzic-dziecko (Palin PCI) ma na celu pomóc każdemu dziecku stać się pewnym siebie i kompetentnym rozmówcą – niezależnie od tego, czy jąkanie się utrzymuje, czy nie, zmniejszyć wpływ jąkania na dziecko i jego rodziców, zwiększyć płynność mówienia dziecka, a także poszerzyć wiedzę rodziców i dziecka na temat jąkania oraz ich pewność w radzeniu sobie z nim.

Wprowadzamy strategie interakcyjne, aby rodzice coraz częściej korzystali z takich stylów komunikacji, które są pomocne dla dziecka. Przedstawiamy również strategie rodzinne, które wspierają rozwijanie pewności siebie dziecka, jego zdolności radzenia sobie z emocjami, a także pomagają w pracy nad zachowaniem i wprowadzaniu korzystnych, wspierających rutyn rodzinnych.

Nasze badania wykazały, że większość dzieci wymaga jedynie komponentu strategii interakcyjnych i strategii rodzinnych programu (zob. badania skuteczności w Rozdziale 1). Jednak niektóre dzieci, które nadal się jękają, mogą potrzebować dalszego wsparcia w zakresie swojej reakcji na jękanie, poczucia pewności siebie lub dobrostanu emocjonalnego, a także bezpośrednich strategii modyfikacji mowy lub innych umiejętności wspierających komunikację. Niektóre dzieci wyrażają chęć uzyskania większej pomocy w mówieniu i/lub zaczynają spontanicznie korzystać ze strategii. Strategie dla dziecka uczą je, co może zrobić, aby pomóc samemu sobie. Strategie interakcyjne i rodzinne stworzyły środowisko, w którym dziecko z większym prawdopodobieństwem będzie mogło z tych strategii dla dziecka korzystać. Oczekujemy, że rodzice będą nadal prowadzić Czas Specjalny, stosując swoje strategie interakcyjne z dzieckiem, a także wdrażać inne strategie rodzinne równoległe ze strategiami dla dziecka.

Podejmowanie decyzji klinicznych: bezpośrednia praca z dzieckiem

Ważne jest, aby uważnie rozważyć, czy bezpośrednia praca z dzieckiem jest stosowna. Istnieje wiele czynników, które należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji, czy, jak i kiedy pracować bezpośrednio z dzieckiem, w tym moment rozpoczęcia, dojrzałość, rozwój poznawczy, świadomość i wgląd, temperament oraz gotowość.

Musimy dokładnie rozważyć, czy bezpośrednia praca z dzieckiem jest stosowna

Szerszy kontekst

Należy najpierw rozważyć potrzebę stosowania bezpośrednich strategii w kontekście ewentualnych innych potrzeb dziecka. Obciążanie dziecka dodatkowymi wymaganiami nie byłoby pomocne, jeśli otrzymuje ono inne formy wsparcia. W niektórych przypadkach właściwe może być, aby rodzice (w razie potrzeby wspólnie z dzieckiem) zdecydowali, co jest priorytetem – czyli co najpierw, zamiast podejścia „albo–albo”.

Dojrzałość i koncentracja

Poziom dojrzałości dziecka oraz jego zdolność do kontrolowania uwagi będą wpływać na możliwość angażowania się w niektóre aktywności, zwłaszcza te wykonywane przy stoliku i wymagające siedzenia w miejscu. Jeśli zakres uwagi dziecka nie pozwala na udział w zadaniach podczas sesji, może być konieczne ponowne rozważenie decyzji o bezpośredniej pracy nad jękaniami. Bardziej odpowiednie może być wtedy skoncentrowanie się najpierw na rozwijaniu umiejętności uwagi. Możemy jednak włączać różnorodne gry i ćwiczenia ruchowe, które są aktywne i atrakcyjne dla dziecka o ograniczonej koncentracji.

Zdolności poznawcze i językowe

Umiejętności poznawcze, językowe i metajęzykowe dziecka będą decydowały o tym, jak dobrze potrafi ono rozumieć i rozmawiać o mówieniu, o myślach i emocjach oraz o innych pojęciach abstrakcyjnych. Niektóre dzieci z dodatkowymi trudnościami poznawczymi i językowymi mogą nie być gotowe na strategię dla dziecka, bardziej wymagającą pod względem językowym. Jednak część tych pojęć oraz potrzebne do nich słownictwo można wprowadzać w trakcie terapii, z uwzględnieniem poziomu rozwojowego dziecka.

Dziecko, u którego współwystępują trudności językowe, może potrzebować więcej czasu na przetwarzanie informacji i formułowanie własnych wypowiedzi. Chociaż dzieci mogą korzystać z nauki dawania sobie czasu na myślenie, wprowadzanie w tym momencie strategii modyfikacji mowy potrafi być zbyt wymagające. Dziecko z współwystępującymi trudnościami w mowie mogło już wcześniej uczestniczyć w terapii logopedycznej ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności mówienia. Jeśli sesje obejmowały jawną korektę mowy dziecka, bywa ono wrażliwsze na dalszą pracę skoncentrowaną bezpośrednio na zmianę sposobu komunikowania się.

Świadomość i wgląd

Świadomość dziecka i jego wgląd w swoje mówienie oraz jękanie będą również wpływać na zdolność angażowania się w niektóre elementy terapii bezpośredniej. Jeśli dziecko nie jest zaniepokojone swoim jękaniem i nie ma ono na nie wpływu, możemy uznać, że bezpośrednia interwencja nie jest właściwa. Jeśli jękanie wpływa na dziecko, ale jego wgląd jest ograniczony, możemy wykorzystać różne aktywności rozwijające tę świadomość, przedstawione w tym rozdziale.

Temperament

Przy rozważaniu podejścia bezpośredniego należy uwzględnić temperament dziecka, a szczególnie jego wrażliwość. Gdy dziecko jest szczególnie wrażliwe na swoje jękanie, reaguje na nie negatywnie lub wywiera na siebie presję, by przestać się jąkać, możemy zdecydować, że nie będziemy wprowadzać strategii modyfikacji mowy w bezpośredniej pracy. w takiej sytuacji bardziej odpowiednie może być skupienie się na budowaniu pewności siebie w komunikowaniu się, wspieraniu otwartości, rozwijaniu rozumienia procesu mówienia i jękania oraz pomaganiu dziecku w radzeniu sobie z emocjami, które się z nim wiążą.

Gotowość

Na końcu należy rozważyć gotowość dziecka do terapii bezpośredniej. Każda zmiana zachowania wymaga wysiłku, a modyfikacja mowy w szczególności wymaga koncentracji i samokontroli. Jeśli dziecko nie jest gotowe lub nie ma umiejętności potrzebnych do korzystania ze strategii, trudno będzie przejść od działań prowadzonych z dorosłym do ich uogólnienia.

Oczekiwania rodziców

Równie ważne, gdy myślimy o bezpośredniej pracy z dzieckiem, są czynniki związane z rodzicami. Przed terapią wielu rodziców oczekiwało, że nasze oddziaływania będą koncentrować się na dziecku –

w szczególności na nauczeniu go płynnego mówienia. Strategie interakcyjne i rodzinne kierują uwagę rodziców na całościowe funkcjonowanie dziecka i jego pewność siebie w komunikowaniu się. Ważne będzie odpowiednie urealnienie ich oczekiwań wobec efektów pracy bezpośredniej. Jeśli rodzice odczuwają silny niepokój związany z jękaniem dziecka, rozpoczęcie pracy nad modyfikacją mowy może dać odwrotne rezultaty, ponieważ może dodatkowo wzmacniać wrażliwość na jękanie. z drugiej strony, u niektórych rodziców wprowadzenie elementów modyfikacji mowy może pomóc im poczuć, że mają konkretne narzędzia wspierające mowę dziecka. w przypadku rodziców szczególnie lękowych bardziej pomocne może być kontynuowanie strategii interakcyjnych i rodzinnych oraz ewentualna praca nad odwrażliwianiem.

Priorytety rodziców

Omówienia wymagają również priorytety rodziców – mogą oni mierzyć się z konkurującymi ze sobą wymaganiami ze strony rodziny, pracy, zdrowia, a dodatkowe obciążenie związane ze wspieraniem dziecka poprzez kolejne oddziaływania może na tym etapie nie być możliwe lub nierealne czasowo.

Podejmowanie decyzji, czy, jak i kiedy pracować bezpośrednio z dzieckiem

Czy celem jest płynność mowy?

Podczas całego cyklu spotkań w ramach strategii bezpośrednich dla dziecka naszym celem pozostaje pomoc każdemu dziecku w staniu się pewnym siebie i kompetentnym rozmówcą. Wierzmy, że można to osiągnąć niezależnie od tego, czy dziecko nadal się jąka. Jednak dla wielu rodziców celem może być płynność mowy, dlatego ważne jest, aby wspierać ich w realizacji ich celów, a jednocześnie pomagać im zrozumieć znaczenie rozwijania postawy „można się jąkać i to jest w porządku”. Nie chcemy, aby spotkania w ramach strategii bezpośrednich dla dziecka koncentrowały się wyłącznie na płynności, wywierały na dziecko presję, by mówiło płynnie, ani dawały mu przekonania, że płynność jest ostatecznym celem terapii oraz że jękanie jest czymś nieakceptowalnym. Naszym przesłaniem nie jest to, że płynność jest „dobra”, a jękanie „złe”. Niezwykle ważne jest, aby – wspierając dziecko w komunikowaniu się – zadbać o jego dobrostan emocjonalny i poczucie pewności siebie.

Naszym celem niezmiennie jest pomoc każdemu dziecku w staniu się pewnym siebie i kompetentnym rozmówcą

Rola rodziców w strategiach bezpośrednich dla dziecka

Rodzice nadal odgrywają kluczową rolę we wspieraniu dziecka podczas pracy bezpośredniej

Gdy pracujemy bezpośrednio z dzieckiem, rodzice pozostają ściśle zaangażowani w proces terapeutyczny. Nadal stosują strategie interakcyjne i strategie rodzinne wprowadzone w pośrednim etapie terapii Palin PCI. w miarę możliwości włączamy oboje rodziców, ale jeśli jest to wygodniejsze, pracujemy także tylko z jednym z nich. Ważne jest, aby po wprowadzeniu strategii bezpośrednich dla dziecka odpowiedzialność za radzenie sobie z jękaniami nie została przerzucona na dziecko i aby rodzice nie oczekiwali, że będzie ono potrafiło korzystać z tych strategii przez cały czas. Rodzice obserwują proponowane aktywności, a następnie włączamy ich w ćwiczenia praktyczne w gabinecie. Utrwalają oni także to, co zostało omówione podczas sesji terapeutycznych oraz stwarzają dziecku w domu okazje do ćwiczenia strategii wprowadzonych w gabinecie.

Otwartość na temat jękania

Wybraliśmy ten obszar jako potencjalny element programu terapii, jeśli podczas wywiadu z dzieckiem zauważalne były świadomość jękania i jednocześnie niechęć do mówienia o nim oraz jeśli utrzymywało się to mimo realizowania strategii interakcyjnych i rodzinnych w trakcie programu. Na tym etapie terapii jest prawdopodobne, że dziecko jest świadome swojego jękania. Mogło być go świadome już wcześniej albo uświadomiło je sobie podczas pośrednich sesji terapeutycznych. Choć początkowo badamy świadomość dziecka, posługując się jego własnymi określeniami (np. „zacinam się”, „trudne”, „utknęło” – zob. Rozdział 5), rozmawiamy także wprost o jękanii i informujemy dziecko oraz rodziców, że tak właśnie nazywamy te cechy jego mówienia. Zachęcamy również rodziców do otwartości wobec jękania dziecka, do aktywnego zauważania momentów zająknięć i do rozmowy o nich. Dodatkowo dziecko było obecne podczas pośrednich części terapii Palin PCI, więc wie, dlaczego uczęszcza na terapię logopedyczną i słyszało rozmowy między terapeutą a rodzicami na temat jękania. Pytamy dziecko, jak obecnie rodzice reagują na momenty jękania i co – jego zdaniem – mogliby robić lub mówić, kiedy się jąka.

Rozmawiamy o jękanii otwarcie i w sposób rzeczowy

Podczas sesji terapeutycznych naszym celem jest zatem mówienie o jękanii wprost i w sposób neutralny. Chcemy, aby dziecko i rodzice czuli się swobodnie, rozmawiając o jękanii. Niekiedy konieczne jest wsparcie rodziców w doborze słownictwa używanego w odniesieniu do sposobu mówienia dziecka – zwłaszcza w odejściu od określeń wartościujących, takich jak „dobre” czy „złe”, „właściwe” czy „niewłaściwe”, które często pojawiają się przy omawianiu jękania. Przedyskutowujemy znaczenie takich ocen i możliwe konsekwencje słyszenia opisu własnej mowy w taki sposób. Dążymy do tego, aby dziecko miało pozytywny obraz siebie jako rozmówcy – niezależnie od tego, czy się jąka. Choć dla niektórych rodzin początkowo może to być trudne, z naszego doświadczenia wynika, że zarówno rodzice, jak i dzieci zazwyczaj odczuwają ulgę, gdy wprowadza się taką otwartość.

Budowanie wiary w siebie

Rodzice kontynuują stosowanie strategii wzmacniania pewności siebie wprowadzonych w pośredniej części programu, takich jak pochwały opisowe, zachęcanie do postawy „dam radę” itp. Ponadto bezpośrednio sesje terapeutyczne obejmują szereg aktywności, które pomagają dziecku rozpoznawać

jego własne pozytywne cechy, umiejętności, mocne strony i osiągnięcia. Świadomie koncentrujemy się na budowaniu pewności siebie także wtedy, gdy pracujemy już bardziej bezpośrednio nad mówieniem i przez cały czas odwołujemy się do zasobów i mocnych stron dziecka. Poniżej przedstawiamy przykłady aktywności, które mogą zostać włączone do sesji w czasie terapii bezpośredniej. Nie realizujemy tych działań w stałej kolejności – dobieramy je do potrzeb dziecka i aktualnego celu terapii.

- * Z Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (de Shazer, 1988; George, Iveson & Ratner, 2010) zaczerpnęliśmy pomysł, aby podczas sesji poświęcić czas na rozmowę z dzieckiem o jego zainteresowaniach, hobby, o tym, co lubi robić, w czym jest dobre itd. Jak podkreślają Milner i Bateman (2011, s. 35), nie jest to „pogawędka dla zabicia czasu”. Celem jest lepsze poznanie dziecka i pokazanie, że interesuje nas jako osoba (a nie tylko jego jąkanie) oraz podkreślenie jego umiejętności i zasobów. Na przykład Jake, pięcioletni chłopiec, bardzo lubił film Gwiazdne wojny i chętnie opowiadał o różnych postaciach, ich imionach itd. Podczas naszej rozmowy o Gwiazdnych wojnach był zachęcany do zastanowienia się nad swoimi mocnymi stronami i umiejętnościami: „Skąd wiesz tak dużo o Gwiazdnych wojnach?”. „Wow, nauczyłeś się wszystkich imion bohaterów. Jak to robisz, że je pamiętasz?”. „Powiedzieliś, że Luke Skywalker był odważny. Opowiedz mi o czymś, co ty zrobiłeś i co było odważne”.

Aby budować pewność siebie, zachęcamy dziecko do rozpoznawania własnych pozytywnych cech, umiejętności, mocnych stron i osiągnięć

- * Co poszło dobrze w tym tygodniu? Sesję terapeutyczną możemy rozpocząć od pytania: „Co poszło dobrze w tym tygodniu?” albo „Z czego byłeś zadowolony?”. Korzystamy z tych samych technik, które opisano wcześniej w rozdziale o strategiach interakcyjnych (zob. Rozdział 7), aby pomóc dziecku zauważyć coś, z czego jest zadowolone. Każdy dostrzeżony sygnał zmiany dziecko może zaznaczyć, np. dokładając klocek do wieży albo nawlekając koralik na sznurek. Ponieważ dzieci często lubią tworzyć listy, możemy zapisywać na flipcharcie to, co udało się od czasu poprzedniej sesji. Bywa też bardzo pomocne zachęcenie dziecka (i jego rodziców), aby spróbowało wymienić 10–20 rzeczy, które poszły dobrze.

Gdy dziecko opisuje jakąkolwiek poprawę – nawet bardzo małą – pomagamy mu opisać ją możliwie szczegółowo, zadając pytania: „co?”, „gdzie?”, „kiedy?”, „kto?” i „jak?”. Zachęcamy je, by samo doceniło swoją zmianę, zastanawiając się, co zrobiło, że do niej doszło („Jak to zrobiłeś?”, „Jak ci się to udało?”) oraz jakie umiejętności i zasoby w tym wykorzystało („Czego to od ciebie wymagało?”, „Co to mówi o tobie?”). Na przykład:

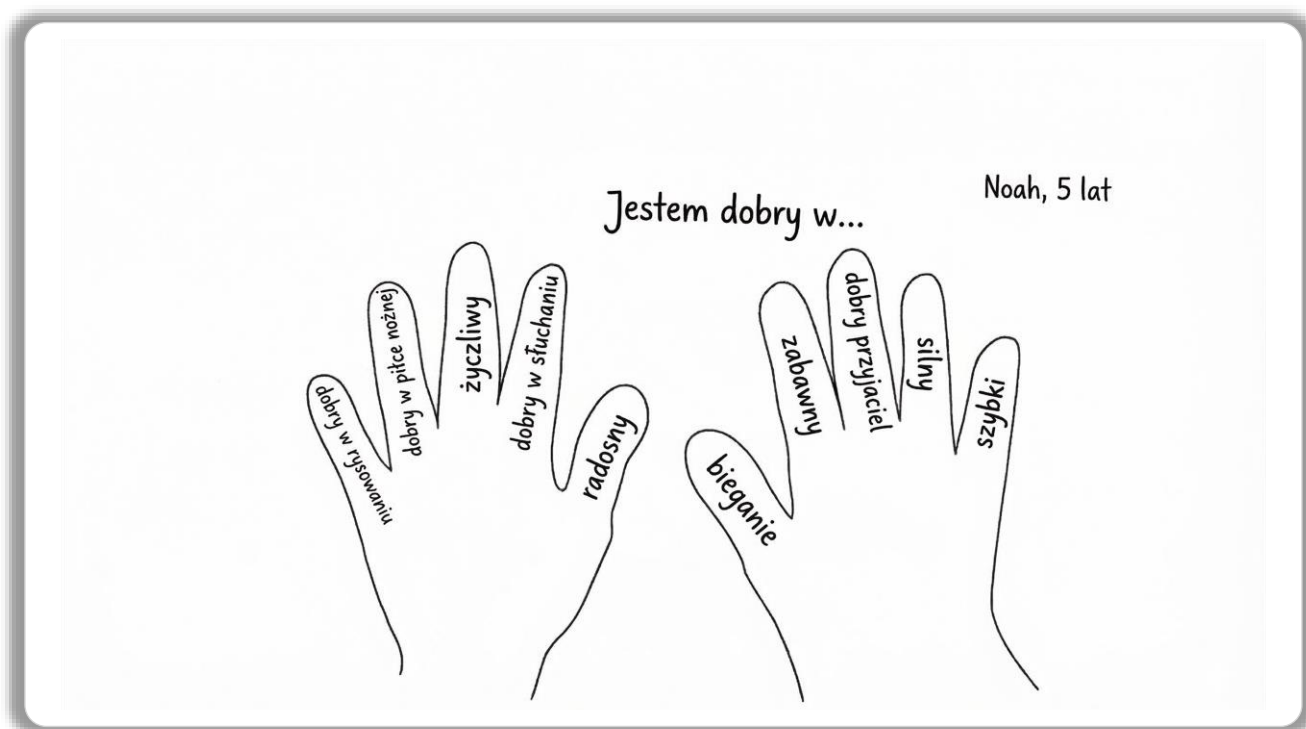
- * „Co poszło dobrze w tym tygodniu? z czego byłeś zadowolony?”.
- * „Opowiedz mi o sytuacjach, kiedy więcej odzywałeś się na lekcji”.
- * „Jak myślisz, jak to się stało, że ci się to udało?”.
- * „Jak zareagowała pani, kiedy zauważyła, że więcej mówisz?”.
- * „Jaką różnicę zrobiło to, że częściej się odzywałeś na lekcji?”.

Często korzystamy też z pytania „Co jeszcze?”, aby dziecko mogło podać jak najwięcej przykładów tego, co od ostatniej sesji poszło dobrze.

- * Rysowanie dłoni: Prosimy dziecko, aby położyło lewą dłoń z rozłożonymi palcami na kartce i obrysowało jej kontur. Następnie dziecko decyduje, od którego palca zaczyna, a przy każdym palcu zapisujemy jedną rzecz, w której jest dobre. w zależności od wieku zapisuje to terapeuta lub dziecko.

Gdy pojawi się pięć pomysłów dla jednej dłoni, robimy to samo z drugą – dając dziecku czas na samodzielne wymyślanie odpowiedzi, zanim podpowiemy kolejne pytania, np.: „W czym jesteś dobry w szkole?” „W czym jesteś dobry według taty?”. Rodzice obecni na sesji mogą dodać także swoje propozycje.

- * Listy o mnie: Tworzymy listy dotyczące dziecka: rzeczy, które w sobie lubi, tego, co robi dobrze w szkole, pozytywnych rzeczy, które powiedziałyby o nim rodzina, tego, co powiedziałyby o nim nauczyciel, pozytywnych określeń, jakimi opisują je inni (np. życzliwy, zabawny itd.).



Rys. 9.1 Rysowanie dłoni

- * Narysuj siebie: Korzystając z flipchartu i kartek, możemy poprosić dziecko, aby narysowało siebie na środku strony, a następnie wspólnie stworzyć listę pozytywnych określeń, których inni używają, opisując dziecko.
- * Zadanie domowe: Możemy również zaproponować dziecku i rodzinie wykonanie kilku zadań w domu:
 - prosimy rodziców, aby powiesili w widocznym miejscu w domu kartkę, np. na lodówce lub na tablicy rodzinnej. Za każdym razem, gdy zauważą coś, co dziecko zrobiło dobrze w ciągu tygodnia, zapisują to na tej kartce;
 - rodzice mogą wprowadzić system nagród oparty na gwiazdkach, punktach lub wrzucaniu kulek do słoika, aby wzmacniać pozytywne zachowania, np. sytuacje, w których dziecko podjęło wyzwanie lub spróbowało czegoś nowego;
 - możemy zaproponować dziecku prowadzenie codziennego „dziennika dobrych wiadomości”;
 - czasami rozmawiamy o powierzaniu dziecku „dużej” odpowiedzialności. Gdy dziecko jest najmłodsze w rodzinie, ma starsze lub bardziej samodzielne rodzeństwo albo z natury jest nieśmiały czy lękowy, rodzice często powierzają mu tylko drobne zadania. Tymczasem dzieci nierzadko chcą robić ważne rzeczy, takie jak pomoc w gotowaniu, wysłanie listu czy zrobienie

zakupów. Powierzenie im od czasu do czasu „dużej”, znaczącej odpowiedzialności pomaga im poczuć się ważnymi i kompetentnymi oraz wzmacnia ich pewność siebie.

Odwrażliwianie

Uczenie się o mówieniu

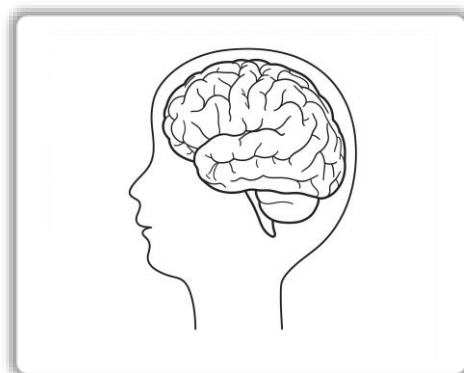
Wprowadzamy ten temat, gdy planujemy bezpośrednią pracę nad mówieniem dziecka – aby zwiększyć jego rozumienie jąkania i zmniejszyć wrażliwość na nie – lub gdy zamierzamy wprowadzić strategie modyfikacji mowy, takie jak zwalnianie tempa mówienia czy stosowanie pauz. Aby lepiej zrozumieć swoje jąkanie, dziecko najpierw musi dowiedzieć się, jak powstaje mowa, jakie części ciała biorą udział w mówieniu i jak współpracują ze sobą, aby mogło ono zaistnieć.

Aby lepiej zrozumieć swoje jąkanie, dziecko uczy się, jak powstaje mowa, jakie części ciała uczestniczą w mówieniu i jak współdziałają, aby umożliwić mówienie

- * Zaczynamy od sprawdzenia, co dziecko już wie o mówieniu, pytając: „Czy wiesz, jakich części ciała używamy do mówienia?”.
- * Zachęcamy je do podawania jak największej liczby pomysłów, dopytując po każdej odpowiedzi: „A jakich jeszcze części ciała używamy do mówienia?”. Włączamy w rozmowę także rodzica/rodziców i prosimy, aby również podawali swoje propozycje. w przypadku młodszego dziecka pomocne może być pokazanie ilustracji różnych części ciała – warg, języka, zębów, płuc itd. – i poproszenie, by wskazało te, które biorą udział w mówieniu. Można wykorzystać różne pomoce dydaktyczne wyjaśniające, jak powstaje mowa, np.: <https://www.teacherspayteachers.com/Product/Speech-Machine-3845168>. Prosta i bardzo użyteczną alternatywą może być także model trójwymiarowy.
- * Gdy dziecko rozpozna już niektóre części ciała, dajemy mu możliwość zastanowienia się nad ich funkcją, np.: „Co robi twój język?” „Dlaczego do mówienia potrzebujemy mózgu?” „Powiedz mi, co wiesz o płucach”.
- * „Jak powstaje mowa?”. Możemy razem z dzieckiem narysować prosty schemat aparatu mowy, a następnie poprosić je o podpisanie poszczególnych elementów i ponumerowanie ich tak, aby pokazać, jak wszystkie części współpracują, by powstała mowa.

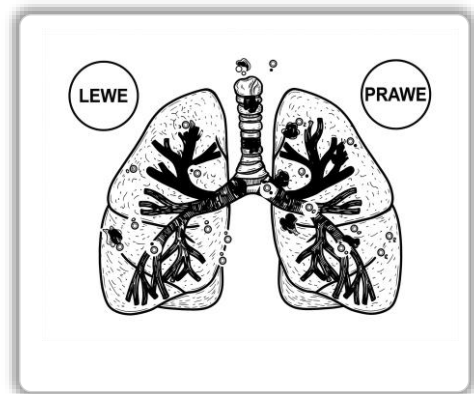
Na przykład:

- 1 Mózg zastanawia się, co chcemy powiedzieć, jakie słowa wybrać, aby wyrazić myśl, a następnie układa je w odpowiedniej kolejności, tworząc zdanie.
- 2 Następnie mózg przekazuje wszystkim pozostałym częściom ciała biorącym udział w mówieniu, co mają zrobić.
- 3 Najpierw nabieramy powietrza do płuc.
- 4 Gdy powietrze jest wypychane z płuc i przechodzi przez krtań, fałdy głosowe zaczynają drgać, wytwarzając głos.

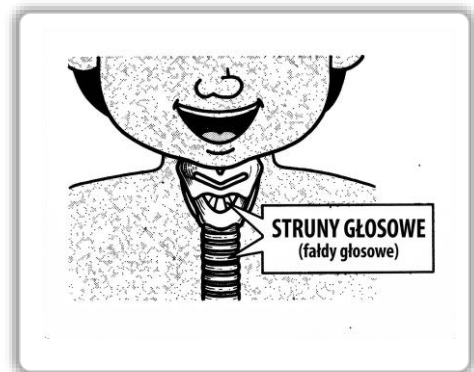


Rys. 9.2 Mózg

- 5 Dźwięk powstały na fałdach głosowych wydostaje się z krtani i przechodzi do jamy ustnej.
- 6 Następnie poruszamy językiem, wargami i żuchwą, aby wytworzyć różne dźwięki.
- 7 Następnie pogłębiamy rozumienie tego, jak powstaje mowa, prosząc dziecko o wymawianie różnych głosek, np. „p”, „d”, „k”, „f” i zastanowienie się, których części jamy ustnej używa do ich artykulacji. Na przykład przy głosce „p” zwracamy uwagę na zbliżające się do siebie wargi, przy „k” pomagamy zauważyć uniesienie tylnej części języka do podniebienia, przy „d” – że czubek języka dotyka miejsca za górnymi zębami i odrywa się od niego itd. Czasami może być konieczne nieco przesadne pokazanie tych ruchów, aby pomóc dziecku rozpoznać, które części jamy ustnej biorą w tym udział, lub poprosić je, by podczas wymawiania dźwięku obserwowało się w lustrze. Oczywiście będziemy musieli dostosować te aktywności oraz używane słownictwo do wieku dziecka i jego możliwości językowych. Na przykład ze starszym dzieckiem możemy także omówić różnicę między dźwiękami dźwięcznymi i bezdźwięcznymi, prosząc je, by położyło palce na krtani i sprawdziło, czy podczas wymawiania określonych głosek struny głosowe drgają. Możemy również zachęcić dziecko do zastanowienia się, co dzieje się z jego oddechem, prosząc, aby położyło dłonie na dolnych żebrach, wzięło wdech i wydech oraz zauważyło, co dzieje się z jego palcami.



Rys. 9.3 Płuca

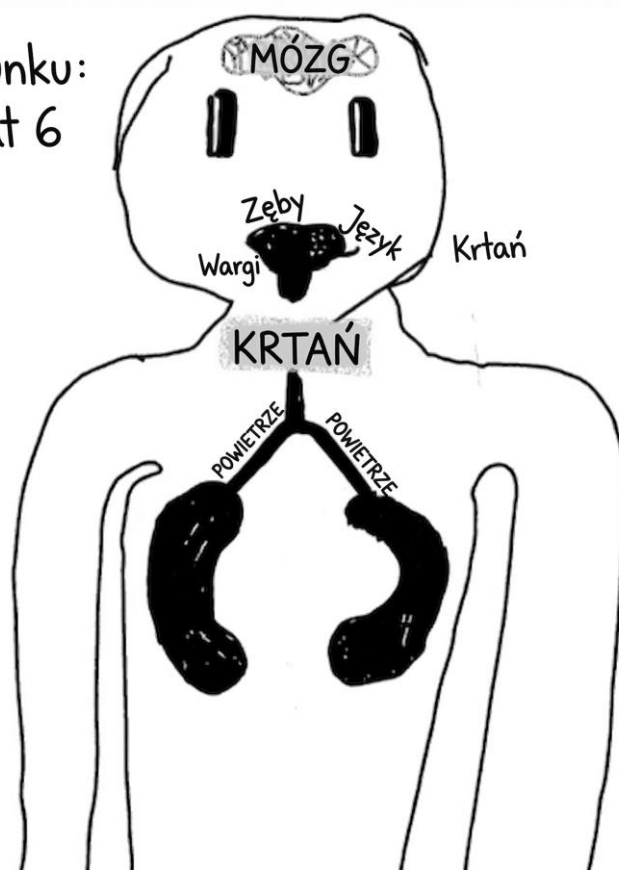


Rys. 9.4 Struny głosowe

- 8 Aby utrwalić to, czego nauczył się podczas sesji w gabinecie, można zaproponować różne zadania domowe:
 - * dziecko może zostać poproszone, aby opowiedziało w domu rodzicowi i/lub rodzeństwu, czego dowiedziało się o mówieniu;
 - * może wykonać własny rysunek różnych części ciała wykorzystywanych podczas mówienia;
 - * albo spędzić w domu czas z rodzicem, badając, w jaki sposób powstają różne dźwięki, o których nie było mowy podczas sesji.

Te aktywności pomagają dziecku ćwiczyć mówienie o mówieniu w rzeczowy, neutralny sposób i w atrakcyjnej formie odkrywać, jak współpracują różne części ciała, aby powstała mowa. Działania te stanowią też podstawę do późniejszych ewentualnych zmian w jego sposobie mówienia, które mogą ułatwić komunikację.

Na rysunku:
Jack, lat 6



Rys. 9.5 Jak powstaje mowa

Przykład przebiegu sesji z zakresu strategii bezpośrednich dla dziecka

1 Co poszło dobrze w tym tygodniu?

Obrysowujemy na kartce dłoń dziecka. Przy każdym palcu zapisujemy pomysły dziecka i rodziców dotyczące odpowiedzi na pytanie „co poszło dobrze w tym tygodniu?”.

2 Omówienie pracy domowej z dzieckiem i rodzicem, np. Czasu Specjalnego, dowolnej strategii rodzinnej lub strategii bezpośredniej dla dziecka.

3 Nauka o mówieniu – z wykorzystaniem materiałów Maszyna Mowy.

* Prezentujemy dziecku obrazki przedstawiające różne części ciała, które udział w mówieniu, np. wargi, język, płuca itp. Dziecko umieszcza każdą część ciała na karcie Maszyny Mowy. Omawiamy rolę, jaką pełni każda z nich w powstawaniu mowy i porządkujemy je tak, aby pokazać, jak wszystkie współpracują.

* Dziecko analizuje, jak powstają różne głoski, np. t, k, f, m itd.

4 Praca domowa – rozmowa o Maszynie Mowy z drugim rodzicem w domu. Obserwowanie, jak powstają głoski, które nie były omawiane podczas sesji.

Uczenie się o jąkanii

Naszym celem jest pomóc dziecku poznać różne typy zachowań związanych z jąkanii oraz rozpoznać, które z nich występują w jego mowie. Zdobywanie wiedzy o własnym jąkanii sprzyja także otwartości w mówieniu o nim i pomaga dziecku oraz rodzicom czuć się swobodniej w rozmowach na ten temat.

- 1** Zaczynamy od sprawdzenia, co dziecko już wie o rodzajach zająknięć w swojej mowie: „Opowiedz mi, co się dzieje, kiedy się jąkasz”; „Mówiłeś, że twoje słowa się blokują, kiedy się jąkasz. Gdzie się blokują?”; „Co dzieje się z twoim oddechem, kiedy się jąkasz?”. Na jego komentarze i obserwacje odpowiadamy np.: „Inne dzieci, które się jąkają, też mówią o tym, że słowa zatrzymują się w gardle”.
- 2** Terapeuta modeluje różne typy zachowań związanych z jąkanii:
 - * Powtórzenia całych wyrazów – gdy cały wyraz jest powtarzany wielokrotnie, np. „i-i-i-i”; „ja-ja-ja”. Możemy zmieniać liczbę powtórzeń i sprawdzać, czy dziecko potrafi je policzyć.
 - * Powtórzenia części wyrazu – gdy powtarzana jest część słowa, np. „a-a-auto”; „pa-pa-palec”. Ponownie możemy zmieniać liczbę powtórzeń i liczyć je razem z dzieckiem.
 - * Przeciąganie głosek – gdy dźwięk w wyrazie jest wydłużony, np. „ssssok”; „maaaaaama”. Zmieniamy długość przeciągnięcia i prosimy dziecko, by określiło, czy było to krótkie czy długie.
 - * Blokowanie – gdy dźwięk w wyrazie „zatrzymuje się”, np. „k.....ot”; „t.....abela”. Możemy pokazać, jak słowa „zatrzymują się” na wargach, czubku języka, w gardle itd.
 - * Dodatkowe ruchy twarzy i ciała w momentach jąkania, takie jak zamykanie oczu, poruszanie głową lub stopami, gdy „wypychamy” dźwięki lub słowa.
 - * Możemy wykorzystać nagrania wideo dzieci, które się jąkają, aby rozpoznawać różne typy jąkania, np. ze strony www.michaelpalincenreforstammering.org.
 - * Czasami używamy pacynek, aby różnicować i łączyć różne typy zachowań związanych z jąkanii. Możemy też wykorzystać zwierzątka, lalki, superbohaterów, pojazdy itp. – dziecko decyduje, który bohater mówi z określonym rodzajem jąkania, a następnie jest identyfikowany jako ten, który powtarza, przeciąga głoski lub blokuje się itd.
- 3** Terapeuta pyta dziecko, jakie rodzaje jąkania pojawiają się u niego podczas mówienia. Zachęcamy dziecko do brania odpowiedzialności za to, co robi, gdy się jąka, na przykład mówiąc: „Powtarzam początek wyrazu”, „Przeciągam głoski” itp.
- 4** Terapeuta pokazuje dziecku karty obrazkowe i wypowiada nazwę każdego obrazka. Modeluje różne zachowania związane z jąkanii, które występują w mowie dziecka, a także wypowiada część słów płynnie. Dziecko określa, czy terapeuta zaprezentował któreś z zachowań związanych z jąkanii i jaki to był typ – ewentualnie łączy je z odpowiednią postacią, jeśli wcześniej z nich korzystano. Następnie rodzic(e) i dziecko na zmianę ćwiczą różne typy jąkania, a terapeuta określa, czy w wypowiedzi pojawiło się któreś z tych zachowań i jakie. Zaczynają od pojedynczych słów, a następnie stopniowo wydłużają i komplikują wypowiedzi.
- 5** Zadanie domowe:
 - * Dziecko może zostać poproszone o opowiedzenie w domu rodzicowi i/lub rodzeństwu, czego nauczyło się o różnych typach jąkania.
 - * Dziecko uczy rodzica i/lub rodzeństwo różnych typów jąkania – samo je prezentuje, a druga osoba próbuje je rozpoznać.
 - * Rodzic lub rodzeństwo wypowiada słowo, a dziecko określa, czy pojawiło się w nim któreś z zachowań związanych z jąkanii i jaki to był typ.

Choć u niektórych dzieci po pracy nad desensytyzacją może pojawić się więcej jąkania – ponieważ większa otwartość sprawia, że pozwalają sobie na jąkanie i mniej z nim walczą – inne mogą jąkać się mniej, ponieważ uczą się mówić o mówieniu i o jąkaniu w sposób otwarty i rzeczowy.

Uczenie się o jąkaniu sprzyja otwartości i pomaga dziecku oraz rodzicom czuć się swobodnie w rozmawianiu o nim

Dobrowolne jąkanie się

- 1** Podczas działań związanych z desensytyzacją prosimy dziecko, aby jąkało się celowo. Nazywa się to jąkaniem dobrowolnym (lub pseudojąkaniem) (Van Riper, 1973; Sheehan, 1970). Wprowadzamy je po to, aby dziecko mogło sprawdzić, co dzieje się w momencie jąkania i lepiej poznać własną mowę. Celowe jąkanie wspiera także desensytyzację – pokazuje dziecku, że może się jąkać, pozostawać spokojne i zmniejszać część trudnych emocji towarzyszących jąkaniu. Zauważamy również, że im łatwiej dziecko potrafi rozmawiać o jąkaniu w sposób rzeczowy i otwarty, tym słabsze stają się związane z nim negatywne reakcje emocjonalne.
- 2** Bardzo ważne jest, aby rodzice otrzymali jasne wyjaśnienie, dlaczego uczymy dziecko celowego jąkania – ponieważ na pierwszy rzut oka może to wydawać się niezrozumiałe lub nielogiczne.
- 3** Terapeuta modeluje powtórzenia, przeciąganie głosek lub blokowanie na pierwszej głosce wyrazu, używając wolnego tempa – zarówno w pojedynczym słowie, jak i w zdaniu, np. „k-k-k-kot”, „di-di-di-dinozaur”, „fffffoka”, „sssssamolot”. Możemy zmieniać liczbę powtórzeń (np. od 3 do 6) oraz długość przeciągnięć lub bloków (od 1 do 3 sekund). Ważne jest, aby podczas każdego dobrowolnego jąkania terapeuta utrzymywał z dzieckiem kontakt wzrokowy.
- 4** Następnie przychodzi kolej na rodzica. Początkowo naśladuje on sposób jąkania zaprezentowany przez terapeutę. Terapeuta udziela informacji zwrotnej, aby rodzic modelował różne zachowania związane z jąkaniem, utrzymując kontakt wzrokowy. Stopniowo rodzic sam decyduje, w jaki sposób będzie się jąkał.
- 5** Kolejno przychodzi tura dziecka – na początku również naśladuje ono model terapeuty. Po każdej próbie prosimy dziecko, aby powiedziało, co zauważyło jako różnicę między naturalnym jąkaniem a jąkaniem dobrowolnym. z czasem dziecko samo wybiera sposób, w jaki „zająknie się” w danym słowie. Terapeuta przekazuje mu informację zwrotną, dbając o to, by modelowało różne typy zachowań przy utrzymaniu kontaktu wzrokowego.
- 6** Na początku terapeuta, rodzic i dziecko jąkają się tylko na jednym słowie w zdaniu. Wraz z postępowaniem sesji przechodzimy do jąkania na więcej niż jednym słowie.
- 7** Zadanie domowe:
 - * Dziecko i rodzic ćwiczą w domu dobrowolne jąkanie na zmianę – na pojedynczym słowie lub w zdaniu, w zależności od tego, co było ćwiczone podczas sesji.
 - * Dziecko uczy rodzica i/lub rodzeństwo, na czym polega dobrowolne jąkanie. Rodzic i/lub rodzeństwo również wykonują swoje próby.

- * Młodszym dzieciom zwykle wystarczy praktyka w gabinecie i w domu z najbliższą rodziną. Starsze dzieci ćwiczą jąkanie dobrowolne w różnych sytuacjach poza gabinetem, aby wspierać otwartość i odwrażliwienie.

Celowe jąkanie pomaga dziecku przyjrzeć się temu, co dzieje się w momencie zająknięcia, rozwija jego wiedzę o własnej mowie i wspiera proces odwrażliwiania

Myśli i emocje związane z jąkaniem

Chociaż niektóre młodsze dzieci reagują na jąkanie negatywnie, wiele z nich tego nie robi. Dziecko może być świadome swojego jąkania i odczuwać pewne trudne emocje, ale w tym wieku zwykle nie są one jeszcze dobrze ukształtowane ani utrwalone. Dlatego nie zawsze konieczna jest bezpośrednia praca nad uczuciami i reakcjami dziecka. Terapia w tej grupie wiekowej częściej koncentruje się na emocjach i reakcjach rodziców niż samego dziecka. Małe dzieci, które się jękają, trafiają do terapii zazwyczaj z powodu niepokoju rodziców, a z uwagi na własne obawy. Opisane wcześniej aktywności „Uczenie się o mówienie” i „Uczenie się o jękaniu” są dla wielu dzieci w tym wieku w pełni wystarczające. Jak już wspomniano, podczas sesji terapii bezpośredniej dziecku stwarzane są możliwości, aby w otwarty sposób mówiło o tym, co czuje w związku ze swoim mówieniem. Dlatego będziemy uważnie obserwować jego stosunek do jąkania. w zależności od wieku dziecka oraz wpływu, jaki jąkanie na nie wywiera, możemy wspólnie z nim przyglądać się jego odczuciom związanym z tym sposobem mówienia.

Niektóre dzieci, nawet w młodym wieku, potrafią opisać, że ich mowa je martwi lub zasmuca. Inne nie mają jeszcze słownictwa pozwalającego nazwać te emocje, ale mogą wyrażać trudne uczucia poprzez swoje zachowanie – na przykład nie zgłaszając się w klasie, zmieniając słowa, aby uniknąć zająknięcia. w przypadku tych dzieci ważne może być poświęcenie czasu na przyjrzenie się ich myślom i uczuciom dotyczącym jąkania (a szerzej – różnych obszarów życia) w trakcie terapii.

Niektóre dzieci mogą odnieść korzyść z pogłębionego poznawania swoich myśli i uczuć związanych z jękaniem

Podczas sesji terapeutycznych można prowadzić działania wspierające dziecko w rozumieniu emocji, rozpoznawaniu własnych uczuć, dostrzeganiu związku między myślami, emocjami i zachowaniem, rozwijaniu bardziej elastycznego myślenia. Analizowanie myśli i uczuć dziecka związanych z jękaniem pomaga terapeutom i rodzicom wspierać je w bardziej otwartym mówieniu o swoim sposobie mówienia oraz w skuteczniejszym radzeniu sobie z tymi doświadczeniami. Może to ograniczyć negatywny wpływ jąkania na dobrostan emocjonalny dziecka i wzmacniać jego pewność siebie jako rozmówcy.

Odkrywanie emocji

Niektóre dzieci początkowo potrzebują wsparcia w rozwijaniu słownictwa dotyczącego uczuć. Rozpoznawanie emocji u innych bywa łatwiejsze niż nazywanie i omawianie własnych, dlatego pomocne może być: wprowadzanie emocji poprzez historyjki lub pacynki – zarówno w gabinecie, jak i w domu, omawianie, co czują poszczególne postacie, nazywanie emocji. Rodzice również mogą modelować takie

zachowanie – pokazując, jak i dlaczego mówią o swoich uczuciach – dostarczając dziecku odpowiedniego słownictwa i normalizując rozmowy o emocjach. Inne możliwe aktywności to na przykład:

- * dobieranie w pary obrazków przedstawiających osoby przeżywające różne emocje (połączone z rozmową o tym, kiedy czujemy się w taki sposób),
- * „koło emocji” – losowanie emocji, nazywanie jej i rozmowa o tym, co ją wywołuje,
- * korzystanie z książek (zob. rozdział „Materiały”).

Ważne jest uwzględnianie zarówno emocji pozytywnych, jak i tych trudnych (np. radość, smutek, ekscytacja, niepokój, frustracja). Stopień złożoności słownictwa zależy od wieku dziecka oraz jego możliwości językowych i poznawczych. Gdy dziecko staje się coraz bardziej oswojone z rozmowami o emocjach, może zacząć rozpoznawać własne uczucia w różnych sytuacjach, na przykład:

- * oglądając w lustrze wyrazy twarzy odpowiadające różnym emocjom,
- * pokazując wybraną emocję na zmianę przy użyciu mimiki, aby druga osoba odgadła, co czujemy,
- * opisując emocje na podstawie kart obrazkowych (wybieranie obrazka i naprzemienne opisywanie emocji oraz sytuacji, które mogą ją wywoływać),
- * rysując to, co sprawia, że dziecko czuje się szczęśliwe, smutne, przestraszone itp. Dziecko może wyrażać swoje emocje poprzez wielkość rysunku, dobór kolorów itd.
- * bawiąc się w kończenie zdań, np. „Kiedy jestem z kolegami, czuję...”, „Kiedy poznaję kogoś nowego, czuję...”,
- * korzystając z mapy ciała, aby pokazać, w której części ciała odczuwamy emocje (np. zmartwienie możemy czuć w nogach, na twarzy albo w brzuchu).
- * łącząc emocje z działaniem: „Co robisz, kiedy czujesz złość / strach?”.

Eksplorowanie natężenia emocji

Pomaganie dzieciom w określaniu natężenia ich emocji w różnych sytuacjach może pomóc im lepiej rozpoznawać siłę przeżywanych uczuć. Na przykład dziecko może powiedzieć, że czuje się „przestraszone” rozmową z nauczycielem, ale jednocześnie ocenić natężenie tego uczucia jako stosunkowo niewielkie w skali, np. 2/10, gdzie 10 oznacza bardzo silny strach.

„Termometr uczuć” (Stallard, 2002, s. 134)⁷, napełnianie kubka kulkami/wodą lub budowanie wieży mogą służyć jako wizualne wsparcie, pomagające dziecku pokazać, jak silne jest przeżywane przez nie uczucie.

Niektóre dzieci mogą być w stanie odnieść się do pytań takich jak: „gdy to uczucie było najsilniejsze, jak bardzo było intensywne?” lub „jak bardzo byłeś/byłaś wtedy zdenerwowany(a)/zawstydzony(a)?”, korzystając ze skali 0–10. Stosowanie takich skal może stanowić punkt odniesienia do mierzenia zmian, a także wprowadzać pojęcie emocji jako zjawisk rozciągających się na kontinuum.

Identyfikowanie myśli

⁷ Pozycja Stallarda jest dostępna w języku polskim: Stallard, P. (2021). Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Często łatwiej zauważamy nasze uczucia niż myśli, a z emocją może wiązać się reakcja fizjologiczna (np. drżenie lub uczucie gorąca, gdy jesteśmy zaniepokojeni). Pomaganie dzieciom w rozpoznawaniu tego, co mówią same do siebie, gdy są pobudzone emocjonalnie, może pomóc im tworzyć powiązania między myślami a uczuciami. Rozróżnianie między myślą a uczuciem może być pomocnym punktem wyjścia. Zazwyczaj uczucia da się opisać jednym słowem (np. smutny, zmartwiony, podekscytowany), podczas gdy myśli są często opisywane w formie zdania (np. „będą się ze mnie śmiać”). Opowiadania i historyjki obrazkowe mogą być użytecznym sposobem, aby dziecko zastanowiło się nad tym, co mogą myśleć inni, zanim zidentyfikuje własne myśli. w przypadku starszych dzieci można ponownie wykorzystać skale ocen, aby określiły, na ile wierzą w daną myśl. Rysowanie jest często wartościowym sposobem pomagania dzieciom w eksplorowaniu ich myśli, na przykład poprzez rysowanie tego, jak się czują, oraz dorysowywanie „dymków”, aby pokazać, o czym myślą.

Terapeuci mogą wykorzystywać szereg pomocnych pytań, aby wspierać dzieci w łatwiejszym docieraniu do swoich myśli, np.: „co przyszło ci do głowy?”; „kiedy czułeś się zmartwiony, o czym myślałeś?”; „co mówiło ci twoje serce?”; „co wyobrażałeś sobie, że może się wydarzyć?”; „co było najgorszą rzeczą, która mogła się stać?”; „czy miałeś w głowie jakiś obraz?”.

Nasze myśli wpływają na to, jak się czujemy i co robimy. Jeśli dzieci potrafią rozpoznać, o czym myślą w danej sytuacji (np. „Jeśli będę się jąkać, będą się ze mnie drażnić”) oraz jak to sprawia, że się czują (np. przestraszone), mogą zacząć łączyć te myśli i uczucia ze swoimi działaniami (np. nie podnoszeniem ręki w klasie lub udawaniem, że nie znają odpowiedzi, gdy są pytane). Mogą nauczyć się, że takie zachowania są normalne, powszechne i zrozumiałe, a także że mogą pomóc sobie przerwać ten niepomocny cykl, rozważając swoje myśli, np.: „czy to jest pomocne?”; „czy to jest życliwe?”; „czy to w 100% prawda?”; lub „co powiedział(a)bym przyjacielowi?”.

Podobnie jak w przypadku bezpośredniego wprowadzania strategii dotyczących mowy u dzieci, rola rodziców pozostaje ważna podczas pracy nad myślami i uczuciami. Rodzice mogą być wspierani w radzeniu sobie z emocjami dziecka poprzez strategie pośrednie (zob. „Radzenie sobie z uczuciami” w Rozdziale 8); jednak podczas bezpośredniej pracy z dziećmi nad ich myślami i uczuciami rodzice mogą przyjmować rolę „współterapeuty” (Fuggle, Dunsmuir & Curry, 2013), pełniąc aktywną rolę obok dziecka, lub rolę „facylitatorów”, aby wspierać przenoszenie umiejętności do codziennego środowiska dziecka poprzez praktykę domową.

Zadanie domowe:

- * Granie w domu w grę „pary emocji”.
- * Prowadzenie „Codziennego dziennika uczuć”. Dziecko może potrzebować wsparcia w nazywaniu emocji przy użyciu obrazkowych kart emocji lub „koła emocji”. Gdy dziecko wyraża jakieś uczucie, rodzic będzie zachęcał je do oceny siły tego uczucia, np. przy użyciu „termometru uczuć” lub poprzez napełnianie kubka kulkami/wodą.
- * Wspólne czytanie książek dla dzieci o emocjach (zob. część Materiały źródłowe / Zasoby).
- * W codziennym życiu rodzice ćwiczą stosowanie szeregu pomocnych pytań, aby wspierać dziecko w docieraniu do swoich uczuć i myśli, ocenianiu siły uczucia oraz rozważaniu, czy jego myśli są pomocne/życliwe lub w 100% prawdziwe.

Te działania będą początkowo obejmowały udział dziecka i rodzica w sesjach terapeutycznych. Drugi rodzic i/lub rodzeństwo mogą również zostać włączeni w razie potrzeby.

Modyfikacja mowy

Strategie modyfikacji mowy obejmują „Mowę Żółwikową” (spowolnienie tempa) oraz „Mowę Autobusikową” (zwiększenie liczby pauz i spowolnienie tempa). Wprowadzanie każdej z tych technik przebiega według podobnego, podanego poniżej, schematu.

- 1 *Wprowadzenie pojęcia*
- 2 *Wprowadzenie postaci w opowiadaniu*
- 3 *Ćwiczenie identyfikacji*
- 4 *Produkcja wolnego tempa na poziomie pojedynczego słowa*
- 5 *Wydłużanie długości zdania*
- 6 *Uogólnienie i utrwalanie*

Redukcja tempa: Mowa żółwikowa (Tortoise Talking)

Niektóre dzieci mają naturalną tendencję do mówienia bardzo szybko, nawet gdy osoby wokół modelują wolne tempo, stosują odpowiednie pauzy i dają dziecku czas na myślenie oraz zaplanowanie tego, co chce powiedzieć. Ta tendencja do szybkiego tempa mówienia może przyczyniać się do jąkania. Niekoniecznie mówią szybciej niż ich rówieśnicy, którzy się nie jąkają (Kelly & Conture, 1992; Logan, Byrd, Mazzocchi & Gillam, 2011), jednak mogą brzmieć tak, jakby mówili zbyt szybko, albo mogą próbować mówić w tempie zbyt szybkim w stosunku do rozwijających się zdolności językowych lub motorycznych. Strategie modyfikacji mowy to Mowa żółwikowa lub Mowa autobusikowa (Bus Talking).

Wprowadzamy Mowę żółwikową wtedy, gdy dziecko odniesie korzyść ze spowolnienia swojego tempa mowy.

Stosujemy Mowę żółwikową jako prostą metodę redukowania tempa mowy dziecka. Metoda ta pierwotnie opierała się na programie Meyers i Woodford z 1992 roku „Fluency Development System for Young Children”, który uczy ćwiczeń mowy opartych na podejściu poznawczym.

Dziecko najpierw zapoznaje się z pojęciem szybkości, a następnie odnosi je do aktu mówienia. Rodzice obserwują, a następnie włączają się w działania opisane poniżej.

- 1 Jeśli dziecko nie rozumie znaczenia „szybko” i „wolno”, zaczynamy od nauczania tego pojęcia przy użyciu różnych zabawek i gier. Bawimy się samochodami, pociągami, zwierzętami lub innymi postaciami i kategoryzujemy je według ich szybkości.
- 2 Gdy dziecko rozumie już pojęcie i jego etykiety, wprowadzamy postacie żółwia i konia wyścigowego. Robimy to, opowiadając dziecku historię opartą na bajce Ezopa „Żółw i Zając” oraz odgrywając ją przy użyciu zabawkowego żółwia i konia:

„Dawno temu był koń wyścigowy, który uważał, że jest najlepszym i najszybszym zwierzęciem na świecie. Lubił przechwalać się tym, jak szybki jest, zwłaszcza wobec zwierząt, które nie były tak szybkie jak on. Pewnego dnia spotkał żółwia i powiedział do niego: „Jestem najszybszym zwierzęciem na całym świecie. Potrafię biec szybciej niż cokolwiek innego, a zwłaszcza niż ty! Jesteś tylko

wolnym, starym żółciem! Urządźmy wyścig, a pokażę wszystkim, jaki jestem szybki". Żółw zgodził się i ustawili się na linii startu. Gotowi, do startu, start! Koń wyścigowy ruszył z pędu, podczas gdy żółw powoli człapał naprzód. Koń biegł coraz szybciej i szybciej, aż jego nogi zaplątały się i upadł. Żółw po prostu szedł dalej swoim własnym, wolnym tempem, aż dotarł do mety i hurra, wygrał wyścig!"

- 3 Następnie demonstrujemy konia wyścigowego mówiącego szybko oraz żółwia mówiącego wolno, poprzez zabawę, w której udajemy jedną z tych postaci, a dziecko ma zgadnąć, kto mówi. Na przykład, używając obrazków z jedzeniem, mówimy „Lubię ziemniaki” w wyraźnie szybkim lub wolnym tempie, a dziecko zgaduje, które zwierzę mówi. Gdy dziecko poprawnie odgadnie kilka razy, pytamy: „Skąd wiedziałeś, że to był koń wyścigowy?”, zachęcając w ten sposób dziecko do używania etykiet „szybko” i „wolno” w odniesieniu do mowy.
- 4 Gdy dziecko sprawnie rozróżnia tempo szybkie i wolne, włączamy rodzica do aktywności z dzieckiem, w której rodzic przyjmuje rolę mówiącego, a dziecko zgaduje.
- 5 5. Następnie terapeuta i dziecko kontynuują aktywność, zamieniając się rolami – dziecko udaje żółwia lub konia wyścigowego, a terapeuta zgaduje. Dziecko nauczyło się zatem rozróżniać dwa tempa mowy i teraz samo wytwarza ten kontrast.
- 6 Gdy jesteśmy przekonani, że dziecko potrafi rozróżniać szybkie i wolne tempo mowy, koncentrujemy się na produkcji wolnego tempa, czyli Mowy żółwikowej. Zaczynamy na poziomie pojedynczego słowa i stopniowo zwiększamy długość oraz złożoność zdań, w takim tempie i na takim poziomie, przy którym dziecko może utrzymać wolne tempo przy niewielkim lub braku jąkania. Zazwyczaj stwierdzamy, że gdy dziecko redukuje tempo, jąka się mniej i może odnieść korzyść z jeszcze wolniejszego tempa, ponieważ zwiększona złożoność językowa wywiera większą presję na jego system.

Włączamy rodzica do pracy podczas sesji i w domu.

- 7 Zadanie domowe:
 - * Dajemy dziecku obrazek żółwia i konia wyścigowego (zob. Załącznik XXVII) do pokolorowania w domu podczas ćwiczenia powyższych aktywności polegających na rozróżnianiu i wytwarzaniu kontrastowych temp mówienia.
 - * Ćwiczenia w domu są niezbędne, aby przenieść Mowę żółwikową poza gabinet terapeutyczny. Omawiamy z rodzicami poziom aktywności tak, aby dziecko mogło łatwo używać wolnego tempa przy niewielkim lub braku jąkania. Dajemy dziecku kartę ćwiczeń, na której może pisać lub przyklejać pieczątki albo naklejki, aby zapisywać to, co zrobiło w domu (zob. Załącznik XXIX).
 - * Gdy dziecko potrafi utrzymać Mowę żółwikową na poziomie zdania, wprowadzamy je podczas swobodnej zabawy w gabinecie, przy czym zarówno rodzic, jak i dziecko używają go przez ustalony czas. Następnie prosimy ich, aby mieli w domu „czasy Mowy żółwikowej”. Te „czasy Mowy żółwikowej” w domu mogą odbywać się podczas swobodnej zabawy lub w określonych, wyznaczonych momentach, na przykład w drodze do szkoły, podczas kąpieli itp. Rodzic i dziecko powinni uzgodnić swoje „czasy Mowy żółwikowej” oraz przypominać sobie nawzajem o używaniu Mowy żółwikowej na początku wspólnego czasu. „Czasy Mowy żółwikowej” mogą być również rozszerzone na innych członków rodziny, na przykład podczas posiłków, krótkich podróży samochodem itp. Można zaproponować dziecku, aby monitorowało tempo mowy rodzica i jeśli

usłyszy, że rodzic mówi jak koń wyścigowy, powinno przypomnieć mu, że powinni stosować Mowę żółwikową! Ćwiczenia przechodzą od sesji bardziej ustrukturyzowanych do mniej ustrukturyzowanych, aby zachęcać do spontanicznego używania Mowy żółwikowej.

- * Od początku tych sesji prosimy rodziców, aby nie zachęcali dziecka do używania Mowy żółwikowej w momencie, gdy słyszą, że się jąka, ponieważ może to sprawić, że dziecko będzie postrzegało tę strategię negatywnie. Zamiast tego zachęcamy rodziców do chwalenia dziecka, gdy zauważą, że spontanicznie używa Mowy żółwikowej, np. „Zauważyłem, że kiedy rozmawiałeś z dziadkiem, używałaś swojej Mowy żółwikowej”. Rodzice nie chwalały płynności; zamiast tego chwalały użycie strategii. Jednak ważne jest, aby nie wzmacniać tego zbyt mocno, szczególnie w przypadku dziecka, które może mieć tendencję do stawiania sobie wysokich wymagań, ponieważ może ono zacząć nadmiernie koncentrować się na swoim mówieniu i próbach „zrobienia tego dobrze”.
- * Czas ćwiczeń Mowy żółwikowej nie zastępuje Czasów Specjalnych. Czasy Specjalne są odrębne i w ich trakcie rodzic koncentruje się na pomocnych strategiach interakcyjnych, które zostały zidentyfikowane wcześniej.

* *Nie mów: „Użyj swojej Mowy żółwikowej!”*

* *Okazjonalnie chwal dziecko, gdy jej używa.*

Pauzowanie, by pomyśleć: Mowa autobusikowa (Bus Talking)

Czasami dziecko nie daje sobie wystarczająco dużo czasu na zastanowienie się i sformułowanie tego, co chce powiedzieć, szczególnie jeśli ma trudności z formułowaniem wypowiedzi językowych lub problem z odnajdywaniem słów. Rodzice często mówią nam, że ich dziecko ma tendencję do rozpoczynania mówienia, zanim zdecyduje, co chce powiedzieć, albo używa tego jako sposobu na utrzymanie swojej kolejki w rozmowie, a dziecko może potrzebować wypracowania konkretnych strategii, aby zatrzymać się i pomyśleć.

Wprowadzamy Mowę autobusikową wtedy, gdy dziecko odniesie może skorzystać z dawania sobie większej ilości czasu na zastanowienie się i sformułowanie tego, co chce powiedzieć, a także ze spowolnienia tempa.

Mowa autobusikowa jest rozwinięciem Mowy żółwikowej, z dodatkowym elementem zatrzymywania się, aby pomyśleć przed wypowiedzią i w jej trakcie.

- 1 Wprowadzamy pojęcie wolno versus szybko w podobny sposób jak w przypadku Mowy żółwikowej, z tą różnicą, że bohaterami są autobus i samochód wyścigowy. Używamy zabawkowego autobusu i samochodu wyścigowego lub budujemy je z klocków Lego albo Duplo. Odgrywamy historię wyścigu między autobusem a samochodem wyścigowym na torze (który można zbudować z Duplo lub z drewnianych torów), przy czym samochód wyścigowy wypada z zakrętu, ponieważ jedzie zbyt szybko, a autobus porusza się spokojnym tempem i wygrywa wyścig. Autobus nie może jechać szybko, ponieważ musi dbać o swoich pasażerów i od czasu do czasu musi się zatrzymywać, aby pozwolić ludziom wsiąść i wsiąść.

- 2 Następnie udajemy autobus, mówiąc wolno, z pauzami przed wypowiedziami i między nimi, albo samochód wyścigowy, mówiąc szybko i bez pauz. Dziecko wskazuje, kto mówi, a następnie włączamy rodziców do tej aktywności podczas sesji, aby mogli ćwiczyć ją w domu.
- 3 Potem zamieniamy się rolami – dziecko udaje autobus lub samochód wyścigowy, a terapeuta zgaduje, kto mówi.
- 4 Wprowadzamy produkcję Mowy autobusikowej na poziomie pojedynczego słowa. Lego lub Duplo jest na tym etapie bardzo pomocne; budujemy autobus, który może przewozić pasażerów (ludziki Lego lub Duplo), a jedna osoba może odpowiadać każdemu słowu wypowiedzanemu przez dziecko.
 - * Ustawiamy drogę z dwoma przystankami autobusowymi.
 - * Na każdym przystanku znajduje się określona liczba osób oraz odpowiadająca jej liczba obrazków przedmiotów.
 - * Dziecko powoli przesuwając autobus do pierwszego przystanku, zatrzymuje się, aby wpuścić osobę do autobusu, a następnie powoli odjeżdża. Gdy autobus się porusza, dziecko powoli nazywa przedmiot przedstawiony na obrazku.
 - * Gdy autobus dociera do kolejnego przystanku, pozwala jednej osobie wysiąść, zanim następną osobę wsiądzie, a autobus „nazywa” obrazek, gdy powoli jedzie dalej.
 - * Trwa to do momentu, aż dziecko utrwali schemat: zatrzymanie się, pomyślenie o słowie, następnie powolne wypowiedzenie słowa, a potem ponowne zatrzymanie się, aby pomyśleć przed powiedzeniem kolejnego słowa.
- 5 Rodzice obserwują, a następnie włączają się w tę aktywność.
- 6 Prosimy rodziców o ćwiczenie z dzieckiem w domu na poziomie pojedynczego słowa i przekazujemy im kartę ćwiczeń jako formę wzmocnienia. Rodzice i dzieci często z przyjemnością budują w domu drogę z przystankami oraz autobus z klocków Lego z pasażerami.
- 7 Gdy dziecko potrafi używać Mowy autobusikowej na poziomie pojedynczego słowa, zwiększamy długość i złożoność zdania, przy czym pauzowanie stanowi integralny element każdej wypowiedzi.
 - * Korzystamy z drogi z przystankami, pasażerami i autobusem, aby pomóc dziecku używać wolnego tempa i pauzowania, zaczynając od poziomu pojedynczego słowa.
 - * Autobus z pasażerami na pokładzie dojeżdża do przystanku, gdzie znajduje się obrazek i dwie osoby czekające.
 - * Dziecko wysadza pozostałych pasażerów z autobusu, zanim wpuści dwie osoby do środka, w czasie, gdy myśli o dwóch słowach, które powie na temat obrazka, na przykład „żółty kubek”.
 - * Następnie autobus powoli odjeżdża, a dziecko powoli wypowiada dwa słowa.
 - * Zwiększamy ten poziom, gdy dziecko przyzwyczaja się do używania Mowy autobusikowej. Ostatecznie na przystanku może znajdować się wiele osób, a dziecko zawsze najpierw wysadza pozostałych pasażerów, następnie wpuszcza osoby do autobusu, myśląc o tym, co powie, zanim autobus zacznie powoli jechać. Przy dłuższych wypowiedziach stosujemy wiele pauz.

Rodzice dołączają do aktywności w gabinecie, a następnie ćwiczą w domu na poziomie słów, który jest dla dziecka łatwy.
- 8 Gdy dziecko potrafi używać Mowy autobusikowej na poziomie zdania, włączamy ją do różnych aktywności bez używania autobusu poruszającego się po drodze, jednak możemy pozostawić autobus w zasięgu wzroku jako przypomnienie o stosowaniu Mowy autobusikowej. Zachęcamy dziecko do sprawdzania, czy używamy Mowy autobusikowej, a nie mówimy jak samochód wyścigowy. Włączamy rodziców i proponujemy odpowiednie aktywności w domu, podczas których zarówno dziecko, jak

i rodzice będą używać Mowy autobusikowej. Dzieci często lubią otrzymywać rolę monitorowania, czy ich rodzice używają Mowy autobusikowej, czy też „zamieniają się w samochody wyścigowe”. Te domowe ćwiczenia Mowy autobusikowej można zapisywać na karcie ćwiczeń.

Ćwiczenia w domu są niezbędne do przeniesienia umiejętności poza gabinet terapeutyczny.

9 Zadanie domowe:

- * Dajemy dziecku obrazek autobusu i samochodu wyścigowego (zob. Załącznik XXVIII) do pokolorowania w domu podczas ćwiczenia powyższych aktywności polegających na rozróżnianiu i wytwarzaniu kontrastu tempa oraz pauzowania.
- * Ćwiczenia w domu są niezbędne, aby przenieść Mowę autobusikową poza gabinet terapeutyczny. Omawiamy z rodzicami poziom aktywności tak, aby dziecko mogło łatwo używać wolnego tempa i pauzowania przy niewielkim lub braku jąkania. Dajemy dziecku kartę ćwiczeń, na której może pisać lub przyklejać pieczątki albo naklejki, aby zapisywać to, co zrobiło w domu (zob. Załącznik XXX).

Od początku zachęcamy do uogólniania.

- * Gdy dziecko potrafi utrzymać Mowę autobusikową na poziomie zdania, wprowadzamy ją podczas swobodnej zabawy w gabinecie, przy czym zarówno rodzic, jak i dziecko używają jej przez ustalony czas. Następnie prosimy ich, aby mieli w domu „czasy Mowy autobusikowej”. Te „czasy Mowy autobusikowej” w domu mogą odbywać się podczas swobodnej zabawy lub w określonych, wyznaczonych momentach, na przykład w drodze do szkoły, podczas kąpieli itp. Rodzic i dziecko powinni uzgodnić swoje „czasy Mowy autobusikowej” oraz przypominać sobie nawzajem o jej używaniu na początku wspólnego czasu. Czasy Mowy autobusikowej mogą być również rozszerzone na innych członków rodziny, na przykład podczas posiłków, krótkich podróży samochodem itp. Można zaproponować dziecku, aby monitorowało tempo mowy i stosowanie pauz przez rodzica, a jeśli usłyszy, że rodzic mówi jak samochód wyścigowy, powinno przypomnieć mu, że powinni stosować Mowę autobusikową! Ćwiczenia przechodzą od sesji bardziej ustrukturyzowanych do mniej ustrukturyzowanych, aby zachęcać do spontanicznego używania Mowy autobusikowej.

- * *Nie mów: „Użyj swojej Mowy autobusikowej!”*
- * *Okazjonalnie chwal dziecko, gdy jej używa*

- * Od początku tych sesji prosimy rodziców, aby nie zachęcali dziecka do używania Mowy autobusikowej w momencie, gdy słyszą, że się jąka, ponieważ może to sprawić, że dziecko będzie postrzegało tę strategię negatywnie. Zamiast tego zachęcamy rodziców do chwalenia dziecka, gdy zauważą, że spontanicznie używa Mowy autobusikowej, np. „Zauważyłem, że kiedy rozmawiałeś z dziadkiem, używałeś swojej Mowy autobusikowej”. Rodzice nie chwalą płynności; zamiast tego chwalą użycie strategii. Jednak ważne jest, aby nie wzmacniać tego zbyt mocno, szczególnie

- * w przypadku dziecka, które może mieć tendencję do stawiania sobie wysokich wymagań, ponieważ może ono zacząć nadmiernie koncentrować się na swoim mówieniu i próbach „zrobienia tego dobrze”.
- * Czasy ćwiczeń Mowy autobusikowej nie zastępują Czasów Specjalnych. Czasy Specjalne są odrębne i w ich trakcie rodzic koncentruje się na pomocnych strategiach interakcyjnych, które zostały zidentyfikowane.

Modyfikacja mowy a dwujęzyczność

Wciąż nie wiemy w pełni, czy terapia jąkania prowadzona w jednym języku przenosi się na drugi język (zob. Shenker, 2013; Lim i in., 2008). Jeśli dziecko jest dwujęzyczne, rodzic może zdecydować czy ćwiczyć modyfikację mowy w jednym języku, czy w obu językach, aby zmaksymalizować ekspozycję dziecka na strategię w każdym z nich.

Bycie bardziej zwięzłym

Niektórym dzieciom trudno jest wyrażać się zwięźle; mają tendencję do mówienia rozwlekle, czasami gubiąc sens tego, co próbują powiedzieć i często z nasilonym jąkaniem. Czasami dzieci te mają specyficzne trudności językowe, które utrudniają im zwięźle wyrażanie się. Dodatkowo mogą mieć ponadnormatywnie rozwinięte umiejętności językowe, czerpać przyjemność z długich wypowiedzi i być do nich zachęcane. Rodzice często opisują swoje dziecko jako „gadatliwe” i przyznają, że czasami „wyłączają się” i udają, że słuchają, zamiast poprosić dziecko, aby mówiło bardziej zwięźle.

Naprzemiennność w rozmowie

Jest to użyteczny punkt wyjścia, aby pomóc dziecku mówić bardziej zwięźle. Jeśli dziecko, które się jąka, może monopolizować rozmowy rodzinne i długo zabierać głos, a inni obawiają się mu przerywać lub skracać jego wypowiedzi, nie nauczy się ono wyrażać zwięźle. Zob. rozdział 8 dotyczący zarządzania naprzemiennością w rozmowie.

Zwięźłość

Czasami musimy pomóc dziecku skrócić długość jego wypowiedzi.

Niektóre dzieci odnoszą korzyść z nauczania się tego, jak mówić bardziej zwięźle.

- 1 Może to wymagać pewnych umiejętności metajęzykowych, które rozwijamy, mówiąc o zdaniach długich versus krótkich i prosząc dziecko, aby określiło, czy zdanie jest długie czy krótkie. w przypadku starszego dziecka możemy policzyć słowa i wspólnie zdecydować, czy zdanie jest długie czy krótkie. Następnie możemy zamienić się rolami, tak, aby to dziecko wytwarzało kontrast między zdaniami długimi i krótkimi.
- 2 Korzystając z obrazka złożonego (scenki), prosimy dziecko, aby celowo stworzyło długi opis z użyciem wielu słów.

Na przykład: „chłopiec jest w swojej sypialni i są tam samochody i książki i piłka i wiele innych zabawek na podłodze”.

- 3** Następnie prosimy je, aby opisało ten sam obrazek, używając mniejszej liczby słów.

Na przykład: „W sypialni chłopca jest bałagan, a zabawki leżą na podłodze”.

- 4** Gdy dziecko potrafi skracać długość swoich zdań opisujących obrazki, wykorzystujemy zadania konwersacyjne.

Na przykład: „Jak dotarłeś tutaj dzisiaj?”.

* Długo: „Wyszedłem z domu i wsiałem do samochodu mamy i pojechaliśmy na stację, potem czekaliśmy na pociąg, potem przyjechał i dojechaliśmy na stację, więc wysiedliśmy, potem wsiedliśmy do autobusu, a potem przeszliśmy resztę drogi tutaj”.

* Krótko: „Przyjechałem samochodem, potem pociągiem, potem autobusem i na końcu przeszliśmy kawałek pieszo”.

- 5** Następnie wykorzystujemy inne aktywności werbalne, na przykład budowanie opowiadania lub porządkowanie sekwencji obrazków, aby pomóc dziecku ćwiczyć zwięźłość, a rodzice powtarzają te aktywności z dzieckiem w domu.

- 6** Gdy dziecko potrafi w ten sposób regulować długość swoich zdań, zachęcamy je do używania tej umiejętności w rozmowie. Prosimy rodziców, aby zauważali momenty, gdy dziecko jest zwięzłe, i wzmacniali to pochwałą, na przykład: „Udało ci się bardzo dobrze wyjaśnić to w krótkim zdaniu”.

- 7** Mówienie bardziej zwięźle może wymagać więcej czasu na planowanie, dlatego dziecko może potrzebować stosować więcej pauz przed rozpoczęciem mówienia, aby sformułować krótszą wypowiedź.

- 8** Dla niektórych dzieci pomocne mogą być przypomnienia, aby mówić zwięźle lub „w skrócie”, dlatego możemy zachęcić dziecko do ustalenia z rodzicem tajnego sygnału, na przykład gestu ręką. Służy on rodzicom do używania w sytuacji, gdy chcą przypomnieć dziecku, aby mówiło krócej.

Terapia językowa / terapia artykulacyjna

W niektórych przypadkach dziecko, które się jąka, będzie również prezentować trudności językowe i/lub artykulacyjne wymagające uwagi. Terapeuci często wyrażają obawy dotyczące tego, jak prowadzić terapię u takich dzieci. Obawiają się, że koncentrowanie się na rozwijaniu umiejętności językowych lub artykulacyjnych może nasilić jąkanie. Rzeczywiście, obserwowaliśmy pewną liczbę dzieci, które początkowo zgłosiły się do poradni logopedycznej z opóźnionym rozwojem mowy lub języka, przeszły okres terapii, a następnie zaczęły się jąkać.

Zalecamy terapię ukierunkowaną na rozwój umiejętności mowy i języka u dzieci jękających się z trudnościami językowymi i/lub artykulacyjnymi, ponieważ ich trudności w zakresie języka lub mowy mogą:

- * wpływać na ich jąkanie
- * stanowić większy problem dla rodziców i/lub dziecka niż samo jąkanie
- * wpływać na postępy szkolne dziecka
- * utrudniać dziecku skuteczne komunikowanie się

Publikacje kliniczne dotyczące terapii dziecka jękającego się z trudnościami językowymi lub artykulacyjnymi różnią się w swoich zaleceniach (Bernstein Ratner, 1995; Byrd, Wolk & Lockett Davis, 2007; Conture, 2001; Conture, Louko & Edwards, 1993; Hill, 2003; Louko, 1995; Nippold, 2004; Wolk, 1998). Proponowane w tych opracowaniach możliwości obejmują:

- * pracę nad oboma kwestiami jednocześnie
- * terapia jednego problemu po drugim
- * terapia tylko jednego problemu w nadziei, że drugi rozwiąże się samoistnie

Istnieją również odmienne poglądy na temat tego, czy leczenie powinno obejmować metody pośrednie czy bezpośrednio (zob. Nippold, 2004).

W przypadku dzieci z trudnościami językowymi i/lub artykulacyjnymi zazwyczaj zalecamy Strategie Interakcyjne i Rodzinne programu Palin PCI jako pierwszy etap interwencji, jednocześnie monitorując rozwój umiejętności językowych lub artykulacyjnych dziecka. Wczesna forma Palin PCI została zaadaptowana do pracy z dziećmi z opóźnionym rozwojem języka (Kelman & Schneider, 1994) i jest szeroko stosowana w edukacji wczesnoszkolnej w Wielkiej Brytanii (Cummins & Hulme, 1997). Ponadto istnieje wiele podobieństw między elementami Palin PCI a innymi interwencjami skoncentrowanymi na rodzicach w pracy z dziećmi z zaburzeniami językowymi (Girolametto, Greenberg & Manolson, 1986; Manolson, 1992; Weistuch, Lewis & Sullivan, 1991). Strategie Interakcyjne w ramach Palin PCI będą wspierać ogólny rozwój języka i realizację dźwięków mowy dziecka, podobnie jak inne Strategie Rodzinne, takie jak naprzemiennność w rozmowie, bez nakładania dodatkowych wymagań na mowę dziecka. Ponadto strategie spowalniające tempo interakcji i zwiększające pauzowanie będą wspierać ogólną mowę, język i komunikację dziecka, ponieważ daje ono sobie więcej czasu na myślenie, planowanie i realizację tego, co chce powiedzieć.

Po zakończeniu programu Palin PCI i monitorowaniu postępów dziecka rozważymy w razie potrzeby bezpośrednią terapię językową i/lub artykulacyjną. Jeśli trudności językowe lub artykulacyjne są łagodne i nie wpływają na skuteczność komunikacji dziecka, możemy poczekać, aż dziecko osiągnie postęp w zakresie jękania, który utrzyma się przez około trzy miesiące, zanim rozpoczniemy kolejny etap terapii.

Poniżej przedstawiono kwestie, które należy wziąć pod uwagę podczas bezpośredniej pracy nad umiejętnościami językowymi lub artykulacyjnymi dziecka, które się jąka.

Koncentracja na umiejętnościach odbiorczych, a nie nadawczych

Stosujemy standardowe metody pracy nad językiem lub artykulacją, jednak początkowo kładziemy większy nacisk na wprowadzanie nowych umiejętności i pojęć, bez zwiększania wymagań dotyczących produkcji ze strony dziecka. Jeśli problem dotyczy fonologii, koncentrujemy się na modelowaniu dźwięków, nad którymi pracujemy oraz rozwijaniu świadomości słuchowej i umiejętności metajęzykowych dziecka. Ostrożnie podchodzimy do korygowania błędów realizacji dźwięków mowy, ponieważ dziecko może stać się nadmiernie świadome swoich „błędów” i bardziej koncentrować się na poprawnym mówieniu, co z kolei może nasilać jękanie. Dlatego zalecamy rodzicom, aby jeśli dziecko popełni w domu błąd w realizacji dźwięku mowy, powtórzyli jego wypowiedź, podając prawidłowy model, bez proszenia dziecka o samodzielne wypowiedzenie poprawnej formy słowa.

Monitorowanie jąkania

Musimy uważnie monitorować jąkanie dziecka podczas bezpośredniej pracy nad jego językiem lub mową. Chcemy zachować równowagę między uczeniem dziecka strategii modyfikacji mowy a zwiększaniem wymagań wobec jego systemu, aby uniknąć nasilenia jąkania. Zauważyliśmy, że okres terapii skoncentrowanej na mowie lub języku czasami skutkuje krótkotrwałym wzrostem jąkania, gdy dziecko robi postępy w swoim rozwoju. Jednak wzrost jąkania może również wskazywać, że zbyt duży nacisk kładziony jest na umiejętności wytwarzania mowy lub języka dziecka.

Podczas bezpośredniej pracy z dzieckiem jękającym się, które ma dodatkowe trudności w zakresie mowy i/lub języka, koncentrujemy się na umiejętnościach odbiorczych, monitorujemy jego jąkanie oraz bierzemy pod uwagę poziom jego mowy i języka.

Poziom mowy i języka dziecka

Podczas bezpośredniej pracy z dzieckiem nad jego jąkaniami (Strategie dla Dziecka) ćwiczymy strategie modyfikacji mowy wyłącznie z użyciem struktur językowych i artykulacyjnych, które dziecko już opanowało. Nie oczekujemy, że dziecko będzie pracować jednocześnie nad modyfikacją mowy i językiem lub nad modyfikacją mowy i artykulacją w ramach tej samej aktywności, dopóki nie będziemy pewni, że potrafi ono wykorzystać to, czego nauczyło się oddzielnie, najpierw na prostym poziomie.

Podsumowanie

Strategie dla Dziecka mają na celu budowanie pewności siebie i kompetencji dziecka jako komunikatora poprzez zmniejszenie poznawczego i emocjonalnego wpływu jąkania na dziecko. Osiąga się to poprzez rozwijanie jego poczucia własnej wartości i umiejętności komunikacji społecznej oraz poprzez eksplorowanie strategii, które pomagają dziecku samodzielnie regulować tempo i timing swojej mowy, tak aby maksymalizować jego możliwości motoryczne i językowe w zakresie mówienia.

Studium przypadku Jake, 6 lat

Sesja pierwsza

- 1 *Skalowanie SFBT: Aby ustalić, jakie są najlepsze oczekiwania Jake'a związane z terapią, poproszono go o zapisanie liczb od 0 do 10 na oddzielnych kartkach i ułożenie ich na podłodze od jednego końca pokoju do drugiego. Następnie poproszono go, aby stanął na liczbie, która odpowiada temu, gdzie znajduje się teraz, Jake stanął na liczbie 7. Zapytano go, dlaczego jest na 7 i co pomogło mu się tam znaleźć. Odpowiedział, że mówienie jest łatwiejsze niż wcześniej, jego koledzy nie zwracają zbyt wiele uwagi na jego jękanie, a Czasy Specjalne pomogły. Następnie poproszono go, aby stanął na liczbie 10 i wyobraził sobie, co się zmieni w tym dniu, kiedy będzie na 10. Początkowo powiedział: „Nie będę się zacinał”, więc zapytano go: „Co będziesz robił zamiast się zacinać?” Odpowiedział: „Mówienie będzie łatwiejsze”, „Będę więcej rozmawiał w szkole”, „Będę częściej podnosił rękę”, „Pani będzie zadawać mi więcej pytań” i „Będę krzyczał « gol! » na piłce nożnej”.*
- 2 *Uczenie się o mówieniu: Omówiono z Jake'em i jego mamą bezpośrednio podejście terapeutyczne. Wykorzystano materiały „Maszyna mowy”, aby nauczyć Jake'a, jak powstaje mowa (<https://www.teacherspayteachers.com/Product/Speech-Machine-3845168>). Jake z przyjemnością uczył się o częściach ciała zaangażowanych w mówienie i o tym, jak współpracują one ze sobą, aby wytworzyć mowę. Był chętny do nauki nowych słów, np. płuca, struny głosowe, i chciał sprawdzić wiedzę swojego brata na temat tych pojęć po powrocie do domu. Lustro było używane do wymawiania różnych dźwięków, np. „p”, „d”, „k” i „f”, oraz do pomocy Jake'owi w zastanowieniu się, których części ust używa do wytwarzania tych dźwięków.*
- 3 *Zadanie domowe: Jake zdecydował, że narysuje własną „Maszynę Mowy” i ustalono, że sprawdzi wiedzę swojego brata oraz podzieli się z nim tym, czego nauczył się o tym, jak powstaje mowa.*

Sesja druga

- 1 *Co poszło dobrze? Zapytana o to, co poszło dobrze w tym tygodniu, mama Jake'a powiedziała, że był to dobry tydzień. Jake z przyjemnością uczył brata, jak powstaje mowa. Był bardzo entuzjastyczny, wobec tego, czego się nauczył i zabrał rysunek swojej „Maszyny Mowy” do szkoły, aby pokazać go nauczycielce. Mama była zadowolona, że Jake czuł się na tyle swobodnie, by zabrać swój rysunek do szkoły. Dodała również, że ponowne rozpoczęcie sesji terapeutycznych skłoniło ją do przywrócenia wcześniejszej rutyny wieczornego kładzenia się spać, a w ostatnich dniach zauważyła, że Jake jest mniej zmęczony i spokojniejszy.*
- 2 *Uczenie się o jękanii: Jake przyniósł swój rysunek na sesję i wykorzystano go do zbadania, co dzieje się z jego mówieniem, gdy się jąka. Jake powiedział, że jego słowa „utykają”, gdy się jąka, i potrafił wskazać, że najczęściej „utykają” z tyłu jamy ustnej oraz na wargach. Zapytano go, które części ciała współpracują, aby powstała mowa, i odpowiedział, że używa mózgu, ale potrzebuje więcej czasu, ponieważ „zazwyczaj jest trochę w pośpiechu”. Zapytano go, jaką różnicę zauważa, gdy daje sobie czas, i powiedział, że mówienie jest łatwiejsze, ma*

lepsze pomysły i mniej się jąka. Terapeuta modelował różne typy zachowań związanych z jękaniem, a Jake z zainteresowaniem łączył je z „Maszyną Mowy”, np. dłuższe przytrzymywanie zębów na wargach przy przedłużaniu głósłki „f”, „zacinanie się” w gardle itp. Jake i jego mama na zmianę identyfikowali różne zachowania związane z jękaniem modelowane przez terapeutę przy użyciu kart obrazkowych. Następnie każde z nich na zmianę prezentowało różne typy zachowań związanych z jękaniem, które terapeuta miał rozpoznać. Mama Jake’a wyraziła zaskoczenie tym, jak zrelaksowany był Jake podczas sesji i jak bardzo wydawało się, że czerpie przyjemność z uczenia się o mówieniu i jękaniu. Zapytała, dlaczego uczy się o różnych typach zachowań związanych z jękaniem, a zamiast podać uzasadnienie, terapeuta zapytał Jake’a i jego mamę: „Jak myślicie? Dlaczego uczymy rodziny o różnych zachowaniach związanych z jękaniem?” Byli w stanie zastanowić się nad korzyściami płynącymi z otwartego podejścia do jękania i możliwości mówienia o nim w rzeczowy sposób. Jake spodobała się także idea stania się ekspertem od własnej mowy.

- 3 *Zadanie domowe:* Ustalono, że Jake i jego mama podzielą się z bratem tym, czego nauczyli się o różnych typach zachowań związanych z jękaniem. Zostali także poproszeni o naprzemienne prezentowanie i identyfikowanie różnych typów zachowań związanych z jękaniem na poziomie pojedynczego słowa. Jake zaproponował wybieranie słów z jednej ze swoich gazet piłkarskich.

Sesja czwarta

- 1 *Co poszło dobrze?* Zanim terapeuta zdążył zapytać „Co poszło dobrze w tym tygodniu?”, Jake opowiedział o meczu piłkarskim, w którym jego drużyna wygrała 5 do 4, a on strzelił trzy gole. To doprowadziło do rozmowy o jego umiejętnościach piłkarskich i o tym, jak udało mu się zdobyć trzy bramki. Jake narysował siebie w stroju piłkarskim z tytułem „Zdobywca Super Goli!”. Mama Jake’a skomentowała wzrost jego pewności siebie w piłce nożnej oraz to, że zauważyła, jak swobodnie rozmawiał z kolegami z drużyny i trenerem przed i po meczu w tym tygodniu.
- 2 *Modyfikacja mowy:* Przed wprowadzeniem Mowy autobusikowej zapytano Jake’a, co już wie o tym, co pomaga mu w mówieniu. Wiedział, że wolniejsze mówienie jest pomocne, jednak powiedział, że często zapomina o tym, by zwolnić. Omówiono potrzebę koncentracji przy wolniejszym mówieniu i zapewniono Jake’a, że nie oczekuje się od niego mówienia wolno przez cały czas. Jake i jego mama zostali zapoznani z historią samochodu wyścigowego i autobusu. Jake potrafił skutecznie rozróżniać tempo wolne z pauzami i tempo szybkie oraz wytwarzać je na poziomie pojedynczego słowa. Gdy mama Jake’a przejęła włączyła się do ćwiczenia, poproszono ją o używanie swojego zwykłego poziomu głośności przy modelowaniu tempa wolnego z pauzami, ponieważ miała tendencję do mówienia nieco ciszej. Jake zabrał do domu obrazek samochodu wyścigowego i autobusu (Załącznik XXVIII) do pokolorowania, a oni zostali poproszeni o ćwiczenie w domu na poziomie pojedynczego słowa trzy do pięciu razy w tygodniu. Jake w poprzednim tygodniu z przyjemnością wybierał słowa z gazety piłkarskiej i zapytał, czy w tym tygodniu może wybierać słowa ze swojej ulubionej książki o zwierzętach. Otrzymali kartę „Ćwiczenia domowe” (Załącznik XXX) do

zapisywania sesji ćwiczeń. Mamie Jake'a przypomniano, że te sesje ćwiczeń nie zastępują Czasów Specjalnych, ale są do nich dodatkiem.

Sesja 4

- 1 Co poszło dobrze w tym tygodniu? Na kartce papieru odrysowano kontur dłoni Jake'a. Jake i jego mama zostali zapytani „Co poszło dobrze w tym tygodniu?“, a ich odpowiedzi zapisano na każdym palcu. Ćwiczyli rozróżnianie i wytwarzanie tempa wolnego z pauzami oraz tempa szybkiego i szło im to dobrze. Mama powiedziała, że Jake bardzo dobrze rozróżnia słuchowo i udaje tempo mowy samochodu wyścigowego i autobusu. Wyraziła zaskoczenie, jak dobrze potrafił wytwarzać tempo wolne z pauzami, biorąc pod uwagę jego skłonność do bycia w ciągłym pośpiechu.
- 2 Modyfikacja mowy: Ćwiczą Mowę autobusową na poziomie 2 słów, a następnie zwiększono do poziomu 3 słów. Jake potrafił łatwo zwolnić tempo, gdy autobus się poruszał i korzystał z przypomnień, by zatrzymać się i pomyśleć przed wypowiedzią — „poczekać, aż ludzie wsiądą do autobusu”. w pokoju ukryto różne przedmioty, a Jake musiał albo nazwać znaleziony przedmiot i jego kolor, np. „niebieska ryba”, „czerwony pies”, albo nazwać przedmiot z użyciem zwrotu wprowadzającego, np. „Znalazłem kota”, „Znalazłem rybę”.
- 3 Emocje: Zagrano w grę „pary emocji” (www.childhood101.com). Jake i jego mama byli zachęceni do nazywania emocji przy każdej znalezionej parze oraz do rozmowy o tym, co sprawiało, że tak się czuli.
- 4 Zadanie domowe: Jake i jego mama zgodzili się ćwiczyć Mowę autobusową na 2 i 3 słowach w ciągu tygodnia. Mamę Jake'a poproszono o chwalenie go, gdy usłyszy, że spontanicznie używa swojej Mowy autobusowej, np. „Właśnie zauważyłam, że użyłeś swojej Mowy autobusowej. Brawo.” Przypomniano jej, aby nie zachęcała go do używania Mowy autobusowej poza sesjami ćwiczeń. Otrzymała kopię obrazków z emocjami do gry w „pary emocji” w domu.

Sesja 5

- 1 Co poszło dobrze? Zapytana „Co poszło dobrze w tym tygodniu?“, mama Jake'a powiedziała, że nie udało jej się pochwalić Jake'a za spontaniczne używanie Mowy autobusowej, ponieważ nie słyszała, aby używał jej poza sesjami ćwiczeń. Zapewniono ją, że nie stanowi to problemu, ponieważ Jake był zobowiązany do używania Mowy autobusowej jedynie podczas wspólnych, ustrukturyzowanych sesji ćwiczeń. Terapeuta wyjaśnił, że uogólnienie strategii modyfikacji mowy, takiej jak Mowa autobusowa, na codzienną mowę dziecka może być wyzwaniem i może zająć trochę czasu. Poinformowano ją, że w trakcie terapii ćwiczenia przechodzą od bardziej ustrukturyzowanych do mniej ustrukturyzowanych aktywności, np. używania Mowy autobusowej przez pięć minut podczas swobodnej zabawy lub w drodze do szkoły, co pomoże Jake'owi w uogólnianiu. Następnie zapytano ją: „Co poszło dobrze w używaniu Mowy autobusowej przez Jake'a w tym tygodniu?”. Odpowiedziała, że ćwiczyli opisywanie przedmiotów wyciąganych z torby z niespodziankami w domu. Na zmianę wyciągali przedmiot z torby, następnie „czekali, aż ludzie wsiądą do autobusu”, po

czym powoli opisywali przedmiot. Mama Jake'a przyznała, że czasami zapominała zrobić pauzę lub zwolnić tempo podczas swojej tury, a Jake szybko to zauważał i przypominał jej, by używała swojej Mowy autobusikowej. Powiedziała, że podczas sesji ćwiczeń Jake pamiętał, by zatrzymać się i pomyśleć przed wypowiedzią oraz by zwolnić tempo. Jake powiedział, że lubi ćwiczyć Mowę autobusikową, ponieważ mówienie jest łatwiejsze, gdy daje sobie czas. Dodał, że próbował używać Mowy autobusikowej w szkole, rozmawiając z kolegami.

Mama Jake'a powiedziała, że podobała im się gra „pary emocji”. Stwierdziła, że Jake ma doskonałą pamięć i podobało mu się to, że wygrywał większość par. Powiedziała, że pomocne było rozmawianie o tym, co wywołuje różne emocje, oraz uwzględnianie nie tylko tego, co wywołuje emocje negatywne, ale także pozytywne. Dodała, że było pomocne dla Jake'a zrozumienie, jak normalne jest odczuwanie różnych emocji, ponieważ sama podzieliła się z nim, że również czasami czuje frustrację, złość czy smutek.

- 2 Modyfikacja mowy: Wprowadzono aktywności na poziomie zdania. Wykorzystano grę w łowienie ryb z magnetycznymi rybkami i wędką. Jake i jego mama na zmianę łowili rybę z dołączoną kartą obrazkową i opisywali obrazek. Oprócz informacji zwrotnej od logopedy na temat używania Mowy autobusikowej, Jake był zachęcany do refleksji nad własnym użyciem Mowy autobusikowej, np. „Jak ci poszło?”, „Czy zdobyłeś punkt za swoją Mowę autobusikową?”, „Czy pamiętałeś, żeby zwolnić?” itp. Gdy pojawiał się epizod jękania, był on odnotowywany w rzeczowy sposób, a Jake nie był proszony o powtórzenie wypowiedzi.

Jake konsekwentnie utrzymywał wolne tempo; jednak nadal potrzebował okazjonalnych przypomnień, aby dać sobie czas na myślenie przed wypowiedzią. Mamę Jake'a poproszono, aby „wylbrzymiła” swoje „czekanie, aż ludzie wsiądą do autobusu” podczas swojej tury. Logopeda wyjaśnił następnie, że wszyscy będą używać Mowy autobusikowej podczas wspólnej zabawy. Jake został poproszony o uważne słuchanie mamy i terapeuty, a jeśli usłyszy „samochody wyścigowe”, powinien powiedzieć im, aby używali swojej Mowy autobusikowej. Podczas swobodnej zabawy bardzo dobrze utrzymywał Mowę autobusikową.

- 3 Zadanie domowe: Jake i jego mama zgodzili się ćwiczyć Mowę autobusikową w domu na poziomie zdania lub przez 5 minut swobodnej zabawy. Mamę Jake'a poproszono o chwalenie go, gdy usłyszy, że spontanicznie używa Mowy autobusikowej. Przypomniano jej również, aby nie zachęcała go do używania Mowy autobusikowej poza ustrukturyzowanymi sesjami ćwiczeń. Uzgodnili także, że będą nadal grać w „pary emocji” w domu.

Sesja szósta

- 1 Co poszło dobrze w tym tygodniu? Jake został poproszony, aby wymyślił 5 przykładów tego, co poszło dobrze w szkole, oraz 5 przykładów tego, co poszło dobrze w domu w tym tygodniu. Za każdy pomysł otrzymywał figurkę zwierzęcia i ustalono, że będzie mógł bawić się nimi podczas swobodnej zabawy w trakcie sesji. z entuzjazmem opowiadał terapeutce o nowym temacie w szkole – „Ciało człowieka” – i o tym, że potrafił odpowiedzieć na wiele pytań, gdy nauczyciel mówił o częściach ciała. Mama Jake'a powiedziała, że podczas ćwiczeń Jake dobrze używał Mowy autobusikowej i że zauważyła, iż czasami również poza ćwiczeniami dawał sobie czas na myślenie i zwalniał tempo. Spostrzegła, że nie miał tendencji do jękania

się, gdy dawał sobie więcej czasu na myślenie i zwalniał tempo. Pamiętała, aby chwalić go, gdy spontanicznie używał Mowy autobusikowej, i komentowała jego „ładne mówienie” – „Wow, to było płynne!”. Omówiono potencjalne konsekwencje chwalenia płynności i wygenerowano alternatywy, takie jak: „Brawo za użycie Mowy autobusikowej”, „Zauważyłam, że pomyślałeś, zanim powiedziałaś swój pomysł” oraz „Brawo za wolniejsze mówienie”.

Powiedziała, że w kilku sytuacjach w tym tygodniu miała ochotę przypomnieć Jake’owi, aby używał Mowy autobusikowej poza sesjami ćwiczeń, ale powstrzymała się. Zamiast tego zrobiła pauzę i zwolniła własne tempo mówienia. Poproszono ją o zastanowienie się, jaką różnicę robiło to, że sama robiła pauzę i zwalniała tempo, zamiast prosić Jake’a o używanie Mowy autobusikowej.

- 2 *Emocje: Ponownie zagrano w „pary emocji”. Przy każdej znalezionej parze Jake i jego mama nazywali emocję, rozmawiali o tym, co ją wywołało oraz jak zazwyczaj reagują, gdy ją odczuwają. Jake potrafił wskazać wiele sytuacji, które wywołują u niego frustrację, np. podczas piłki nożnej, gdy rysował obrazek i popełnił błąd lub gdy trudno było mu coś zbudować z Lego. Zachęcono go także do zastanowienia się, co pomaga mu się uspokoić, gdy czuje frustrację.*
- 3 *Modyfikacja mowy: Wykorzystano grę „Kostki do opowiadania historii”, polegającą na opowiadaniu historii łączącej wszystkie obrazki na kostkach. Jake, jego mama i logopeda na zmianę rzucali kostką i wymyślali pomysł. Wymagało to od Jake’a wypowiedzienia więcej niż jednego zdania w jednej turze. Terapeuta i mama Jake’a modelowali dawanie sobie czasu na pomyślenie przed wypowiedzeniem pierwszego zdania oraz między kolejnymi zdaniami.*

Omówiono Okres Utrwalania.

- 4 *Zadanie domowe: Modyfikacja mowy: Jake i jego mama zgodzili się ćwiczyć Mowę autobusikową 3 do 4razy w tygodniu oraz przysyłać karty pracy co tydzień. w Okresie Utrwalania sesje ćwiczeń miały obejmować połączenie aktywności ustrukturyzowanych i mniej ustrukturyzowanych. Ustalono, że mniej ustrukturyzowane aktywności mogą odbywać się podczas swobodnej zabawy lub w innych ustalonych momentach, np. w drodze na trening piłki nożnej lub podczas rozmowy w kawiarni po basenie. Uzgodnili, że będą przypominać sobie nawzajem o używaniu „Mowy autobusikowej” na początku wspólnego czasu. Jake powiedział, że chciałby również zapytać brata, czy chciałby mieć „czasy Mowy autobusikowej” podczas posiłków lub dołączyć do nich w ustrukturyzowanej sesji ćwiczeń. Jake’owi spodobał się pomysł monitorowania tempa mówienia brata i przypomnienia mu o używaniu Mowy autobusikowej, jeśli usłyszy, że mówi jak samochód wyścigowy. Sporządzono listę aktywności do ustrukturyzowanych sesji ćwiczeń, obejmującą te realizowane w gabinecie oraz te, które Jake i jego mama wykonywali w domu i które sprawdziły się dobrze. Mamie Jake’a przypomniano, aby chwaliła Jake’a, gdy usłyszy, że spontanicznie używa Mowy autobusikowej. Przypomniano jej także, aby nie zachęcała go do*

używania Mowy autobusikowej poza sesjami ćwiczeń oraz że *Special Times* nie są okazją do ćwiczenia Mowy autobusikowej.

Książka o emocjach „*Jak się dziś czujesz?*” autorstwa Molly Potter została polecona Jake’owi i jego mamie do przeczytania. Uzgodnili, że będą nadal grać w „*pary emocji*” oraz prowadzić „*Dziennik uczuć*”, w którym codziennie zapisywali, jak Jake się czuł, co wywołało dane uczucie oraz co zrobił, aby się uspokoić.

Okres Utrwalania

Mama Jake’a przesłała karty ćwiczeń Mowy autobusikowej z pierwszych 4 tygodni, w których odnotowała, że wszystko przebiegało dobrze. Powiedziała, że udawało jej się chwalić Jake’a za spontaniczne używanie Mowy autobusikowej, ponieważ zauważała, że robi pauzę przed przedstawieniem swoich pomysłów i że w wielu sytuacjach zwalnia tempo. Przesłała również kilka przykładów z „*Dziennika uczuć*” Jake’a, w których zapisywał jedną emocję, jaką odczuwał każdego dnia. Nie przesłała kart pod koniec 5 tygodnia. Wysłała e-mail do logopedy, informując, że był to pracowity tydzień; kontynuowali ćwiczenia, ale nie wypełniła kart. Uzupełniła je ponownie w ostatnim tygodniu Okresu Utrwalania i przyniosła na wizytę kontrolną.

Rozwiązywanie trudności

Co jeśli:

- * Rodzice oczekują, że dziecko będzie w stanie stosować strategię przez cały czas?

Kiedy rodzice słyszą, że ich dziecko stosuje strategię i jąka się mniej, naturalne jest, że chcą, aby używało tej strategii tak często, jak to możliwe. Aby pokazać rodzicom, jak trudne byłoby to dla dziecka, czasami prosimy ich, by podczas rozmowy z nami w gabinecie sami stosowali tę samą strategię. Po ok. 10 minutach pytamy, jak im poszło i jakie to było doświadczenie koncentrować się na zmianie sposobu mówienia w trakcie prowadzenia rozmowy. Zwykle okazuje się, że rodzice szybko uświadamiają sobie, jak trudne byłoby dla ich dziecka utrzymywanie tej strategii przez dłuższy czas. Przypominamy rodzicom, że dziecko potrzebuje ćwiczyć stosowanie swojej strategii w ustrukturyzowanych sesjach ćwiczeniowych, aby rozwinąć tę umiejętność do poziomu, na którym będzie mogło korzystać z niej w codziennych rozmowach, choć nawet po osiągnięciu takiego poziomu kompetencji może jej nie używać, ponieważ wymaga to dodatkowego wysiłku.

- * Dziecko potrafi dobrze stosować strategię modyfikacji mowy w gabinecie lub w ustrukturyzowanych ćwiczeniach w domu, ale nie dochodzi do jej uogólnienia?

Zachęcamy do uogólniania od samego początku naszej pracy w nurcie terapii bezpośredniej, zlecając dziecku i rodzicowi zadania domowe do wykonania między sesjami terapeutycznymi. Na początku oczekujemy jedynie, że dziecko będzie stosować swoją Mowę żółwikową lub Mowę autobusikową podczas krótkich, ustrukturyzowanych sesji ćwiczeniowych; następnie wspieramy proces uogólniania, przechodząc do mniej ustrukturyzowanych form ćwiczeń, np. dziecko i rodzic uzgadniają, że przez 5 minut będą używać swojej Mowy żółwikowej lub Mowy autobusikowej podczas wspólnego spaceru do

szkoły, w czasie posiłku lub kiedy dziecko rozmawia z babcią przez telefon. Ponadto możemy wspierać uogólnianie, zachęcając rodziców, by chwalili dziecko, gdy zauważą, że spontanicznie używa swojej Mowy żółwikowej lub Mowy autobusikowej poza sesjami ćwiczeniowymi.

Uogólnianie strategii modyfikacji mowy w codziennej komunikacji dziecka może być trudne i wymagać czasu. u niektórych dzieci zachodzi ono naturalnie i spontanicznie, ale nie dotyczy to wszystkich dzieci, z którymi pracujemy. Po pracy nad modyfikacją mowy niektórzy rodzice zgłaszają zmniejszenie jąkania; nie zawsze jednak obserwują, aby dziecko korzystało ze swojej strategii modyfikacji mowy w codziennych rozmowach. w przeszłości korzystaliśmy z tzw. karty z gwiazdkami, aby wspierać uogólnianie – rodzice reagowali na momenty, w których dziecko używało strategii, i przyklejali naklejkę na kartę, którą następnie przynoszono na kolejną sesję, by pokazać, ile naklejek zostało przyznanych. Obecnie byłibyśmy ostrożni w wprowadzaniu takiej karty. z naszego doświadczenia wynika, że może to wywierać na dziecko presję, by mówiło płynnie, lub sprawiać wrażenie, że płynność jest ostatecznym celem, a jąkanie jest czymś nieakceptowalnym. Dlatego musimy mieć świadomość naszych oczekiwań wobec uogólniania strategii modyfikacji mowy w pracy z małymi dziećmi, które się jąkają. Prosimy jednak rodziców, by od czasu do czasu chwalili dziecko, gdy spontanicznie używa swojej Mowy żółwikowej lub Mowy autobusikowej.

Zob. także pytanie powyżej – czy rodzice oczekują, że dziecko będzie w stanie stosować strategię przez cały czas.

* Dziecko staje się bardzo świadome swojej mowy i zaczyna się nią niepokoić?

Jeśli w odpowiedzi na sesje terapii bezpośredniej dziecko zaczyna być bardziej świadome swojej mowy i odczuwać z tego powodu niepokój, w pierwszej kolejności omawiamy z rodzicami, jak przebiegają ćwiczenia w domu, i upewniamy się, że koncentrują się oni wyłącznie na Mowie żółwikowej dziecka (lub innej strategii) podczas czasu przeznaczanego na ćwiczenia. Jak opisano powyżej, gdy rodzice słyszą, że dziecko stosuje strategię i jąka się mniej, mogą chcieć, aby używało jej jak najczęściej. Mogą więc przypominać dziecku o stosowaniu Mowy żółwikowej poza czasem ćwiczeń, podobnie jak inne osoby z jego otoczenia. Informujemy rodziców, że nie oczekujemy, aby dziecko stosowało Mowę żółwikową przez cały czas. Na początku oczekujemy jedynie, że będzie jej używać podczas krótkich, ustrukturyzowanych sesji ćwiczeniowych. Zachęcamy rodziców, by od czasu do czasu chwalili dziecko, gdy zauważą, że spontanicznie używa swojej Mowy żółwikowej poza sesjami ćwiczeniowymi. Na dalszym etapie niektóre dzieci chętnie przyjmują przypomnienia o używaniu strategii, jednak wprowadzamy to wyłącznie w porozumieniu z dzieckiem, a rodzice proszeni są o ograniczenie takich przypomnień do kilku razy dziennie. Sprawdzamy również z rodzicami, ile sesji ćwiczeniowych odbywa się w tygodniu (czy nie jest ich zbyt wiele lub zbyt mało), kiedy mają one miejsce (czy dziecko jest wtedy chętne do współpracy i niezbyt zmęczone) oraz jaki jest poziom trudności wykonywanych zadań (czy nie są zbyt łatwe lub zbyt trudne). Zależy nam, aby sesje ćwiczeniowe były dla dziecka przyjemne i dawały mu poczucie sukcesu. Niekiedy pomocne bywa ograniczenie ilości informacji zwrotnej i skupienie się na strategiach, jeśli zbyt duży nacisk kładzie się na płynność.

* Rodzice wycofują się z aktywnego uczestnictwa w terapii, ponieważ uważają, że teraz uwaga skupia się na dziecku i nie czują potrzeby angażowania się?

Rodzice pozostają kluczowym elementem terapii nawet wtedy, gdy pracujemy bezpośrednio z dzieckiem.

Od samego początku aktywnie włączamy rodziców w sesje terapii bezpośredniej, aby czuli się zaangażowani i rozumieli swoją stałą rolę we wspieraniu mowy dziecka. Podczas sesji demonstrujemy rodzicom techniki i ćwiczenia, a następnie obserwujemy, jak sami je realizują, przygotowując się do pracy z dzieckiem w domu.

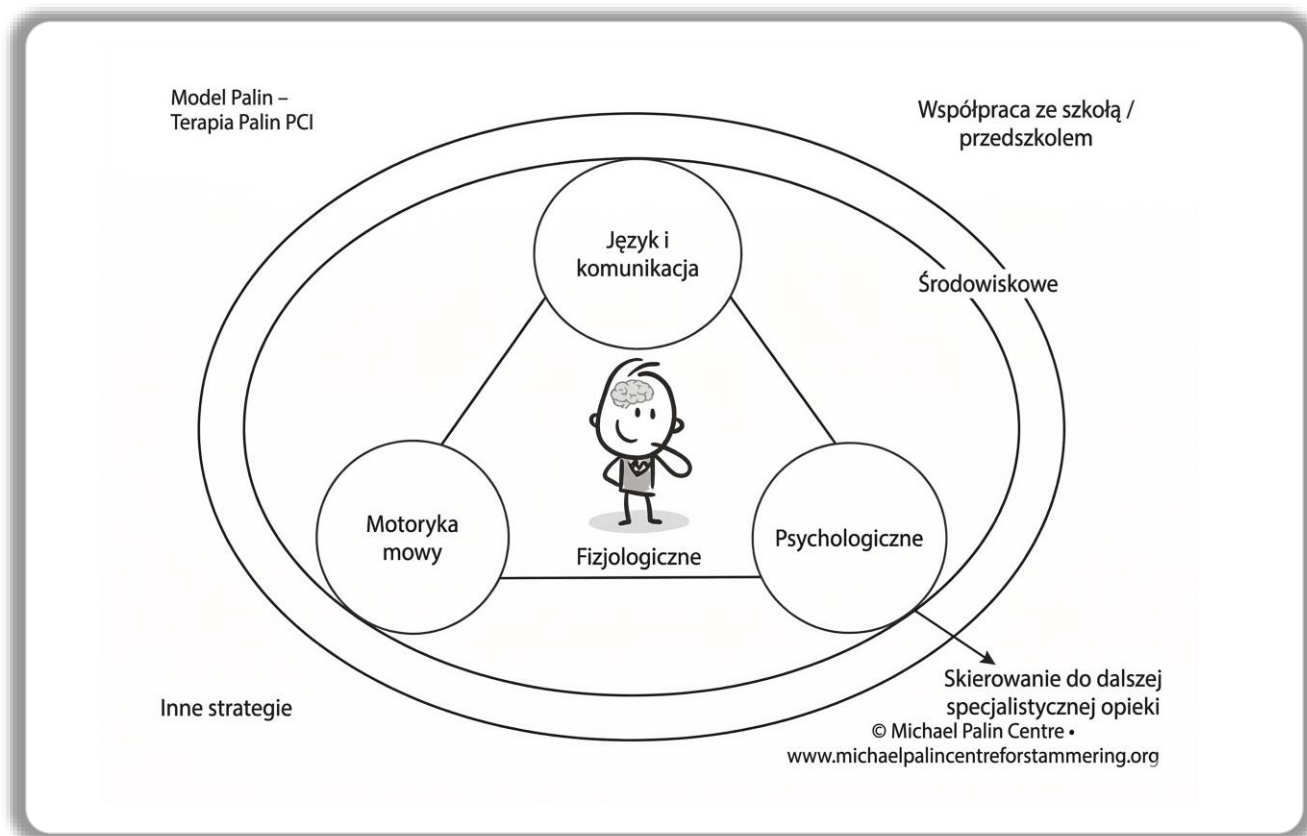
Jeśli w sesjach terapii bezpośredniej uczestniczy tylko jeden z rodziców, okresowo zapraszamy drugiego rodzica na spotkanie. Chcemy mieć pewność, że jest on na bieżąco z przebiegiem terapii oraz że wspólnie ustalimy, w jaki sposób może dalej wspierać mowę dziecka w domu i wspierać swojego partnera, nawet jeśli nie uczestniczy w sesjach co tydzień.

* Dziecko zaczyna jąkać się bardziej?

Z naszego doświadczenia klinicznego wynika, że bezpośrednia praca z dzieckiem może czasami prowadzić do nasilenia jąkania. Na przykład po pracy nad odwracaniem dziecko staje się bardziej otwarte w mówieniu o jąkaniu, co skutkuje tym, że pozwala sobie na jąkanie i mniej z nim walczy. Ten wzrost nasilenia jąkania prawdopodobnie ma charakter przejściowy. Inne dzieci mogą reagować na terapię bezpośrednią, wywierając na siebie presję, by zawsze stosować strategie modyfikacji mowy podczas mówienia. Może to nieumyślnie prowadzić do większego jąkania. Choć taki wzrost może być przejściowy, powinniśmy rozważyć nasze podejście i zastanowić się, czy zbyt duży nacisk nie został położony na strategię modyfikacji mowy. Zob. także sekcję powyżej dotyczącą sytuacji, gdy dziecko staje się bardziej świadome swojej mowy i zaczyna się nią niepokoić. Ważne jest, aby nie reagować nadmiernie na zwiększenie jąkania u dziecka oraz aby otwarcie omawiać z rodzicami zmiany w mowie dziecka i możliwe przyczyny/wyjaśnienia tych zmian. Rzeczywiście, wzrost nasilenia jąkania w trakcie terapii lub po jej zakończeniu może być jedynie odzwierciedleniem zmiennej natury jąkania i nie stanowić powodu do niepokoju.

Inne strategie

Inne
Współpraca ze szkołą / przedszkolem_
Skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki_
Inne



Współpraca ze szkołą / przedszkolem

Środowisko funkcjonowania małego dziecka, które się jąka, stanowi kluczowy obszar naszej interwencji. w wielu przypadkach wystarczające jest współdziałanie z rodzicami i rodziną w celu wprowadzenia drobnych zmian wspierających dziecko w radzeniu sobie z jąkaniem. Pracowaliśmy z wieloma rodzicami zatrudnionymi w pełnym wymiarze godzin, których dzieci korzystają z całodziennej opieki przedszkolnej. Można by przypuszczać, że w takich sytuacjach interwencja będzie mniej skuteczna, ponieważ kontakt dziecka z rodzicami jest ograniczony, a jego ekspozycja na pomocne strategie mniejsza. Jednak nasze doświadczenie pokazuje, że dzieci te robią dobre postępy, a praca z rodzicami jest wystarczająca, aby osiągnąć pozytywny efekt.

Zdarza się jednak, że rodzice proszą o przekazanie informacji na temat jąkania dziecka personelowi przedszkola lub szkoły. Za zgodą rodziców rutynowo przesyłamy do szkoły lub przedszkola kopię raportu z oceny, w którym opisany jest charakter jąkania, czynniki mogące na nie wpływać oraz zalecenia terapeutyczne. w razie potrzeby możemy przekazać dodatkowe, bardziej szczegółowe informacje i wskazówki – telefonicznie, pisemnie lub podczas wizyty. Ogólna wiedza na temat jąkania bywa ograniczona i nawet jeśli personel miał wcześniej doświadczenie z innymi dziećmi, które się jąkają, może ono nie mieć zastosowania w przypadku tego konkretnego dziecka. Pomocne może być wyjaśnienie, dlaczego dziecko się jąka i jakie czynniki wydają się na to wpływać. Personel przedszkola i szkoły może nie mieć pewności, jak reagować, gdy dziecko się jąka (Plexico, Plumb & Beacham, 2013). Warto zapewnić ich, że w porządku jest odnieść się do jąkania dziecka w naturalny sposób, tak jak do każdej innej trudności: „To słowo było trudne do powiedzenia, prawda?”. Personel może również potrzebować konkretnych wskazówek, co powiedzieć, jeśli chce pomóc dziecku, a kiedy po prostu słuchać. Ogólną zasadą jest to, że należy ich zachęcać, by starali się nie wypowiadać słowo za dziecko, to ono jest najlepszą

osobą, którą można zapytać, jak chciałoby, aby inni reagowali, gdy się jąka. Można również przekazać ogólne wskazówki dotyczące wspierania dziecka jękającego się w sytuacjach grupowych. Większość przedszkoli i szkół jest świadoma znaczenia naprzemienności w rozmowie, co jest szczególnie pomocne dla dziecka, które się jąka. Jednak może być wskazane poinformowanie personelu, że jeśli dziecko mówi bardzo długo lub monopolizuje wypowiedzi, właściwe jest poproszenie go, by pozwoliło mówić innym. Personel czasami zgłasza, że obawia się poprosić dziecko o przerwanie wypowiedzi, co może skutkować niezamierzonym dominowaniem przez nie w czasie kręgu lub innych dyskusji grupowych. Personel placówki może również odnieść korzyść z posiadania wiedzy o konkretnych strategiach stosowanych przez rodziców w celu wspierania dziecka, takich jak robienie pauz czy mówienie w wolniejszym tempie. Ważne jest jednak realistyczne podejście do oczekiwań wobec osób prowadzących duże grupy dzieci. Monitorowanie własnego stylu interakcji w relacji jeden na jeden może być wyzwaniem; robienie tego w klasie pełnej dzieci może wydawać się niemożliwe. Niemniej niektórzy nauczyciele przyjęli podejście obejmujące całą klasę w zakresie rozwijania umiejętności komunikacyjnych, co okazuje się bardzo pomocne. Podczas bezpośredniej pracy z dzieckiem personel przedszkola lub szkoły może odnieść korzyść z wiedzy o tym, na czym polegają sesje terapeutyczne i jakich strategii dziecko się uczy. Personel powinien jednak wiedzieć, aby nie przypominać dziecku o stosowaniu strategii, których nauczyło się podczas sesji terapeutycznych. Program Palin PCI może zostać dostosowany do pracy z personelem przedszkola i szkoły oraz innymi kluczowymi pracownikami. Jeśli dziecko ma wyznaczonego konkretnego opiekuna lub nauczyciela, który jest gotów i ma możliwość uczestniczyć w szkoleniu, może to wzmocnić program terapeutyczny (zob. Rozdział 10). Personel może potrzebować monitorować reakcje innych dzieci wobec dziecka, które się jąka. Wiele małych dzieci wydaje się beztrudnie nieświadomych różnic u innych, jednak czasem pojawia się ciekawość i brak zahamowań w komentowaniu. Intencją nie musi być złośliwość ani upokorzenie, lecz po prostu chęć uzyskania informacji: „Dlaczego tak mówisz?”, „Dlaczego on mówi dziwnie?”. Osoba dorosła może odpowiedzieć rzeczowo: „On mówi w ten sposób, ponieważ trudniej jest mu wypowiedzieć niektóre słowa. Wie, co chce powiedzieć; po prostu potrzebuje więcej czasu, żeby to powiedzieć. Możemy mu pomóc, czekając na niego”. Ważne jest również zwracanie uwagi na wczesne sygnały dokuczania, wyśmiewania dziecka lub naśladowania go. Ku zaskoczeniu i przerażeniu jego rodziców oraz nauczyciela, czteroletni Hanryk podczas badania dziecka powiedział nam, że inne dzieci w szkole nazywały go „chłopcem bo bo bo”.

Szkolenia wewnętrzne dla grup personelu przedszkolnego lub nauczycieli szkolnych również mogą być pomocne. Mogą one obejmować:

- * Burzę mózgow na temat różnych typów jękania i towarzyszących im emocji
- * Burzę mózgow dotyczącą czynników mogących wpływać na jękanie
- * Przedstawienie faktów na temat jękania
- * Burzę mózgow na temat tego, co można zrobić, aby pomóc dziecku, gdy się jąka
- * Przydatne strategie do zastosowania w przedszkolu / klasie
- * Dyskusję na temat reakcji dzieci na jękanie, w tym dokuczania
- * Sesję pytań i odpowiedzi

Zob. www.michaelpalincentreforstammering.org – materiały szkoleniowe dla nauczycieli.

Skierowanie do dalszej specjalistycznej opieki

Jak wspomniano wcześniej, jeśli dziecko ma dodatkowe potrzeby wymagające diagnozy lub interwencji, w porozumieniu z rodzicami kierujemy je do innych instytucji.

Studium przypadku *Ishan, 4 lata*

Współpraca z przedszkolem

Za zgodą rodziców Ishana kopia opinii logopedycznej została przesłana do jego przedszkola, a logopedka skontaktowała się telefonicznie z jego nauczycielem wiodącym. Odpowiedziała na pytania nauczyciela dotyczące czynników wpływających na jękanie chłopca oraz sposobów najlepszego wspierania go w środowisku przedszkolnym. Omówiono również wzmacnianie pewności siebie Ishana poprzez stosowanie konkretnych pochwał.

Studium przypadku *Jake, 6 lat*

Współpraca ze szkołą

Za zgodą matki Jake'a kopia opinii logopedycznej została przesłana do jego szkoły.

W ciągu pierwszych sześciu tygodni terapii matka Jake'a wspomniała, że nauczyciel zapytał ją, czy powinien odnosić się do jękania Jake'a w szkole. Terapeuta skontaktowała się telefonicznie z nauczycielem i omówili, w jaki sposób oraz kiedy może on rozmawiać z Jake'em o jego jękaniu. Terapeuta opisał także strategie budowania pewności siebie stosowane przez matkę Jake'a, a nauczyciel zgodził się wprowadzić je również w szkole.

Dostosowywanie programu

Palin PCI



10

Wprowadzenie

Ustrukturyzowane programy terapeutyczne mogą być użytecznymi narzędziami klinicznymi. Zapewniają one krok po kroku przewodnik przez proces diagnozy i terapii. Jednak podejście „jedno dla wszystkich” prawdopodobnie nie zaspokoi potrzeb wszystkich dzieci, co z pewnością dotyczy także grupy dzieci jękających się. Większość badaczy i klinicystów zgadza się, że nie ma dwojga takich samych dzieci, które się jękają, dlatego każde dziecko wymaga terapii dostosowanej do jego specyficznych potrzeb.

Dostosowywanie programu Palin PCI dla dzieci z dodatkowymi potrzebami

Pracowaliśmy z wieloma dziećmi jękającymi się, które mają również dodatkowe potrzeby, takimi jak dzieci z zespołem Downa czy ze spektrum autyzmu. u tych dzieci początek jękania często pojawia się później, ponieważ złożoność językowa rozwija się u nich w późniejszym czasie (Bray, 2016). Może to być źródłem niepokoju zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców. Czasami, w przeciwieństwie do innych potrzeb dziecka, jękanie bywa postrzegane jako coś, co można „naprawić”. Wieloczynnikowy Model Palin pomaga nam zrozumieć zróżnicowanie, złożoność i zmienność dzieci jękających się, które mają dodatkowe potrzeby. Ułatwia także identyfikację istotnych czynników wpływających oraz ustalanie priorytetów terapeutycznych. Zarówno jękanie, jak i inne diagnozy mogą być kształtowane przez szereg czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Model pomaga również rodzicom zrozumieć złożoność jękania i regulować ich oczekiwania dotyczące możliwości „naprawienia” jękania dziecka.

Diagnoza

Kiedy kierowane jest do nas dziecko, które się jęka i ma dodatkowe potrzeby, stosujemy ten sam protokół diagnostyczny – przesiewowo oceniamy mowę, język i potrzeby komunikacyjne dziecka, analizujemy jękanie oraz określamy świadomość dziecka i wpływ jękania na jego funkcjonowanie. Zachęcenie do współpracy dziecka w procesie diagnozy może wymagać od terapeuty kreatywności, aby pomóc dziecku zaangażować się, zmotywować do udziału i komunikowania się. Często pomocne są wizualne plany dnia.

Następnie uzupełniamy te informacje o dane z wywiadu z rodzicami i zadajemy to samo pytanie, które stawiamy w odniesieniu do wszystkich dzieci: „Czego to dziecko potrzebuje?”. Pozwala to zidentyfikować kluczowe zagadnienia i priorytety – czyli to, czego dziecko potrzebuje, aby stać się pewnym siebie i kompetentnym mówcą.

Terapia

Gdy ustalimy, czego dziecko potrzebuje, możemy wykorzystać Strategie Interakcyjne i Rodzinne, aby wspierać jego potrzeby w jego unikalnym kontekście. Program Palin PCI nie wymaga więc zasadniczych zmian, ponieważ jest już dostosowany do indywidualnego dziecka i jego rodziny. Jednak w przypadku dzieci o większych potrzebach możemy rozważyć wprowadzenie modyfikacji lub uzupełnień. Planowanie sesji terapeutycznych ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia, że będą one optymalnym doświadczeniem dla każdego dziecka i jego rodziny. Warto rozważyć potrzeby dziecka w warunkach klinicznych: czy wie, czego się spodziewać i czego się od niego oczekuje. Obejmuje to również organizację przestrzeni gabinetu w sposób odpowiadający dziecku, w oparciu o wiedzę rodziców na temat tego, co je motywuje, uspokaja i wspiera. Droga rodziców do uzyskania dodatkowych diagnoz bywa trudna i często uwypukla to, czego dziecko nie potrafi, zamiast tego, co potrafi. Wykorzystanie Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (Solution Focused Brief Therapy, SFBT) w celu przesunięcia uwagi z trudności na zasoby może być dla rodziców wzmacniające. Rodzice komentowali, że po raz pierwszy poczuli nadzieję, ponownie zobaczyli swoje dziecko jako coś więcej niż dziecko z dodatkowymi potrzebami oraz zaczęli doceniać wszystkie jego mocne strony. Zachęcanie rodziców do zauważania i informowania nas o tym, co ich cieszy lub co przebiega dobrze, pomaga zmienić tę perspektywę zarówno terapeutom, jak i rodzicom. Nie istnieją jednoznaczne wytyczne pomagające w podejmowaniu decyzji klinicznych dotyczących tego, czy skoncentrować się na dodatkowych potrzebach dziecka czy na jękaniu, ani które z nich powinno być adresowane w pierwszej kolejności. W niektórych przypadkach bardziej odpowiednie może być nadanie priorytetu terapii ukierunkowanej na dodatkowe potrzeby dziecka, a dopiero później zajęcie się jękaniem. W innych sytuacjach ważniejsze może być najpierw podjęcie pracy nad jękaniem i jego wpływem na dziecko i/lub rodziców. Zawsze istotne jest uświadamianie sobie granic własnych kompetencji. Jeśli dziecko jękające się prezentuje znaczące dodatkowe potrzeby w obszarze zdrowia psychicznego, edukacji lub medycyny, wspieramy rodziców w uzyskaniu odpowiedniej, specjalistycznej pomocy.

Dostosowywanie programu Palin PCI dla dzieci z mutyzmem wybiórczym

Stosowaliśmy program Palin PCI u dzieci z mutyzmem wybiórczym, które się jękały, i stwierdziliśmy, że mogą być potrzebne jedynie minimalne modyfikacje. Diagnoza dziecka może zostać dostosowana poprzez wykorzystanie rodziców jako źródła informacji na temat jękania dziecka i jego wpływu na nie, a także na temat mowy, języka i umiejętności komunikacyjnych dziecka. Rodzice mogą dysponować nagraniami wideo dziecka mówiącego, którymi mogą podzielić się z terapeutą, lub można wykonać nagranie w gabinecie, przy czym terapeuta opuszcza pomieszczenie. Połączenie tych informacji z tym, co rodzice przekazują podczas wywiadu, pozwala zebrać wystarczające dane, aby zrozumieć potrzeby dziecka. Następnie możemy określić, które Strategie Interakcyjne i Rodzinne najlepiej wesprą go z uwagi na jego jękanie oraz mutyzm wybiórczy. Strategie dla bezpośredniej pracy z dzieckiem mogą zostać włączone na późniejszym etapie, jeśli będzie to wskazane. Strategie terapeutyczne mogą być wdrażane przez rodziców zgodnie z opisem w poprzednich rozdziałach. Terapeuci mogą również wspierać rodziców w znalezieniu odpowiednich specjalistów oraz dodatkowej pomocy, której mogą potrzebować w radzeniu sobie z mutyzmem wybiórczym dziecka.

Dostosowywanie programu Palin PCI dla dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (Autism Spectrum Disorder, ASD) mogą prezentować typowe jąkanie, nietypową nie płynność mowy i/lub giekot, a także współwystępujące ruchy ciała oraz reakcje emocjonalne, poznawcze i behawioralne (Scaler Scott, Tetnowski, Flaitz i Yaruss, 2014). z naszych doświadczeń wynika, że warto uważnie rozważyć, w jaki sposób można dostosować program Palin PCI dla dzieci z ASD, w następujący sposób:

- 1** Warto uwzględnić potrzeby sensoryczne dziecka w warunkach klinicznych. Na przykład, jeśli dziecko nawykowo bierze przedmioty do ust, należy zapewnić mu coś odpowiedniego. Rodziców można wesprzeć w zaplanowaniu najlepszej trasy dojazdu do kliniki lub przygotowaniu historyjki społecznej ze zdjęciami gabinetu. Wprowadzamy rozsądne dostosowania (jeśli to konieczne i możliwe), np. umawianie wizyt w tym samym dniu, o tej samej godzinie, w tym samym pomieszczeniu.
- 2** Diagnoza jąkania może ujawnić nietypowe nie płynności, takie jak nie płynności w wygłosie wyrazu, często obserwowane u dzieci z ASD. Mogą one obejmować:
 - * powtarzanie końcowej głoski wyrazu, z pauzą lub bez, np. kot-t-t / kot (pauza)-t (pauza)-t
 - * powtarzanie końcowej sylaby wyrazu, z pauzą lub bez, np. samolo-lot-lot / samolo- (pauza)-lot (pauza)-lot
 - * przeciąganie końcowej głoski wyrazu, np. piesssss
 - * wtrącenia/przerwy w środku wyrazu – wstawianie „h”, np. Po-h-szedłem do pa-h-rku
 - * powtarzanie końcowej frazy, np. Poszedłem do parku – do parku – do parku.

Nie płynności w wygłosie wyrazu opisywano zarówno u dzieci w wieku przedszkolnym (Plexico, Cleary, McAlpine i Plumb, 2010), jak i szkolnym (Scaler Scott i in., 2014).

- 3** Niektóre Strategie Interakcyjne mogą wymagać dostosowania do potrzeb dziecka, np. podążanie za jego inicjatywą w zabawie.
- 4** Strategie Rodzinne, takie jak Budowanie Pewności Siebie, mogą wymagać uwzględnienia poziomu poznawczego i językowego dziecka, tak aby pochwała była dla niego znacząca. Wprowadzanie zasady naprzemienności może wymagać wcześniejszego uczenia się czekania na swoją kolej w zabawie, zanim pojęcie to zostanie przeniesione do rozmowy.
- 5** Podczas bezpośredniej pracy z dzieckiem i nauczania strategii modyfikacji mowy należy uwzględnić wpływ funkcji wykonawczych na uczenie się. Dziecko z ASD może mieć trudności z koncentracją, samoświadomością, samokontrolą, wyznaczaniem celów, hamowaniem reakcji, przywoływaniem informacji, pamięcią roboczą, elastycznością poznawczą, rozwiązywaniem problemów i wytrwałością w zadaniu. Trudności te mogą utrudniać naukę i stosowanie strategii modyfikacji mowy. Pamięć robocza dziecka może być przeciążona wymaganiami związanymi z formułowaniem wypowiedzi i skupianiem się na umiejętnościach komunikacyjnych, przez co może ono nie być w stanie jednocześnie modyfikować swojej mowy.

„Mowa żółwikowa” lub „Mowa autobusikowa” mogą być wprowadzane za pomocą historyjki społecznej albo przedstawiane jako technika używana przez ulubioną postać z bajki dziecka. Podczas ćwiczenia strategii modyfikacji mowy warto włączać szczególne zainteresowania dziecka: doceniać

jego wiedzę, okazywać zainteresowanie i pomagać mu czuć się skutecznym i interesującym rozmówcą.

Studium przypadku Trzyletnie dziecko z ASD, które się jąka

W przypadku trzyletniego dziecka z ASD, które rzadko podejmowało intencjonalną komunikację i się jąkało, wprowadzono następujące modyfikacje i rozszerzenia programu Palin PCI:

Sesja pierwsza

- * Rozwiązywanie pojawiających się trudności (np. związanych z przejściami między aktywnościami).
- * Generowanie pomysłów na „Specjalny Czas”, uwzględniając zabawy sensoryczne i/lub zainteresowania dziecka.
- * Rozmowy w nurcie SFBT (Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach) i pytania: „Co poszło dobrze?”.
- * Otwarte rozmowy na temat etapów rozwoju komunikacji.
- * Wprowadzenie przedmiotu odniesienia wspierającego przeniesienie terapii na sytuacje pozagabinetowe.

Sesja druga

- * Budowanie komunikacji: stwarzanie w ciągu dnia okazji do komunikowania się (np. podawanie rzeczy „po trochu”, odkładanie przedmiotów poza zasięg dziecka itp.).

Sesja trzecia

- * Podążanie za inicjatywą dziecka (modelowanie i używanie języka na jego poziomie, interpretowanie tego, czego jeszcze nie potrafi powiedzieć).

Sesja czwarta

- * Chwalenie na poziomie rozwojowym dziecka.

Sesja piąta

- * Bezpośrednie uczenie i modelowanie naprzemienności w zabawie.
- * Normalizowanie różnych etapów uczenia się i trudności wobec rodzeństwa, uznawanie uczuć siostry/brata i docenianie jej/jego roli.

Sesja szósta

- * Wsparcie rodziców w byciu dla siebie wyrozumiałymi oraz w dostrzeganiu „tego, co poszło dobrze” – u siebie i u dziecka.

W Rozdziale 11 zamieszczono również wypowiedzi rodziców dziecka, które się jąka i ma ASD, dotyczące ich doświadczeń z programem Palin PCI.

Dostosowywanie programu Palin PCI dla rodzin o zróżnicowanym tle kulturowym/językowym

Korzystanie z pomocy tłumacza

Aby zapewnić równy dostęp do usług dzieciom i rodzinom ze wszystkich środowisk, często potrzebujemy tłumaczy wspierających proces diagnozy i terapii. Korzystamy z profesjonalnych, odpowiednio przeszkolonych tłumaczy, a nie z członków rodziny, aby mieć pewność, że czynniki osobiste nie zakłócają przekazywanych informacji.

Podczas pracy nad stylem interakcji rodziców zawsze zachęcamy ich do mówienia w języku, którego naturalnie używają w kontakcie z dzieckiem. Jeśli nie jest to język angielski, prosimy tłumacza o przekład.

Różnice kulturowe

Tłumacze mogą być również nieocenionym źródłem ogólnych informacji na temat danej kultury, np. dotyczących postaw wobec niepełnosprawności, ról matek i ojców czy oczekiwań wobec terapii. Jednocześnie zachowujemy ostrożność w formułowaniu uogólnień kulturowych, ponieważ każda rodzina ma własny, unikalny zestaw postaw i zwyczajów. z naszych doświadczeń wynika, że to same rodziny są najlepszym źródłem informacji o swojej kulturze, stylach osobistych i preferencjach. Zauważyliśmy, że dla niektórych grup kulturowych pewne elementy programu Palin PCI mogą być większym wyzwaniem. Jeśli rodzice nie są przyzwyczajeni do zabawy z użyciem zabawek, możemy potrzebować kreatywności, by pomóc im wprowadzić „Czas Specjalny”. Możemy zaproponować, aby był on poświęcony czynnościom, które dziecko lubi, np. wspólnemu gotowaniu czy wyjściu do parku. Istnieją także różnice kulturowe dotyczące m.in. kontaktu wzrokowego, naprzemienności w rozmowie czy rytmu snu. Jedną z mocnych stron programu Palin PCI jest jednak to, że opiera się on na założeniu, iż rodzice intuicyjnie wiedzą, co pomaga ich dziecku – i w dużej mierze już to robią. Program pomaga im robić tego więcej. Nie prosimy ich o zaprzestanie dotychczasowych działań ani o przyjęcie zupełnie nowego stylu. Oznacza to, że niezależnie od kulturowego czy osobistego stylu rodzica, będzie on rozwijał te elementy swojego sposobu komunikowania się i wychowywania, które – w jego rozumieniu – są najbardziej pomocne dla dziecka. w ten sposób program Palin PCI jest z natury wrażliwy kulturowo i indywidualnie dopasowany do potrzeb poszczególnych rodzin.

Dostosowywanie programu Palin PCI, gdy jeden z rodziców nie jest dostępny

Ważne jest, aby rodziny miały równy dostęp do programu Palin PCI niezależnie od swojej sytuacji życiowej. Gdy jeden z rodziców mieszka poza domem (np. pracuje lub studiuje za granicą), rozpoczynamy terapię z dostępnym rodzicem, a następnie organizujemy dodatkowe spotkania, gdy drugi rodzic jest obecny. Alternatywnie możemy włączyć drugiego rodzica z wykorzystaniem teleterapii – terapii prowadzonej online (zob. poniżej).

Jeśli rodzice są w separacji lub po rozwodzie, ale oboje opiekują się dzieckiem, pytamy, czy chcą uczestniczyć w sesjach razem, czy osobno. Staramy się kierować ich preferencjami, ponieważ to oni wiedzą, czy wszystkim stronom będzie komfortowo pracować wspólnie, czy lepiej wybrać oddzielne spotkania. Jak wspomniano wcześniej, jeśli w życiu dziecka pojawili się nowi partnerzy, staramy się również ich włączyć. Ważne jest, aby wszyscy czuli się swobodnie. Przy organizowaniu sześciotygodniowego cyklu sesji zdarzało się, że rozdzieleni rodzice dzielili sesję na dwie części: jeden rodzic przyprowadza dziecko i uczestniczy w pierwszej połowie, po czym wychodzi; następnie drugi rodzic przychodzi na drugą część z dzieckiem.

W przypadku rodzin z jednym rodzicem, jeśli istnieje inna ważna osoba opiekująca się dzieckiem (np. nowy partner lub dziadek/babcia), którą rodzic chciałby włączyć, zapraszamy ją do udziału w sesjach. Jeśli dziecko pozostaje pod opieką innej osoby (np. opiekunki, niani lub dziadków), czasami również włączamy ją w terapię.

Dostosowywanie programu Palin PCI, gdy żaden z rodziców nie jest dostępny

Czasami terapeuci pracują w środowiskach, w których nie ma lub jest ograniczony dostęp do rodziców. Zawsze zachęcamy terapeutów do włączania rodziców w terapię małych dzieci jękających się (z powodów opisanych w Rozdziale 1). Jeśli rodzice nie mogą uczestniczyć w badaniu przesiewowym, możemy przeprowadzić wywiad przesiewowy telefonicznie (zob. Rozdział 4). Jeśli na tym etapie zalecana jest pełna diagnoza, to może ona może odbyć się w przedszkolu lub szkole, a my podejmiemy starania, by zorganizować spotkanie z rodzicami w celu przeprowadzenia wywiadu i sformułowania planu terapii. Zdarzało się, że po udziale w sesji wywiadu rodzice lepiej rozumieli swoją rolę w procesie terapii, nawiązywali relację z terapeutą i znajdowali sposoby, by jednak włączyć się w program. Jeśli nie jest to możliwe, terapeuta dysponuje już planem terapii, który można realizować w inny sposób – np. pracując z inną osobą dorosłą lub wykorzystując terapię online (teleterapię).

Palin PCI z udziałem innej osoby dorosłej

Jeśli dziecko uczęszcza do przedszkola lub szkoły, a rodzice nie mogą uczestniczyć w programie Palin PCI, możemy rozważyć współpracę z członkiem personelu przedszkola lub szkoły. Taki sposób adaptacji PCI był stosowany w pracy z dziećmi z trudnościami mowy i języka w placówkach wczesnoszkolnych (Hulme, 2005). Najlepiej sprawdza się on wtedy, gdy dziecko ma wyznaczonego nauczyciela/opiekuna prowadzącego, który jest dostępny i chętny do współpracy. Wówczas dostosowujemy program Palin PCI w następujący sposób:

- 1 Za zgodą rodziców omawiamy z nauczycielem/opiekunem wyniki diagnozy i pytamy o jego spostrzeżenia dotyczące tego, co pomaga dziecku.
- 2 Sporządzamy listę działań, do których nauczyciel/opiekun będzie dążył, aby wspierać dziecko. Na przykład.: „Chcemy pomóc mu mówić wolniej i dawać sobie więcej czasu na zastanowienie się, co chce powiedzieć”.
- 3 Omawiamy, w jaki sposób te działania będą wspierać mowę dziecka.
- 4 Nagrywamy wideo przedstawiające nauczyciela/opiekuna bawiącego się z dzieckiem.

- 5 Oglądamy nagranie wspólnie i pomagamy zidentyfikować momenty, w których wspiera on dziecko w realizacji ustalonych celów.
- 6 Wybieramy z nauczycielem/opiekunem jeden cel, który może realizować częściej, aby dalej wspierać mowę dziecka. Możemy wykorzystać odpowiednie materiały dotyczące Strategii Interakcyjnych.
- 7 Proponujemy codzienne, pięciominutowe „specjalne” sesje ćwiczeń, podczas których nauczyciel/opiekun skupi się na wybranym celu interakcyjnym, wspierając mowę dziecka.
- 8 Informujemy rodziców o przebiegu terapii – telefonicznie lub w formie pisemnego raportu.

Możemy również omówić z nauczycielem/opiekunem inne strategie z rozdziału dotyczącego Strategii Rodzinnych (Rozdział 8), które można zastosować w pracy z dzieckiem, np. „Budowanie pewności siebie”, „Naprzemiennosc”, „Radzenie sobie z emocjami”, „Wysokie standardy”. w razie potrzeby korzystamy z odpowiednich materiałów pomocniczych.

Dostosowywanie programu Palin PCI z wykorzystaniem terapii online (teleterapii)

Teleterapia obejmuje wykorzystanie programów komputerowych, wideokonferencji oraz domowych technologii z użyciem kamer internetowych. Zdarzają się sytuacje, w których rodzicom lub rodzinom trudno jest uczestniczyć w sesjach stacjonarnych – np. gdy jeden z rodziców pracuje poza miejscem zamieszkania, odległość do kliniki jest zbyt duża, występują trudności finansowe lub inne okoliczności rodzinne. w takich przypadkach wykorzystanie technologii, takich jak teleterapia, może zapewnić równy dostęp do wsparcia. Niektóre rodziny preferują tę formę terapii. Warto więc, aby terapeuci mieli ją w swojej ofercie. Zawsze należy sprawdzić, czy terapeuta posiada uprawnienia do wykonywania zawodu w miejscu zamieszkania dziecka lub rodziny (szczególnie jeśli znajdują się oni za granicą). z naszych doświadczeń wynika, że teleterapia może zwiększać dostępność, elastyczność i regularność terapii dla niektórych rodzin oraz zmniejszać jej wpływ na frekwencję szkolną dziecka czy zobowiązania zawodowe rodziców. Niektóre rodziny czują się bardziej komfortowo w środowisku domowym, co może zwiększać ich zaangażowanie. Choć początkowo prowadzenie programu Palin PCI w formie zdalnej może wydawać się trudne, z czasem staje się łatwiejsze i okazało się dla nas bardzo wartościowym uzupełnieniem sposobu pracy.

Diagnoza z wykorzystaniem teleterapii

Diagnoza dziecka może być przeprowadzona zdalnie, nawet w przypadku małych dzieci. Rodzic powinien być obecny podczas spotkania. Ważne jest, aby jasno poinformować go, że nie oczekujemy podpowiadania ani pomagania dziecku, chyba że wyraźnie o to poprosimy. Prosimy rodzica o zabawę z dzieckiem – obserwujemy tę interakcję, a rodzic ją nagrywa (zob. wskazówki poniżej), a następnie przesyła nagranie po zakończeniu sesji. Mowa, język i umiejętności komunikacji społecznej dziecka mogą być przesiewowo ocenione w sposób nieformalny, a dodatkowe informacje uzyskujemy od rodzica podczas wywiadu. Jeśli potrzebna jest formalna diagnoza logopedyczna, bardziej odpowiednie może być spotkanie bezpośrednio. Ocena jąkania może odbywać się poprzez nagranie ekranu komputera, a następnie pokazywanie dziecku ilustracji do opisu przed kamerą. Alternatywnie rodzice mogą nagrać dziecko opisujące obrazki i przesłać nagranie terapeutce. Postawę dziecka wobec jąkania oceniamy, zadając pytania z kwestionariusza KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007), a następnie

przeprowadzając pytania dotyczące perspektywy dziecka. Wywiad i formułowanie wniosków terapeutycznych mogą być skutecznie i sprawnie przeprowadzone w formie teleterapii.

Terapia z wykorzystaniem teleterapii

W przypadku niektórych rodzin cały blok terapeutyczny może odbywać się zdalnie, ale dobrze sprawdza się również model mieszany – łączący spotkania stacjonarne i online.

Struktura terapii pozostaje taka sama. Każda sesja trwa godzinę i odbywa się przez 6 kolejnych tygodni.

Sesja pierwsza obejmuje:

- * omówienie wyników diagnozy,
- * eksplorację „najlepszych nadziei” – oczekiwań rodziców związanych z terapią,
- * ustalenie zasad „Specjalnych Czasów”,
- * w razie potrzeby nagranie filmów z interakcji.

Kolejne sesje obejmują realizację ustalonych podczas diagnozy elementów: Czasów Specjalnych, Strategii Interakcyjnych oraz Strategii Rodzinnych. Przed każdą sesją materiały i karty pracy są wysyłane rodzinie drogą mejlową. Często konieczne jest również przesłanie wiadomości podsumowującej z zadaniami domowymi, instrukcjami oraz kopiami materiałów omawianych podczas spotkania (np. instrukcje Czasu Specjalnego, dzienniki pochwał, materiały dotyczące strategii interakcyjnych i rodzinnych).

Nagrywanie i omawianie filmów z interakcji

Ponieważ rodzina nie jest obecna w gabinecie, należy wcześniej ustalić sposób nagrywania i udostępniania filmów. Sprawdzone rozwiązania to:

- * Rodzice nagrywają w domu pięciominutowy film z interakcji przed sesją i przesyłają go za pomocą ustalonej platformy (np. Dropbox, WeTransfer). Terapeuta może obejrzeć nagranie wcześniej, a następnie wspólnie z rodzicami (na osobnych urządzeniach) przeanalizować je, wskazując pomocne zachowania i ustalając cele.
- * Rodzina może nagrać film „na żywo” podczas sesji (jak w spotkaniu stacjonarnym) na własnym urządzeniu. Następnie nagranie może zostać udostępnione terapeutycie albo wspólnie obejrzone z jego komentarzem i moderowaną dyskusją.
- * Niektóre platformy (np. Zoom) umożliwiają nagranie krótkiego filmu do udostępnienia. Wówczas rodzina kończy połączenie, nagrywa materiał i przesyła go w czacie, po czym ponownie łączy się z terapeutą, aby wspólnie obejrzeć nagranie.
- * Często rodziny same proponują preferowane metody i pomagają w rozwiązywaniu problemów technicznych.
- * Terapeuta powinien być dobrze przygotowany – początkowo może być potrzebny okres adaptacji.

Dotychczas nie przeprowadzono badań nad skutecznością programu Palin PCI realizowanego w formie teleterapii. Opublikowano jednak raporty dotyczące stosowania teleterapii w Programie Lidcombe u przedszkolaków jękających się (Lewis i in., 2008; Wilson i in., 2004). Były to konsultacje telefoniczne (bez połączenia wideo). Terapia okazała się skuteczna, choć proces trwał dłużej. w rozdziale 11 przedstawiono opinie rodziców i dzieci na temat ich doświadczeń z realizacji Palin PCI w formie teleterapii.

Podsumowanie

Program Palin PCI został zaprojektowany tak, aby był dostosowany do indywidualnego dziecka i jego rodziny – dlatego zawsze uwzględnia specyficzne potrzeby i okoliczności. w przypadku dzieci o większych potrzebach możliwe są dodatkowe modyfikacje i rozszerzenia programu, które mogą być pomocne zarówno dla dziecka, jak i rodziców. Palin PCI może być również dostosowany do potrzeb rodziców, dla których język angielski nie jest pierwszym językiem, a także dla tych, którym trudniej uczestniczyć w terapii prowadzonej wyłącznie w gabinecie. Rodziny podkreślają korzyści wynikające z teleterapii, a wraz z rozwojem technologii można przypuszczać, że będzie ona coraz szerzej wykorzystywana w terapii jąkania.

Nasze ostatnie słowa

Palin PCI to wartościowa forma terapii dla małych dzieci jękających się i ich rodziców, ponieważ:

- * wzmacnia rodziców, odwołując się do ich naturalnej intuicji dotyczącej tego, co pomaga ich dziecku;
- * skutecznie wspiera dzieci w stawaniu się kompetentnymi i pewnymi siebie rozmówcami – niezależnie od tego, czy nadal się jękają;
- * pozwala osiągnąć te cele w stosunkowo niewielkiej liczbie sesji;
- * daje terapeutom satysfakcję z roli wspierających, facylitatorów i wzmacniających pozytywne zmiany.

Jeśli masz wątpliwości – przeczytaj wypowiedzi rodziców i terapeutów w ostatnim rozdziale.

Doświadczenia rodziców i terapeutów związane z programem Palin PCI

11

Doświadczenia rodziców związane z programem Palin PCI

Ojciec Zoe (5 lat), która się jąka

Zauważyłem jąkanie mojej córki, gdy miała 2 lata, przez okres ok. 6 miesięcy byliśmy coraz bardziej zaniepokojeni, dlatego zwróciliśmy się do naszego lekarza. Uspokojono nas, że w większości przypadków problem ustępuje samoistnie, a ta informacja była zgodna z tym, co czytaliśmy w Internecie. W miarę jak rozwijały się jej umiejętności językowe, jąkanie stawało się coraz bardziej widoczne i gdy miała 4 lata, występowało już często. Była jednak bardzo szczęśliwą dziewczynką i jej mowa nie sprawiała jej trudności. Martwiliśmy się przede wszystkim dlatego, że przewidywaliśmy trudności, jakie silne jąkanie mogłoby spowodować w jej przyszłości – nie tylko w zakresie rozwoju i edukacji, ale także społecznie. Zastanawialiśmy się, jak trudno bywa dzieciom dobrze funkcjonować w środowisku szkolnym i jak okrutne potrafią być wobec siebie nawzajem.

W tym czasie została skierowana i była już pod opieką logopedy. Mimo udziału w sesjach i stosowania się do otrzymanych wskazówek nie zauważyliśmy poprawy. Spotkania były raczej krótkie i rzadkie, więc miałem wrażenie, że można by zrobić więcej. Moja córka zbliżała się do 5 urodzin, gdy zdecydowaliśmy się poszukać diagnozy u innego logopedy, który miał większe doświadczenie w pracy z jąkaniem.

Byłem pod wrażeniem jej podejścia. Przed pierwszą diagnozą odbyliśmy długie spotkanie bez naszej córki, aby omówić nasze obawy i oczekiwania. Była to dla nas okazja, aby zadawać pytania i lepiej poznać szczegóły podejścia Palin PCI. Sama diagnoza oraz późniejsza analiza, rozmowa i wskazówki były, w mojej ocenie, bardzo dobre. Cały ten proces był dokładny i dostosowany do potrzeb naszej córki.

Uważam, że 'Czasy Specjalne' to proste, ale bardzo skuteczne narzędzie. Wyznaczanie celów, takich jak utrzymywanie kontaktu wzrokowego i pozwalanie córce prowadzić zabawę, było bardzo pomocne. Dzięki temu zacząłem uważniej przyglądać się swoim interakcjom z córką i zobaczyłem, w jaki sposób mogę częściej robić to, co jej pomaga.

Regularne, cotygodniowe, godzinne sesje były bardzo pomocne; mieliśmy poczucie, że nasza córka ma więcej czasu na budowanie relacji z terapeutką i że dla nas wszystkich wszystko przebiegało bez pośpiechu.

Ogólnie rzecz biorąc, sesje, w tym diagnozy, które odbyły się w ciągu 2–3 miesięcy, nie tylko pozytywnie wpłynęły na mowę mojej córki, ale także dały nam lepsze zrozumienie i bardziej realistyczne oczekiwania

wobec jej jąkania. Poleciłbym logopedę pracującego w podejściu Palin PCI innym rodzicom, ponieważ było to dla mojej córki wyraźnym krokiem we właściwym kierunku.

Matka Belli (4 lata), która się jąka

Przeprowadziliśmy się do Wielkiej Brytanii w marcu 2017 roku i tej wiosny zauważyliśmy, że Bella zaczęła się jąkać. Początkowo myśleliśmy, że wynika to z tego, że dużo mówiła i tak wiele chciała powiedzieć w tak młodym wieku (miała 2,5 roku i tyle myśli do przekazania!), a także że było to podobne do tego, jak jej tata mówił w tym samym wieku. Jego mama pamiętała, że jąkał się mniej więcej w tym samym okresie, a jego jąkanie ustąpiło samoistnie, bez interwencji czy terapii. Jednak do lata Bella naprawdę regularnie zmagala się z wydobyciem słów. Pamiętam jeden weekend, kiedy w ogóle nie mogła wypowiedzieć imienia swojej starszej siostry ani kilku innych słów, które chciała powiedzieć – widzieliśmy, jak pracują jej usta, jak napina się całe ciało, i czuliśmy bijącą od niej frustrację. Pod koniec tego weekendu zapytałam ją, czy jej słowa się „zacinają”, a ona spojrzała na mnie z ogromną ulgą na twarzy i mocno mnie przytuliła – w ciszy. Wiedziałam, że musimy zasięgnąć profesjonalnej porady, by pomóc Belli.

Zacząłam szukać informacji w Internecie i znalazłam tak wiele sprzecznych opinii – jeśli jąkanie pojawia się w wieku X, samo ustąpi, jeśli pojawi się później, zostanie na zawsze itd. Dołączyłam do grupy wsparcia dla osób jąkających się na Facebooku, gdzie było jeszcze więcej sprzecznych rad dotyczących leczenia, podejść terapeutycznych itd., co tylko zwiększyło mój niepokój. Moją główną troską stało się znalezienie sposobu, by pomóc Belli funkcjonować w codziennym życiu bez lęku przed mówieniem.

Byłam tak szczęśliwa, że w końcu uzyskaliśmy dostęp do specjalistycznej pomocy dla dzieci jąkających się. Wcześniej mieliśmy prywatną diagnozę i jedną prywatną sesję terapeutyczną, która nie była zbyt pomocna – główny wniosek był taki, że mówię za szybko i powinnam zwolnić, ale nie było żadnego planu działania.

Podczas diagnozy nie słyszałam, by Bella się jąkała, i szczerze mówiąc byłam rozczarowana, że tego nie było – tak bardzo martwiłam się, że nie zakwalifikują nas do terapii! Ale terapeutka usłyszała pewne objawy, a jeszcze więcej po obejrzeniu nagrania wideo. Była dla Belli niezwykle życzliwa, a spotkanie było krótkie i przyjemne. To była bardzo ciepła i profesjonalna ocena.

Jestem pewna, że zawsze będę pamiętać nasze spotkanie dotyczące wywiadu. Przez dziewięć miesięcy od momentu pojawienia się jąkania aż do wizyty narastał we mnie ogromny niepokój i potrzebowałam odpowiedzi oraz planu działania. Otrzymałam jednak znacznie więcej – odbyłyśmy długą rozmowę o Belli od jej narodzin do chwili obecnej, o jej mocnych stronach i trudnościach, naszym stylu wychowawczym, środowisku domowym, relacjach z siostrami itd., co następnie doprowadziło do rozmowy o tym, co może powodować jąkanie, jakie są wyniki badań na ten temat i co można zrobić, by pomóc Belli. Podczas tej sesji poczułam ogromną ulgę i wreszcie przestałam obsesyjnie przeszukiwać Internet i rozmyślać nocami o nieptytności Belli. Logopedka była spokojna, kompetentna i wspierająca – sprawiła, że obie czułyśmy się swobodnie. Zanim rozpoczęły się właściwe sesje terapeutyczne, poświęciła czas, by poznać Bellę, nas obie i całą naszą rodzinę.

Dowiedziałyśmy się o przyczynach jąkania – najbardziej zapadły mi w pamięć budowa mózgu, genetyka i środowisko. To bardzo mi pomogło, ponieważ wcześniej obwiniłam się za to, że mówię zbyt szybko i że to powoduje jąkanie Belli. Pomocne było też usłyszeć o kompetencji genetycznym i dowiedzieć się,

że wzorzec Belli może być podobny do wzorca jej taty, co dało nam nadzieję, że Bella będzie mogła funkcjonować bez lęku związanego z mówieniem. Oczywiście chcielibyśmy, aby jąkanie Belli całkowicie zniknęło! Ale jeśli tak się nie stanie, mamy nadzieję, że będzie ono możliwe do opanowania w jej codziennym życiu – chcemy, aby czuła się pewnie, mówiąc i dzieląc się swoimi pomysłami.

Na terapię przychodziliśmy obie z Bellą i spędzałyśmy czas, rozmawiając z terapeutką o tym, jak poszło nam realizowanie zadań od ostatniej sesji, czy o innych trudnościach, a następnie przechodziłyśmy do zabawy i nagrywania wideo z Bellą. Potem oglądałyśmy nasze nagrania i wskazywałyśmy obszary, w których możemy robić więcej. Komentowałyśmy tylko własne nagrania, a możliwość zobaczenia siebie podczas zabawy z Bellą była niezwykle pomocna – od razu mogłyśmy zauważyć rzeczy, które możemy robić częściej, bez konieczności, by ktoś inny nam to mówił! Rozmawiałyśmy też o innych kwestiach, takich jak nadwrażliwość na ubrania, sytuacje w szkole, w domu z siostrami itd. – było to traktowanie Belli w sposób całościowy, jakiego wcześniej nie doświadczyłyśmy.

Największą różnicą dla Belli był czas jeden na jeden z tatą i ze mną. Jako nasze środkowe dziecko tak naprawdę nigdy wcześniej nie miała wyłącznego czasu tylko z nami przed rozpoczęciem terapii. Uwielbiała przychodzić z nami na sesje, bawić się zabawkami i spotykać terapeutkę. Mówiliśmy, że te spotkania są dla nas, abyśmy nauczyli się być lepszymi rodzicami – zaakceptowała to bez wahania i myślę, że czuła, że rzeczywiście mamy pewne rzeczy do poprawy!

Nasze sesje terapeutyczne zmieniły sposób, w jaki funkcjonujemy jako rodzice i jako rodzina. Terapeutka poleciła książkę „Jak mówić do małych dzieci” („How to Talk to Little Kids”) – leży na mojej szafce nocnej i często do niej wracam – to była dla nas prawdziwa zmiana! Czułyśmy się w pełni wysłuchane i zrozumiane, a potem same dochodziłyśmy do wniosków, co powinniśmy zrobić dalej. Ta terapia pojawiła się w naszym życiu dokładnie we właściwym momencie i zmieniła je na lepsze.

Strategie wypracowane wspólnie z terapeutką podczas sesji były niezwykle pomocne – pięć minut Czasy Specjalne trzy do pięciu razy w tygodniu z każdym z nas, z własnymi celami; konkretne pochwały; zmiany, które wprowadziłyśmy w sposobie funkcjonowania naszej rodziny (więcej czasu na wyjścia, brak pośpiechu, niestresowanie się bałaganem czy pomyłkami, konsekwentne wspieranie naprzemienności w rozmowie itd.), a także nowe, głębsze zrozumienie Belli. To ostatnie może brzmieć banalnie, ale przy trójce dzieci w ciągu 3 lat czasem pewne rzeczy giną w codziennym chaosie i nie zawsze zastanawiasz się, dlaczego twoje dziecko zachowuje się w określony sposób ani co możesz zrobić, by pomóc mu to zmienić. Bella jest bardzo wrażliwym dzieckiem i miałyśmy trudny okres między 2,5 a 3,5 rokiem życia, a terapia pomogła nam przejść przez wiele z tych momentów, wracając do tego, co pomaga Belli funkcjonować najlepiej, oraz do tego, co sprawia, że trudno jej być swoją szczęśliwą, beztroską sobą.

Nasze oczekiwania zostały spełnione z nadatkiem! Bella nadal się jąka (szczególnie gdy wraca z wakacji i musi się ponownie przystosować), ale nie jest to tak nasilone i nie trwa tak długo jak wcześniej. Wciąż realizujemy nasze Special Times i stosujemy konkretne pochwały i zamierzamy kontynuować to w przewidywalnej przyszłości.

Matka Bena (3 lata), z zaburzeniem ze spektrum autyzmu i jękaniem

Diagnoza naszego dziecka była bardzo dokładna i w całości opierała się na zabawie. Terapeutka sprawiła, że czuł się całkowicie swobodnie, szczęśliwy i bezpieczny, co z kolei udzieliło się także nam! Pod koniec diagnozy byliśmy bardzo zadowolone, że zaoferowano naszemu synowi pomoc.

Na kolejnym spotkaniu nagraliśmy nasze indywidualne Czasy Specjalne i obejrzałyśmy je ponownie – nie tylko po to, by zobaczyć postępy, jakie Ben już zrobił, ale także by zauważyć, co robimy, co mu pomaga. Podczas czwartej sesji nauczyłyśmy się nowych sposobów udzielania pochwał Benowi, bardziej odpowiednich do jego poziomu komunikacji i rozumienia; a także tego, jak ważne jest dla nas, jako jego rodziny, dawanie dobrego przykładu w przyjmowaniu pochwał, by budować pewność siebie.

Na 5 sesję przyprowadziłyśmy naszą czteroletnią córkę i wszyscy uczyliśmy się naprzemienności w rozmowie (z czym bardzo się wcześniej zmagaliśmy!). To było niesamowite zobaczyć, jak możemy wykorzystać proste zabawy, takie jak turlanie piłki, by nauczyć Bena czekania i próbować nie dopuszczać do tego, by emocje/lęk brały górę – to będzie bardzo przydatne, zanim zacznie przedszkole.

Podczas 6 sesji ponownie nagraliśmy nasze Czasy Specjalne, aby zobaczyć, jakie strategie stosujemy i które działają w przypadku Bena, a także jakie postępy zrobił. Omówiłyśmy, co będziemy kontynuować przez kolejne 6 tygodni oraz postanowiłyśmy prowadzić zapiski z Czasów Specjalnych, aby móc przeanalizować postępy Bena, gdy wrócimy.

Na początku nie byłam pewna, jak to mu pomoże, ale wszystko, czego się nauczyłyśmy, zostało dostosowane do niego i jego indywidualnych potrzeb. Nie potrafię nawet wyjaśnić, jak wielką zmianę zobaczyłyśmy u naszego dziecka. To było niesamowite i zrobiło ogromną różnicę w jego życiu i w naszym. Bardzo się zmienił; potrafi teraz komunikować się z nami na swój sposób. Miał duże opóźnienia, a teraz robi ogromne postępy – już po 6 tygodniach widzimy ogromną różnicę. Dzięki wszystkim poznanym technikom, takim jak Makaton i Czasy Specjalne, nasza więź się wzmocniła, a on może ufać, że zaczynamy coraz lepiej rozumieć, czego chce i czego potrzebuje, co z kolei sprawia, że jest znacznie pewniejszy siebie i chętniej się z nami komunikuje oraz okazuje emocje.

Nauczyliśmy się, że my już dużo wiemy i robimy rzeczy, które pomagają. Spisanie tego, co wiemy i dlaczego – naszym zdaniem – to działa, dodało nam pewności siebie. Nasza córka także przyszła – to było niesamowite zobaczyć, jak możemy wykorzystać proste zabawy, takie jak turlanie piłki, by uczyć naprzemienności. Teraz potrafi czekać na swoją kolej; czeka na swoją kolej na zjeździe – nigdy nie myślałyśmy, że to będzie możliwe.

Kiedy przyszłyśmy po raz pierwszy, czuliśmy się zagubieni i naprawdę nie wiedzieliśmy, co robić ani jak pomóc Benowi. Teraz mamy nadzieję, że pewnego dnia wszyscy będziemy mogli razem się bawić i czerpać z tego radość.

Doświadczenia rodzin korzystających z Palin PCI w formie online (teleterapii)

Rodzic: *„Umożliwiło nam to skorzystanie z terapii, która w innym przypadku po prostu nie byłaby możliwa... bez Zooma oznaczałoby to długie dojazdy i związane z tym koszty oraz czas zabrany pracy i szkole”.*

Rodzic: *To było naturalne, jakbyśmy rozmawiali z terapeutą w tym samym pokoju. Być może było nawet bardziej komfortowo, ponieważ jesteś we własnym domu, więc dla nas i naszej córki było to bardziej swobodne”.*

Dziecko: *„Nie musimy podróżować i w domu czuję się bardziej zrelaksowany”.*

Dziecko: *„To działa. Na początku było dziwnie, ale teraz jest zupełnie normalnie”.*

Doświadczenia logopedów w stosowaniu programu Palin PCI

Terapeuta 1, pracujący w poradni ogólnej

Zacząłem doceniać wartość poświęcania czasu na początku procesu, podczas sesji diagnostycznych. Czas przeznaczony na omówienie wywiadu tworzy fundament terapii i pozwala poruszyć szeroki zakres obszarów. Programowanie terapii wydaje się kluczowym narzędziem pomagającym rodzicom zrozumieć uzasadnienie terapii, a to z kolei zwiększa ich zaangażowanie i gotowość do udziału. Miałem rodziców, którzy mówili, że bardzo wiele wynieśli już z samej rozmowy o obszarach, których wcześniej nie brali pod uwagę. Jako terapeuta uważam, że ten pierwszy etap pomógł mi zbudować zaufanie z rodzicami i naprawdę poznać rodzinę.

Jedną z obaw, jakie miałem przed poprowadzeniem mojego pierwszego cyklu Palin PCI, było pytanie: „Co jeśli rodzice nie będą w stanie sami wygenerować celów dotyczących interakcji?”. w pełni popierałem i rozumiałem ideę, aby to rodzice tworzyli własne pomysły, ale martwiłem się, że nie będę miał wystarczających umiejętności, by moderować dyskusję i wspierać ich w skupieniu się na tym, co już działa dobrze. Po kilkukrotnym przeprowadzeniu programu nauczyłem się ufać procesowi i ufać rodzicom. Solidna wiedza na temat uzasadnienia poszczególnych strategii pomogła mi poczuć się pewnie, wchodząc na sesję bez z góry ustalonej agendy – pomocne było także poczucie komfortu w ciszy. Bycie obecnym przy rodzicach, gdy sami odkrywali, co wspiera ich interakcje, zamiast prowadzenia ich krok po kroku, było dla nich znacznie bardziej autentyczne i wzmacniające. Odejście od roli eksperta i szczerze przyznanie rodzicom, że nie mam wszystkich odpowiedzi, a jest to proces współpracy, pomogło nam od pierwszej sesji działać w zgodzie.

Ten wątek powracał także przy omawianiu Strategii Rodzinnych. w głębi zastanawiałem się, jak mogę wspierać rodziców we wdrażaniu strategii, których sam nigdy nie doświadczyłem. To było moje przekonanie, że muszę mieć odpowiedzi. Uspokajające jest to, że nie trzeba mieć wszystkich odpowiedzi,

by skutecznie wspierać rodziców w tych obszarach ich życia. Zauważyłem, że moje rozmowy z rodzicami były znacznie bardziej otwarte i szczerze, gdy nie miałem własnej agendy.

Nauczyłem się nie lekceważyć wartości tego, że oboje rodzice mają czas i przestrzeń, by wspólnie myśleć i reflektować nad swoimi doświadczeniami z poprzednich tygodni. Niektóre rodziny potrzebują więcej czasu na wprowadzenie zmian, a zapewnienie im tej przestrzeni – nawet jeśli oznacza to powtórzenie sesji – pozwala im w pełni skorzystać z terapii.

Terapeutka 2, pracująca w poradni ogólnej

Wdrażanie programu Palin PCI w warunkach ogólnej poradni może na początku budzić obawy i zdecydowanie jest doświadczeniem wymagającym nauki! Musiałam wprowadzić pewne modyfikacje, aby dostosować się do ograniczonego czasu wizyt i dostępności gabinetu, a także do wyzwania, jakim było zachęcenie obojga rodziców do udziału.

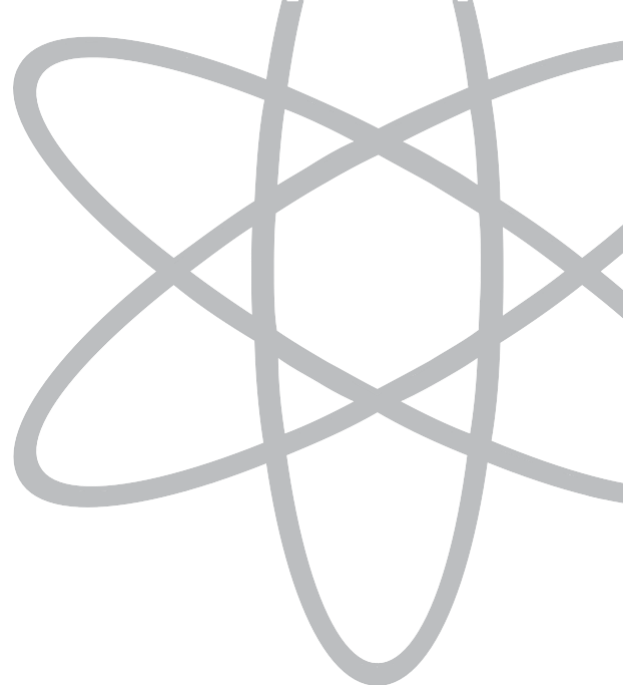
Jednak, mimo że warunki nie zawsze są idealne, spotkałam się z niezwykle pozytywną reakcją na terapię. Rodzice w przeważającej większości podkreślają, że bardzo cenią sobie swoje „Czasy Specjalne”, ponieważ pozwalają im wygospodarować wartościowy czas jeden na jeden z dzieckiem w często zabieganej i napiętej codzienności. Na początku miałam trudność z wycofaniem się i zachęcaniem rodziców do samodzielnego określania swoich celów – terapeuta we mnie bardzo chciał instruować i kierować. Zrobienie kroku w tył uświadomiło mi, że wzmacnianie rodziców jest nie tylko satysfakcjonujące, ale też znacznie skuteczniejsze w angażowaniu rodzin w terapię.

„Ważną „lekcją”, jakiej się nauczyłam, było ustalanie oczekiwań na samym początku. Nauczyłam się tego w trudny sposób, gdy rodzice wielokrotnie pytali, dlaczego nie „usiądę z ich dzieckiem z kilkoma pomocami” i nie „sprawię, żeby mówiło płynnie!”. Rodzice często mają wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne i przychodzą z oczekiwaniem tradycyjnego, bezpośredniego oddziaływania. Wyjaśnienie na początku, na czym polega pośrednie podejście Palin PCI – i dlaczego – jest kluczowe zaangażowanie rodziców i stworzenia warunków do sukcesu dla obu stron.

„Wreszcie zauważyłem, że podejście Palin, koncentrujące się na tym, co rodzice robią dobrze, wpłynęło na moje umiejętności kliniczne we wszystkich obszarach terapii. Przyjmowanie pozytywnej i konstruktywnej perspektywy wzmacnia rodziców, buduje pewność siebie i promuje postawę „damy radę” zarówno u rodziców, jak i u terapeuty”.

Załączniki

- I** Arkusz badania przesiewowego
- II** Informacje o jękanii
- III** Arkusz podsumowania
- IV** Karta oceny dziecka
- V** Ocena jękania
- VI** Wywiad
- VII** Materiały informacyjne dla rodziców
- VIII** Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach
- IX** Instrukcja – Czas Specjalny
- X** Czas Specjalny – karta zadania
- XI** Pytania do zadania podczas omawiania nagrania PCI
- XII** Plan sesji Palin PCI
- XIII** Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem)
- XIV** Język odpowiedni do poziomu dziecka
- XV** Więcej komentarzy niż pytań
- XVI** Dawanie dziecku czasu
- XVII** Pauzowanie, tempo
- XVIII** Kontakt wzrokowy
- XIX** Otwarte mówienie o jękanii
- XX** Budowanie u dziecka wiary w siebie
- XXI** Dziennik pochwał
- XXII** Mówienie po kolei
- XXIII** Radzenie sobie z uczuciami



- XXIV** Zmęczenie
- XXV** Wysokie wymagania
- XXVI** Radzenie sobie z trudnym zachowaniem dziecka
- XXVII** Słuchanie jak żółw i jak koń wyścigowy
- XXVIII** Słuchanie jak autobus i jak samochód wyścigowy (wyścigówka)
- XXIX** Ćwiczenie Mowa żółwikowej
- XXX** Ćwiczenie Mowy autobusikowej
- XXXI** Ćwiczenie mówienia



Arkusz badania przesiewowego 1 z 2

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Data badania przesiewowego: _____ Terapeuta: _____

Opis zachowań związanych z jękaniami według rodziców

Czy Twoje dziecko:

- * powtarza całe wyrazy (np. ja-ja-ja chcę; i-i-i ja)?
- * powtarza dźwięki lub sylaby (np. k-k-k-kot; ma-ma-mama)?
- * przeciąga dźwięki (np. mmmm-ma; aaaaauto)?
- * blokuje się na dźwiękach lub głoskach (np. k...ot; b...ułka)?
- * prezentuje napięcie lub reakcje zmagania się widoczne na twarzy lub w ciele podczas mówienia?

Rodzice oceniają nasilenie jękania na skali 0–10 (0 = brak, 10 = bardzo nasilone):

0 _____ 10

Wpływ jękania

Czy dziecko jest świadome jękania?

Czy jękanie ma wpływ na dziecko? Jeśli tak, w jaki sposób?

Czy dziecko podejmuje próby poradzenia sobie z jękaniami? Jeśli tak, jakie?

Jak jękanie wpływa na Państwa emocjonalnie?

Czy jękanie dziecka ma wpływ na Państwa funkcjonowanie? Jeśli tak, w jaki sposób?

Rodzice oceniają poziom swoich obaw związanych z jękaniami dziecka na skali od 0 do 10 (0 = brak obaw, 10 = bardzo duże obawy).

0 _____ 10

Co Państwo zazwyczaj robią lub mówią, gdy dziecko się jąka?

Inne informacje

Kiedy dziecko zaczęło się jąkać?

Jak zmieniło się jąkanie od momentu pojawienia się pierwszych objawów?

Czy jąkanie jest mniej nasilone niż wcześniej? _____

Czy jąkanie nasiliło się? _____

Czy pozostaje na podobnym poziomie? _____

Kiedy według Pani/Pana, dziecko jąka się mniej, a kiedy bardziej?

Czy ktoś w dalszej rodzinie jąka się lub jąkał się w dzieciństwie?

Czy dziecko ma inne trudności związane z mową, językiem lub rozwojem?

Decyzja kliniczna

Udzielenie informacji i porad rodzicom

Skierowanie na pełną diagnozę

Kto powinien zostać zaproszony do dalszej diagnozy lub terapii? _____



Informacje o jąkanii

1 z 3

Płynność mowy jest umiejętnością, która rozwija się stopniowo. w trakcie opanowywania nowych słów, ich wymowy oraz umiejętności budowania zdań wiele dzieci doświadcza utrudnień i momentów zawahania. Podobnie jak podczas nauki chodzenia dziecko może się chwiać, potykać lub upadać, tak samo trudności w płynnym mówieniu bywają naturalną częścią rozwoju komunikacji.

Jąkanie może obejmować powtarzanie dźwięków lub wyrazów (np. ja-ja-ja chcę; k-k-kot), przeciąganie dźwięków (np. mmmama) lub blokowanie się na głoskach (np. k...ot). Czasami towarzyszą temu widoczne oznaki napięcia w ciele lub na twarzy.

Jąkanie może się zmieniać w czasie, może być bardziej widoczne w niektórych sytuacjach lub okresach, a w innych mniejsze lub nieobecne, bez wyraźnego powodu.

Niektóre dzieci są świadome swojego jąkania i mogą o nim mówić lub próbować sobie z nim radzić, na przykład poprzez zwiększony wysiłek podczas mówienia. Czasami bywa to dla nich trudne lub niepokojące. Wiele dzieci nie jest świadomych swojego jąkania. Rodzice mogą spokojnie zauważyć jąkanie dziecka, niezależnie od tego, czy dziecko jest go świadome, czy nie.

Dlaczego dzieci się jękają?

Jąkanie nie jest spowodowane przez rodziców. Jest związane ze sposobem funkcjonowania i rozwijania się mózgu dziecka. Mózg jest bardzo plastyczny, dlatego u wielu dzieci jąkanie zmniejsza się lub ustępuje wraz z rozwojem. U niektórych dzieci skłonność do jąkania może być dziedziczna i występować także u innych członków rodziny. Na początku jąkanie pojawia się u podobnej liczby chłopców i dziewczynek, jednak w wieku szkolnym obserwuje się je częściej u chłopców. Oznacza to, że u wielu dziewczynek jąkanie ustępuje naturalnie wraz z rozwojem.

Rady dla rodziców jękających się dzieci

Co robić, kiedy Twoje dziecko się jęka:

- * Można zauważyć jąkanie dziecka, na przykład mówiąc: „To było trudne słowo do powiedzenia, prawda?”;
- * Można zauważyć, że dziecko potrzebuje więcej spokoju lub wolniejszego tempa mówienia, takie warunki często wspierają jego komunikację. Zamiast mówić dziecku, żeby się uspokoiło lub mówiło wolniej, pomocne może być znalezienie innych sposobów, które pomogą mu poczuć się spokojniej i dawać sobie więcej czasu na wypowiedź. Może to obejmować wprowadzenie codziennej rutyny, wspierający uporządkowany przebieg dnia oraz unikanie sytuacji, w których pojawia się pośpiech;
- * Rodzice często zauważają, że gdy dziecko jest zmęczone, jąkanie może być bardziej widoczne, dlatego wspieranie dziecka w odpoczynku może być pomocne.

Pomocne wskazówki

Istnieje wiele sposobów, w jakie mogą Państwo wspierać swoje dziecko, poniżej przedstawiamy kilka propozycji, które mogą być pomocne:

- * Kiedy dzieci mają wystarczająco dużo czasu, mogą spokojnie zastanowić się nad tym, co chcą powiedzieć i łatwiej wypowiedzieć swoje myśli. Wiele dzieci mówi pośpiesznie. Rodzic może wspierać dziecko, pokazując spokojny sposób mówienia, na przykład robiąc naturalne pauzy i mówiąc spokojnie.
- * Kiedy dzieci są o coś pytane, mogą czuć, że muszą odpowiedzieć od razu. To, jak łatwo będzie im odpowiedzieć w sposób płynny, zależy między innymi od trudności pytania oraz poziomu rozwoju ich umiejętności językowych. Rodzice mogą wspierać dziecko, na przykład poprzez:
 - 1** Unikanie zbyt skomplikowanych pytań
 - 2** Dawanie dziecku czas na zastanowienie i odpowiedź
 - 3** Powstrzymanie się od zadawania kolejnego pytania, zanim dziecko udzieli odpowiedzi na poprzednie
- * Podczas rozmów w grupie często zdarza się, że wchodzimy sobie w słowo lub przerywamy nawzajem. Dla dzieci, które się jękają, może to być trudniejsze, szczególnie gdy czują presję czasu, aby dokończyć swoją wypowiedź, zanim ktoś inny zacznie mówić, lub gdy próbują włączyć się do rozmowy. Rodzice mogą wspierać dziecko, dbając o to, aby każdy słuchał osoby mówiącej i aby nikt jej nie przerywał. Dzięki temu dziecko może poczuć, że ma czas na swoją wypowiedź, co wspiera jego komunikację. Ważne jest również zachowanie równowagi – pozostali członkowie rodziny, tak samo jak dziecko, powinni mieć możliwość wypowiedzenia się.
- * Pomocne może być zapewnienie dziecku indywidualnego czasu spędzanego z rodzicem, ponieważ dziecko ma wtedy pełną uwagę rodzica i nie musi się spieszyć ani konkurować o możliwość wypowiedzi. w codziennym, często intensywnym życiu rodzinnym pomocne bywa wyznaczenie krótkiego, regularnego czasu tylko dla jednego dziecka, bez dodatkowych rozpraszaczy, na przykład przy wyłączonym telewizorze.

Na czym polega terapia?

Terapia jękania u małych dzieci polega przede wszystkim na tym, że rodzice dowiadują się, jak mogą wspierać swoje dziecko w komunikacji. Naszym celem jest, aby dziecko czuło się pewnie podczas mówienia i mogło swobodnie się wypowiadać, niezależnie od tego, czy jękanie nadal się pojawia, czy nie.

Podczas wizyt w poradni będą mieli Państwo okazję lepiej zrozumieć, czym jest jękanie oraz dowiedzieć się, jak mogą Państwo wspierać dziecko na co dzień w domu, między innymi poprzez regularne poświęcanie mu indywidualnego czasu. Na dalszych etapach terapii czasami wprowadza się także działania, które bezpośrednio wspierają dziecko w mówieniu.

W niektórych sytuacjach możliwe jest również obserwowanie, jak jękanie zmienia się wraz z rozwojem dziecka. Warto skontaktować się z logopedą, jeśli zauważą Państwo, że jękanie nasila się, dziecko zaczyna

ZAŁĄCZNIK II Arkusz badania przesiewowego **3 z 3**

je zauważać lub się nim martwić, próbuje mówić w inny sposób albo jeśli pojawiają się u Państwa jakieś obawy.

Terapia we wczesnym okresie jąkania może być bardzo pomocna. Wiemy, że im więcej wiedzy i pewności mają rodzice, tym łatwiej jest im wspierać dziecko, co ma pozytywny wpływ zarówno na dziecko, jak i na całą rodzinę.

Arkusz podsumowania 1 z 6



Imię: _____ Data: _____

Czynniki fizjologiczne				Motoryka mowy						
Neurorozwój				Częstotliwość jąkania						
Historia jąkania w rodzinie				Stopień nasilenia jąkania						
Płeć				Czas od wystąpienia pierwszych objawów						
Męczliwość				Wzorzec zmiany						
Zdrowie				Szybkie tempo mowy/zrywy w mowie						
				Niewystarczające pauzowanie						
Język i komunikacja				Czynniki psychologiczne						
Opóźnienia w rozwoju mowy i języka				Obniżona pewność siebie						
Obniżone umiejętności rozumienia				Świadomość dziecka/obawy związane z jąkaniem						
Obniżone umiejętności ekspresji językowej				Reakcje na jąkanie						
Trudności w doborze słownictwa				Nadwrażliwość						
Trudności fonetyczno-fonologiczne				Lękliwość/bojaźliwość						
Przyspieszony rozwój mowy				Nieśmiałość						
Nieharmonijny rozwój umiejętności językowych				Wzmoczone reakcje emocjonalne						
Posługiwanie się dwoma językami				Wysokie wymagania wobec siebie (dziecko bardzo ambitne)						
Mówienie po kolei (czekanie na swoją kolej)				Trudności w radzeniu sobie ze zmianami						
Ograniczony kontakt wzorkowy										
Obniżona zdolność koncentracji uwagi										
Czynniki środowiskowe										
Poziom obaw rodziców										
Otwartość/wrażliwość na jąkanie										
Język, jakim mówi się w rodzinie o jąkaniu										
Radzenie sobie z zachowaniem dziecka										
Rutyna dnia codziennego										
Mówienie po kolei w rodzinie										
Tempo życia										
Funkcjonowanie w przedszkolu / szkole										
Czego potrzebuje to dziecko?										
1										
2										
3										
Strategie interakcyjne		A	B		C		Strategie rodzinne		Strategie ukierunkowane na dziecko	
			M	T	M	T				
Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem)							Posługiwanie się dwoma językami		Otwartość na temat jąkania	

Dawanie dziecku czasu narozpoczęcie, udzieleniei dokończenie wypowiedzi						Otwarte mówienie o jąkaniu		Budowanie wiary w siebie	
---	--	--	--	--	--	----------------------------	--	--------------------------	--

ZAŁĄCZNIK III Arkusz podsumowania 2 z 6

Pauzowanie, tempo						Budowanie u dziecka wiary w siebie		Desensytyzacja	
Kontakt wzrokowy						Mówienie po kolei		Myśli i emocje	
Język odpowiedni do poziomu dziecka						Radzenie sobie z uczuciami		Zwalnianie tempa mowy	
Więcej komentarzy niż pytań						Męczliwość		Pauza na zebranie myśli	
Inne						Dziecko zbyt ambitne (wygórowane wymagania rodziców)		Zwięzłość wypowiedzi	
						Radzenie sobie z trudnym zachowaniem dziecka		Terapia logopedyczna (zaburzeń mowy i języka, wad wymowy)	
						Rutyna		INNE	
						Tempo życia		Współpraca z przedszkolem lub szkołą	
						Inne		Skierowanie na dalsze konsultacje specjalistyczne	
								Inne	

A	Czy ta strategia może być pomocna dla dziecka?
B	Czy rodzic już stosuje tę strategię?
C	Czy pomocne byłoby częstsze stosowanie tej strategii?

ZAŁĄCZNIK III Arkusz podsumowania **3 z 6**

Imię: Ishan	Data: Styczeń 2019
-------------	--------------------

Czynniki fizjologiczne					Motoryka mowy					
Neurorozwój		✓			Częstotliwość jąkania		8,40%			
Historia jąkania w rodzinie					Stopień nasilenia jąkania		Umiarkowany			
Płeć		✓			Czas od wystąpienia pierwszych objawów		> 12 miesięcy			
Męczliwość					Wzorzec zmiany		Rosnący			
Zdrowie					Szybkie tempo mowy/zrywy w mowie		✓			
					Niewystarczające pauzowanie		✓			
Język i komunikacja					Czynniki psychologiczne					
Opóźnienia w rozwoju mowy i języka					Obniżona pewność siebie		✓			
Obniżone umiejętności rozumienia					Świadomość dziecka/obawy związane z jąkaniem		✓			
Obniżone umiejętności ekspresji językowej		✓			Reakcje na jąkanie		✓			
Trudności w doborze słownictwa					Nadwrażliwość		✓			
Trudności fonetyczno-fonologiczne					Lękliwość/bojaźliwość					
Przyspieszony rozwój mowy					Nieśmiałość					
Nieharmonijny rozwój umiejętności językowych					Wzmożone reakcje emocjonalne					
Posługiwanie się dwoma językami		✓			Wysokie wymagania wobec siebie (dziecko bardzo ambitne)					
Mówienie po kolei (czekanie na swoją kolej)		✓			Trudności w radzeniu sobie ze zmianami					
Ograniczony kontakt wzorkowy		✓								
Obniżona zdolność koncentracji uwagi										
Czynniki środowiskowe										
Poziom obaw rodziców					✓					
Otwartość/wrażliwość na jąkanie					✓					
Język, jakim mówi się w rodzinie o jąkanii										
Radzenie sobie z zachowaniem dziecka										
Rutyna dnia codziennego										
Mówienie po kolei w rodzinie					✓					
Tempo życia					✓					
Funkcjonowanie w przedszkolu / szkole					✓					
Czego potrzebuje to dziecko?										
1										
2										
3										
Strategie interakcyjne		A	B		C		Strategie rodzinne		Strategie ukierunkowane na dziecko	
			M	T	M	T				
Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem)		✓	✓	✓	✓	✓	Postługiwanie się dwoma językami	✓	Otwartość na temat jąkania	✓
Dawanie dziecku czasu narozpoczęcie, udzielenie dokończenie wypowiedzi		✓	✓	✓	✓	✓	Otwarte mówienie o jąkanii	✓	Budowanie wiary w siebie	✓

ZAŁĄCZNIK III Arkusz podsumowania 4 z 6

Pauzowanie, tempo	✓	✓	✓		✓	Budowanie u dziecka wiary w siebie	✓	Desensytyzacja	✓
Kontakt wzrokowy	✓	✓	✓			Mówienie po kolei	✓	Myśli i emocje	✓
Język odpowiedni do poziomu dziecka	✓	✓	✓	✓	✓	Radzenie sobie z uczuciami	✓	Zwalnianie tempa mowy	
Więcej komentarzy niż pytań	✓	✓	✓	✓		Męczliwość		Pauza na zebranie myśli	✓
Inne						Dziecko zbyt ambitne (wygórowane wymagania rodziców)		Zwięźłość wypowiedzi	
						Radzenie sobie z trudnym zachowaniem dziecka		Terapia logopedyczna (zaburzeń mowy i języka, wad wymowy)	
						Rutyna	✓	INNE	
						Tempo życia		Współpraca z przedszkolem lub szkołą	✓
						Inne		Skierowanie na dalsze konsultacje specjalistyczne	
								Inne	

A	Czy ta strategia może być pomocna dla dziecka?
B	Czy rodzic już stosuje tę strategię?
C	Czy pomocne byłoby częstsze stosowanie tej strategii?

ZAŁĄCZNIK III Arkusz podsumowania **5 z 6**

Imię: Jake	Data: Styczeń 2019
------------	--------------------

Czynniki fizjologiczne					Motoryka mowy						
Neurorozwój		✓			Częstotliwość jąkania		8,40%				
Historia jąkania w rodzinie		✓			Stopień nasilenia jąkania		Umiarkowany				
Płeć		✓			Czas od wystąpienia pierwszych objawów		> 12 miesięcy				
Męczliwość		✓			Wzorzec zmiany		Rosnący				
Zdrowie					Szybkie tempo mowy/zrywy w mowie		✓				
					Niewystarczające pauzowanie						
Język i komunikacja					Czynniki psychologiczne						
Opóźnienia w rozwoju mowy i języka					Obniżona pewność siebie						
Obniżone umiejętności rozumienia					Świadomość dziecka/obawy związane z jąkaniem		✓				
Obniżone umiejętności ekspresji językowej					Reakcje na jąkanie		✓				
Trudności w doborze słownictwa					Nadwrażliwość		✓				
Trudności fonetyczno-fonologiczne					Łęklliwość/bojaźliwość						
Przyspieszony rozwój mowy		✓			Nieśmiałość						
Nieharmonijny rozwój umiejętności językowych					Wzmożone reakcje emocjonalne		✓				
Postępowanie się dwoma językami					Wysokie wymagania wobec siebie (dziecko bardzo ambitne)						
Mówienie po kolei (czekanie na swoją kolej)		✓			Trudności w radzeniu sobie ze zmianami						
Ograniczony kontakt wzorkowy		✓									
Obniżona zdolność koncentracji uwagi											
Czynniki środowiskowe											
Poziom obaw rodziców					✓						
Otwartość/wrażliwość na jąkanie					✓						
Język, jakim mówi się w rodzinie o jąkanii											
Radzenie sobie z zachowaniem dziecka											
Rutyna dnia codziennego											
Mówienie po kolei w rodzinie											
Tempo życia					✓						
Funkcjonowanie w przedszkolu / szkole					✓						
Czego potrzebuje to dziecko?											
1											
2											
3											
Strategie interakcyjne		A	B		C		Strategie rodzinne		Strategie ukierunkowane na dziecko		
			M	T	M	T					
Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem)		✓	✓		✓		Postępowanie się dwoma językami		Otwartość na temat jąkania		✓
Dawanie dziecku czasu narozpoczęcie, udzielenie dokończenie wypowiedzi		✓	✓		✓		Otwarte mówienie o jąkanii		Budowanie wiary w siebie		✓

ZAŁĄCZNIK III Arkusz podsumowania **6 z 6**

Pauzowanie, tempo	✓	✓				Budowanie u dziecka wiary w siebie	✓	Desensytyzacja	✓
Kontakt wzrokowy	✓	✓				Mówienie po kolei	✓	Myśli i emocje	✓
Język odpowiedni do poziomu dziecka		✓		✓		Radzenie sobie z uczuciami	✓	Zwalnianie tempa mowy	✓
Więcej komentarzy niż pytań		✓				Męczliwość	✓	Pauza na zebranie myśli	✓
Inne						Dziecko zbyt ambitne (wygórowane wymagania rodziców)		Zwiężłość wypowiedzi	
						Radzenie sobie z trudnym zachowaniem dziecka		Terapia logopedyczna (zaburzeń mowy i języka, wad wymowy)	
						Rutyna	✓	INNE	
						Tempo życia		Współpraca z przedszkolem lub szkołą	✓
						Inne		Skierowanie na dalsze konsultacje specjalistyczne	
								Inne	

A	Czy ta strategia może być pomocna dla dziecka?
B	Czy rodzic już stosuje tę strategię?
C	Czy pomocne byłoby częstsze stosowanie tej strategii?



Karta oceny dziecka 1 z 7

Imię _____

Data urodzenia _____

Data badania _____

Wiek _____

Terapeuta _____

Jąkanie

Typ

Wskaźnik jąkania (w %)

Świadomość / obawy / postawa wobec jąkania

Tempo mowy

Rozumienie mowy – mowa bierna

Język nieformalny (nieoficjalny)

Język oficjalny

Czynności nadawcze - ekspresja językowa

Język nieformalny (nieoficjalny)

Język oficjalny

Dobór słów

Rozwój fonologiczny i sprawność motoryczna mowy

Umiejętności społeczne

Umiejętność skupienia uwagi (słuchanie)

Kontakt wzrokowy

Naprężenie w rozmowie / mówienie dłuższych wypowiedzi

Rozłąka (separacja) z funkcjonowanie w sytuacji rozstania z opiekunem

Współpraca z terapeutą

Poziom napięcia (niepokoj) związany z komunikowaniem się

Inne uwagi

Ocena jąkania

Liczba sylab z niepełnościami

$$\frac{\text{liczba sylab z niepełnościami}}{\text{liczba wszystkich wypowiedzianych sylab}} \times 100 = SJ$$

Powtórzenia całych wyrazów

liczba powtórzeń

Powtórzenia części wyrazu / sylab / głosek

liczba powtórzeń

Prolongacja (przeciąganie dźwięków) czas trwania

zmiany wysokości głosu / natężenia

Bloki (zatrzymania w mowie)

czas trwania

bezgłosowe

z napięciem

Inne

oczy

usta

inne

Widoczne napięcie w obrębie twarzy

<i>Ruchy współtowarzyszące</i>	ręce	stopy	inne
<i>Zmiany w oddychaniu podczas mówienia</i>	zadyszka	mówienie na wdechu	mówienie na bezdechu
<i>Świadomość i reakcje</i>	<input type="checkbox"/> dziecko sygnalizuje trudność (np. „Nie mogę tego powiedzieć”) <input type="checkbox"/> dziecko przerywa wypowiedź/rezygnuje <input type="checkbox"/> dziecko odwraca wzrok, gdy doświadcza trudności <input type="checkbox"/> odczucia (intuicyjna) ocena logopedy <input type="checkbox"/> inne		
<i>Zachowania unikowe</i>	<input type="checkbox"/> zmiana słów (zastępuje wyraz innym) <input type="checkbox"/> unikanie słów <input type="checkbox"/> unikanie sytuacji <input type="checkbox"/> używanie wypełniaczy (np. „yyy”, „eee”) <input type="checkbox"/> Inne		
<i>Tempo mowy</i>	umiarkowane / przeważnie szybkie / z nagłymi przyspieszeniami		
<i>Ocena nasilenia jękania</i>			

Inne obserwacje

Perspektywa dziecka

Przedszkole / szkoła

Czy chodzisz do przedszkola lub szkoły?

Czy lubisz tam chodzić?

Co najbardziej lubisz robić?

Czego nie lubisz robić?

Jaki/jaka jest Twoja nauczycielka lub nauczyciel? Opowiedz mi o niej/o nim.

Czy ją/jego lubisz? Dlaczego?

Czy zdarza się, że nauczyciel lub nauczycielka się złości? w jakich sytuacjach?

Czy masz koleżanki lub kolegów? Jak mają na imię?

Co lubisz robić ze swoimi koleżankami i kolegami?

Czy zdarza się, że któreś dziecko jest dla Ciebie niemiłe?

Co robi lub mówi?

Jak się wtedy czujesz?

Co robisz, kiedy ktoś jest dla Ciebie niemiły?

Czy mówisz o tym komuś?

Dom

Kto mieszka z Tobą w domu?

Opowiedz mi o swojej mamie.

Co lubisz z nią robić?

Opowiedz mi o swoim tacie.

Co lubisz z nim robić?

Opowiedz mi o swoim rodzeństwie (jeśli je masz).

Co lubisz robić ze swoim rodzeństwem?

Czego nie lubisz robić w domu?

Mówienie

Dlaczego rodzice przyprowadzili Cię dzisiaj tutaj?

Jak sobie radzisz z mówieniem?

Czy czasami trudno jest Ci mówić, czy raczej jest to łatwe?

Co się wtedy dzieje?

W razie potrzeby terapeuta modeluje: powtórzenia całych wyrazów, powtórzenia części wyrazów, prolongacje, bloki.

Jak się wtedy czujesz?

Kiedy trudno jest Ci mówić, czy jest coś, co pomaga Ci, żeby było łatwiej?

Co mama lub tata robią, żeby Ci pomóc w mówieniu?

Czy chcesz jakiejś pomocy w mówieniu?

Ogólne

Jaka jest najlepsza rzecz, która Ci się kiedykolwiek przydarzyła?

Jaka jest najgorsza, która Ci się kiedyś przydarzyła?

Co robisz, kiedy masz jakiś problem?

Wyobraź sobie, że potrafisz czarować i mogę coś w Tobie zmienić. Co chciał(a)byś, żebym zmienił(a)?

Transkrypcja



Ocena jąkania

1 z 5

Nagranie próbki mowy zebrane podczas oceny dziecka jest analizowane w celu:

- * określenia częstości występowania „zająkniętych” sylab,
- * opisanie zaobserwowanych typów nie płynności,
- * określenia stopnia nasilenia jąkania.

Ocena jąkania – etapy

Etap 1: Transkrypcja

Etap 2: Identyfikacja epizodów jąkania

Etap 3: Obliczenie występowania „zająkniętych” sylab (%)

Etap 4: Opis zachowań towarzyszących jąkaniu

Etap 5: Ocena nasilenia

Jak obliczyć odsetek „zająkniętych” sylab

Etap 1 – Transkrypcja

Wykonujemy pisemną transkrypcję próbki mowy na arkuszu transkrypcji w Karcie oceny dziecka. Po opisanie przez dziecko około dziesięciu ilustracji „Co tu nie pasuje” (np. „What’s Wrong”; LDA, 1988; Speechmark, 2007) uzyskujemy próbkę obejmującą około 300 sylab. Jest to wystarczająca liczba, aby wiarygodnie ocenić poziom płynności (Conture, 2001; Guitar, 2014).

Etap 2 – Identyfikacja każdego epizodu jąkania

Następnie identyfikujemy epizody jąkania i zaznaczamy je w transkrypcji. Podkreślamy każde słowo, w którym występuje epizod jąkania.

Za przejawy jąkania uznaje się:

- * Powtórzenia jednosylabowych wyrazów

Na przykład:

„i-i-i” (dwa powtórzenia)

„to-to-to-to” (trzy powtórzenia)

„ja-ja” (jedno powtórzenie)

Do obliczeń wliczane są wyłącznie powtórzenia całych jednosylabowych wyrazów. w transkrypcji zapisuje się całe słowo tyle razy ile razy zostało powtórzone.

ZAŁĄCZNIK V Ocena jąkania 2 z 5

* Powtórzenia części wyrazu

Obejmują powtórzenia głosek oraz sylab.

Na przykład:

k-k-k-kot (trzy powtórzenia)

ma-ma-ma-ma-mama (cztery powtórzenia)

Podobnie jak w przypadku powtórzeń całych wyrazów, liczba powtórzeń dźwięku lub sylaby jest odzwierciedlona w transkrypcji. Jeśli występują zmiany w jakości samogłoski, zapisujemy je fonetycznie.

Na przykład: lo- lo-lowel (rower)

* Prolongacje – przedłużenia dźwięków

Prolongacje zaznaczamy w transkrypcji poprzez zapisanie dwukropka po przedłużanym dźwięku.

Na przykład: m:ama

U niektórych dzieci prolongacjom może towarzyszyć wzrost natężenia głosu lub zmiana wysokości dźwięku. Można to zaznaczyć w transkrypcji symbolem ↑.

Na przykład: ma:↑ma

* Bloki

Bloki zaznaczamy poprzez ujęcie w nawias głoski, na której występuje blok.

Na przykład: (k)ot, po(m)idor, (j)abłko

Niektóre epizody blokowania (np. blok krtaniowy) mogą przebiegać bezgłośnie i być niesłyszalne w nagraniu audio. Jeśli nagranie nie jest wykonywane, ważne jest odnotowanie takich zachowań podczas bezpośredniej obserwacji w trakcie diagnozy.

Nie wliczamy do epizodów jąkania:

- * Powtórzeń wielosylabowych wyrazów (np. „ponieważ–ponieważ”)
- * Wtrąceń (np. „yyy”, „eee”, „no wiesz”)
- * Powtórzeń całych fraz (np. „ta dziewczynka–ta dziewczynka maluje...”)
- * Poprawek i przeformułowań (np. „on miała–miał ciasto”; „rower ma–miał kwadratowe koła”)

Powyższe zjawiska odnotowujemy, ponieważ mogą wskazywać na trudności w formułowaniu wypowiedzi, potrzebę dodatkowego czasu na jej zaplanowanie lub poszukiwanie właściwego słowa.

Etap 3 – Obliczenie występowania „zająkniętych” sylab (%)

Po zakończeniu transkrypcji obliczamy odsetek „zająkniętych” sylab.

Odsetek zająkniętych sylab wyliczamy poprzez:

- * zliczenie całkowitej liczby „zająkniętych” sylab

ZAŁĄCZNIK V Ocena jąkania 3 z 5

- * zliczenie całkowitej liczby sylab wypowiedzianych w próbie. Zliczamy każdą wypowiedzianą sylabę, z wyjątkiem sylab powtórzonych w ramach jednego epizodu jąkania. Na przykład: „mój- mój rower” = 3 sylaby wypowiedziane

mój rower-mój rower = 6 sylab wypowiedzianych

ponieważ–ponieważ = 6 sylab wypowiedzianych

Korzystamy z następującego wzoru:

- * Korzystamy z następującego wzoru:

$$\frac{\text{liczba sylab „zająkniętych” (SJ)}}{\text{liczba sylab wypowiedzianych (SW)}} \times 100$$

	LICZBA SYLAB „ZAJĄKNIĘTYCH”	LICZBA SYLAB WYPOWIEDZIANYCH
ROWER M-M-M-MA KWADRATOWE KOŁA	1	9
ONE POWINNY BYĆ O:KRAĞŁE	1	9
JADĘ MOIM-MOIM ROWEREM DO (P)ARKU	2	12
MÓJ ROWER NIE MA KWADRATOWYCH KÓŁ, MOJE SĄ OKRAĞŁE	0	16
WODA PŁYNIE POD MOSTEM, TO NIE JEST W PORZĄDKU	0	13
YYY YYY TA (DZ)IEWCZYINKA MALUJE M:ARCHWIA	2	9
JA-JA-JA MALUJĘ P-P-(P)ĘDZLEM	2	6
KACZKA YYY YYY MA (B)UTY	1	5
KACZKI (N)IE NOSZĄ BUTÓW, LUDZIE NOSZĄ BUTY	1	13
NOSZĘ BUTY, GDY JEST – GDY JEST BŁOTO	0	10
ON M:IESZA- MIESZA HERBATĘ M-M-(M)ŁOTKIEM	2	10
TATA NIE M-M-MIESZA HERBATY M-M-MŁOTKIEM, ON M-M-MIESZA ŁYŻKĄ	3	15
UŻYWASZ MŁOTKA, ŻEBY WBIJAĆ GWOŹDZIE	0	11
ŁĄCZNA LICZBA „ZAJĄKNIĘTYCH” SYLAB = 15		
ŁĄCZNA LICZBA SYLAB WYPOWIEDZIANYCH = 138		
ODSETEK SYLAB JĄKANYCH: $\frac{15}{138} \times 100 = 10,87\%$		

Zwróć uwagę na rodzaje zachowań związanych z jąkaniem zaobserwowane w formularzu oceny jąkania.

Etap 4 – Opis zaobserwowanych przejawów jąkania

Po obliczeniu odsetka „zająkniętych” sylab zapisujemy różne typy przejawów jąkania (np. powtórzenia całych wyrazów, powtórzenia części wyrazów, prolongacje – przedłużenia dźwięków, bloki), które wystąpiły w nagranej próbie mowy oraz były obserwowane podczas diagnozy. Informacje te odnotowujemy w formularzu oceny jąkania. Zapisujemy również liczbę powtórzeń wyrazu, głoski lub sylaby w powtórzeniach całych wyrazów oraz powtórzeniach części wyrazów. Podajemy także przybliżoną długość przeciągnięć i bloków.

Inne

Uwzględniono kategorię „Inne”, która może służyć do opisu dodatkowych zaobserwowanych zachowań, takich jak: powtarzanie tzw. wypełniaczy (wtrąceń, embolofazji) lub tzw. starterów, dodawanie dodatkowych dźwięków na początku wyrazów, zmiany wysokości lub natężenia głosu, mlaski itp.

Napięcie w obrębie twarzy / ruchy współtowarzyszące

Odnotowujemy wszelkie oznaki napięcia lub widocznego wysiłku podczas mówienia, np. stukanie stopą, ruchy głową, napięcie barków, rozszerzanie nozdrzy, mruganie.

Zakłócenia oddychania

Zapisujemy wszelkie oznaki zaburzonego toru oddechowego, np. mówienie na wdechu, łapanie powietrza lub brak powietrza przed zakończeniem wypowiedzi.

Świadomość

Dziecko nie zawsze bezpośrednio mówi o swojej świadomości jąkania, gdy pytamy o to wprost. Może jednak ujawniać oznaki świadomości podczas dalszej części diagnozy, np. mówiąc „nie mogę tego powiedzieć”, rezygnując z wypowiedzi lub odwracając wzrok w momentach trudności. Czasami opieramy się również na profesjonalnej ocenie osoby diagnozującej.

Unikanie

Chociaż zachowania unikowe są rzadziej obserwowane u młodszych dzieci, mogą się pojawiać. Możemy zauważyć, że dziecko zaczyna wypowiadać wyraz, pojawia się niepełność, a następnie zmienia go na inny.

Na przykład:

- * „Lubię jeść ci-ci-.... herbatniki”.
- * „Ile masz lat? P-p-p-.... mam pięć lat”.

Dziecko może także używać wypełniaczy (np. „yyy”, „eee”, „no”) w celu odroczenia wypowiedzi wyrazu, którego się obawia. Jeśli zauważymy oznaki unikania, pytamy dziecko, czy zmienia lub unika niektórych wyrazów z powodu trudności w mówieniu.

ZAŁĄCZNIK V Ocena jąkania 5 z 5

Tempo mowy

Podczas diagnozy nie dokonujemy formalnego pomiaru tempa mowy, lecz dokonujemy subiektywnej oceny na podstawie różnych zadań językowych. Zaznaczamy, czy tempo było wolne, umiarkowane czy szybkie oraz czy pojawiały się nagłe przyspieszenia.

Etap 5 – Ocena nasilenia jąkania

Istnieje kilka wystandardyzowanych narzędzi służących do oceny nasilenia jąkania u małych dzieci. Jeśli nie ma dostępu do takiego narzędzia, można dokonać ogólnej, klinicznej oceny nasilenia (łagodne, umiarkowane, znaczne) na podstawie częstości jąkania, rodzaju występujących nie płynności, poziomu napięcia i wysiłku widocznego w momentach jąkania. Poniższe wskazówki mogą pomóc w oszacowaniu stopnia nasilenia:

Ocena	Częstotliwość	Rodzaj	Długość momentu jąkania	Wysiłek/napięcie
Niepłynność zwykła		Wielosylabowe i jednosylabowe wyrazy Powtarzane całych wyrazów Powtórzenia fraz Wtrącenia i poprawki		
Łagodne jąkanie	0 – 7%	Powtórzenia wyrazów jednosylabowych (PWJ) Powtórzenia części wyrazu (PCW) Prolongacje – przedłużenia dźwięków Bloki Współwystępujące dodatkowe ruchy w obrębie twarzy i ciała	KRÓTKI ↓	NIEWIELKI ↓
Umiarkowane jąkanie	7- 14%	PWJ PCW Prolongacje – przedłużenia dźwięków Bloki Współwystępujące dodatkowe ruchy w obrębie twarzy i ciała Reakcje unikania		
Znaczne jąkanie	14%+	PWJ PCW Prolongacje – przedłużenia dźwięków Bloki Współwystępujące dodatkowe ruchy w obrębie twarzy i ciała Reakcje unikania	↓ DŁUGI	↓ NASILONY POWAŻNE



Dane dziecka

Nazwisko: _____

Imię: _____

Płeć: _____ Data urodzenia: _____ Wiek: _____

Adres zamieszkania: _____

Kod pocztowy: _____ Telefon: _____

Dane matki

Imię i nazwisko: _____

Adres (jeśli inny niż dziecka): _____

Telefon: _____

Dane ojca

Imię i nazwisko: _____

Adres (jeśli inny niż dziecka): _____

Telefon: _____

Przedszkole / szkoła

Nazwa: _____

Adres: _____

Wychowawca / wychowawczynie: _____

Telefon: _____

Lekarz rodzinny / pediatra

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Terapeuta: _____ Data: _____

Jąkanie

Czy oprócz jąkania jest coś jeszcze, co Państwa niepokoi?

Jeśli tak, co w tej chwili jest dla Państwa najważniejszą kwestią?

Co robi dziecko, kiedy się jąka?

Powtarzanie całych słów	Powtarza całe słowa, np. „ale ale ale?”	Liczba powtórzeń:
Powtarzanie części słów	Powtarza części słów, np. „b-b-buty?”	Liczba powtórzeń:
Prolongacje (Przedłużenia)	Wydłuża dźwięki/głoski, np. „mmmmamusia?”
Bloki	Zatrzymuje się na dźwięku, bez wydobycia dźwięku np. „k. . . t?”
Współruchy (Reakcje ruchowe)	Czy podczas jąkania widoczne jest napięcie w obrębie twarzy lub ciała?

Czy uważają Państwo, że dziecko jest świadome jąkania? Czy wydaje się nim zaniepokojone? Co na to wskazuje?

Czy jąkanie wpływa na dziecko? w jaki sposób?

Czy dziecko zmienia lub unika niektórych wyrazów albo sytuacji? Czy zdarza się, że rezygnuje z wypowiedzi? Czy próbuje ukrywać trudności w mówieniu?

Czy dziecko stosuje jakieś własne sposoby radzenia sobie z jąkaniem?

Kiedy pojawiło się jąkanie?

Czy w tym czasie wydarzyło się coś istotnego w życiu dziecka?

(np. zmiana przedszkola lub szkoły, narodziny rodzeństwa, przeprowadzka, inne ważne zmiany rodzinne)

Czy jękanie zaczęło się stopniowo, czy nagle?

Czy od tego czasu coś się zmieniło? w jaki sposób?

Czy mają Państwo jakieś przypuszczenia, dlaczego pojawiło się jękanie?

W jakich sytuacjach jękanie występuje najczęściej?

W jakich sytuacjach pojawia się najrzadziej?

Czy rozmawiają Państwo z dzieckiem o jękanii?

W jaki sposób o nim mówią?

Co robią lub mówią Państwo, gdy dziecko się jąka?

Rodzice:

Rodzeństwo:

Jak dziecko reaguje na to, co Państwo robią lub mówią? Czy wydaje się, że to pomaga?

Co – według Państwa obserwacji – pomaga dziecku najbardziej?

Prosimy o wypełnienie skali *Palin PRS*.

WYNIKI PALIN PRS	Matka	Ojciec
Wpływ jękania na dziecko		
Nasilenie jękania i jego wpływ na rodziców		
Wiedza i poczucie pewności w radzeniu sobie z jękaniiem		

Czy uważają Państwo, że te oceny dobrze odzwierciedlają Państwa odczucia i doświadczenia?

Czy dziecko wcześniej uczestniczyło w terapii? Co się wtedy działo? Czego się Państwo nauczyli?

Jakie są obecnie Państwa oczekiwania dotyczące terapii?

Komunikacja

Czy u dziecka występują inne trudności związane z komunikowaniem się, z językiem lub nabywaniem mowy?

Czy – według Państwa – dziecko mówi podobnie jak inne dzieci w tym samym wieku?

Czy mowa dziecka jest wyraźna i zrozumiała?

Jakie jest tempo mowy dziecka?

Dwujęzyczność / wielojęzyczność:

Czy dziecko posługuje się więcej niż jednym językiem?

Jakimi językami posługuje się dziecko w domu i kto ich używa?

Od jak dawna dziecko uczy się / używa tych języków?

Czy dziecko posługuje się językiem polskim na poziomie podobnym do innych dzieci w tym samym wieku?

Który język dziecko najczęściej wybiera w codziennej komunikacji?

Czy zauważają Państwo różnice w jękanii w zależności od używanego języka?

Zdrowie i rozwój

Jak oceniają Państwo ogólny stan zdrowia dziecka?

Czy kiedykolwiek mieli Państwo obawy dotyczące słuchu dziecka?

Czy słuch dziecka był badany?

Jak oceniają Państwo zdolność koncentracji uwagi dziecka?

Czy dziecko potrafi utrzymać uwagę, gdy pojawiają się rozpraszające bodźce?

Czy dziecko potrafi spokojnie usiedzieć w miejscu?

Czy dziecko bywa ruchliwe lub ma trudność z pozostawaniem w bezruchu?

Jak oceniają Państwo koordynację ruchową dziecka?

Jedzenie i sen

Czy występują trudności związane z jedzeniem, zachowaniem się podczas posiłków?
(Jeśli tak – jakie? Jak sobie Państwo radzą z tymi zachowaniami? Czy są Państwo zwykle zgodni w tej kwestii? Co pomaga najbardziej?)

A jak wyglądają kwestie snu dziecka?

O której godzinie dziecko zwykle kładzie się spać? O której godzinie zazwyczaj się budzi?

Czy dziecko przesypia całą noc?

Czy śpi we własnym łóżku?

Czy – według Państwa – dziecko śpi wystarczająco długo?

Osobowość

Jak opisaliby Państwo osobowość dziecka?

Czy powiedzieliby Państwo, że dziecko jest na ogół pogodne?

Czy dziecko bywa nieśmiałe lub wycofane, czy raczej nie? Jak Państwo na to reagują?

Czy dziecko jest wrażliwe, czy raczej nie nadmiernie? (Prosimy o przykłady). Jak Państwo je wspierają?

Jak dziecko reaguje, gdy coś mu się nie uda lub popełni błąd? (Prosimy o przykłady). Jak Państwo wtedy reagują?

Czy dziecko stara się spełniać oczekiwania (zadawałać) innych?

Czy dziecko często się martwi, czy raczej rzadko? (Prosimy o przykłady). Jak Państwo je w takich sytuacjach wspierają?

Czy dziecko łatwo się denerwuje, czy raczej nie? (Prosimy o przykłady). Jak Państwo na to reagują?

Czy dziecko ma wybuchy złości? (W jaki sposób je okazuje? Co je wywołuje? Czy jest to problem w przedszkolu/szkole?)

Jak Państwo sobie z tym radzą?

Czy opisaliby Państwo dziecko jako impulsywne?

Czy dziecko lubi rutynę?

Jak radzi sobie ze zmianami, nowymi miejscami i nowymi doświadczeniami?

Jak dziecko radzi sobie z nauką samodzielności?

Jak szybko dziecko potrafi się uspokoić, na przykład, gdy zdenerwuje się z jakiegoś powodu, straci panowanie nad sobą, popełni błąd lub gdy nastąpi zmiana w jego rutynie?

Do kogo dziecko jest najbardziej podobne (pod względem temperamentu)?

Wspieranie zachowania

Co robią Państwo, gdy zachowanie dziecka jest dla Państwa trudne?

Czy oboje rodzice reagują w podobny sposób?

Czy są Państwo konsekwentni?

Jak dziecko reaguje na Państwa sposób postępowania?

Czy jest obecnie coś w zachowaniu dziecka, co szczególnie trudno jest Państwu wspierać lub regulować?

Relacje dziecka

Jak dziecko funkcjonuje w relacjach z innymi dziećmi?

Czy dziecko ma koleżanki lub kolegów?

Czy spotyka się z nimi także poza przedszkolem / szkołą?

Czy zdarza się, że inne dzieci dokuczają dziecku?

Czy dziecko doświadcza przemocy rówieśniczej?

Czy bywa zaangażowane w konflikty lub bójki?

Imiona i wiek rodzeństwa:

Jak układają się relacje między dzieckiem a rodzeństwem?

Jak dziecko funkcjonuje podczas rozmów rodzinnych?

Wywiad rodzinny

Matka

Ojciec

Inni członkowie rodziny

Czy występowało jękanie?

Czy obecnie występuje?

Czy była prowadzona terapia?

Jaki był jej efekt?

Relacje w rodzinie

Jak długo są Państwo razem / w związku małżeńskim?

Czy w Waszym związku miały miejsce okresy separacji?

(Jeśli tak – czy mogą Państwo opowiedzieć, co się wtedy wydarzyło? Jak dziecko poradziło sobie z tymi zmianami?)

Jak Państwo opisaliby siebie jako parę?

Rodziny z jednym rodzicem / opiekunem

Jaki kontakt dziecko utrzymuje z drugim rodzicem?

Czy któreś z Państwa weszło w nowy związek?

Jak dziecko odnosi się do tej sytuacji?

Czy mają Państwo w związku z tym jakieś obawy?

Edukacja

Jak dziecko poradziło sobie z rozpoczęciem uczęszczania do przedszkola / szkoły?

Czy mają Państwo jakieś obawy dotyczące funkcjonowania dziecka w przedszkolu / szkole? Czy planowane są jakieś zmiany?

Jakie informacje zwrotne otrzymują Państwo od nauczycieli?

Czy – według Państwa – dziecko potrzebuje dodatkowego wsparcia?

Czy dziecko jest objęte jakimś indywidualnym programem wsparcia?

Czy nauczyciele wyrażają obawy dotyczące jękania dziecka?

Jak nauczyciele reagują, gdy dziecko się jąka?

Przebieg rozwoju

Czy w czasie ciąży lub porodu wystąpiły jakieś powikłania?

Czy dziecko urodziło się o czasie?

Jaka była masa urodzeniowa?

Czy występowały trudności z karmieniem lub inne komplikacje w okresie noworodkowym?

Czy we wczesnym okresie życia pojawiały się jakieś trudności rozwojowe?

Kiedy dziecko zaczęło chodzić?

Kiedy pojawiły się pierwsze słowa?

Kiedy dziecko zaczęło budować pierwsze proste zdania?

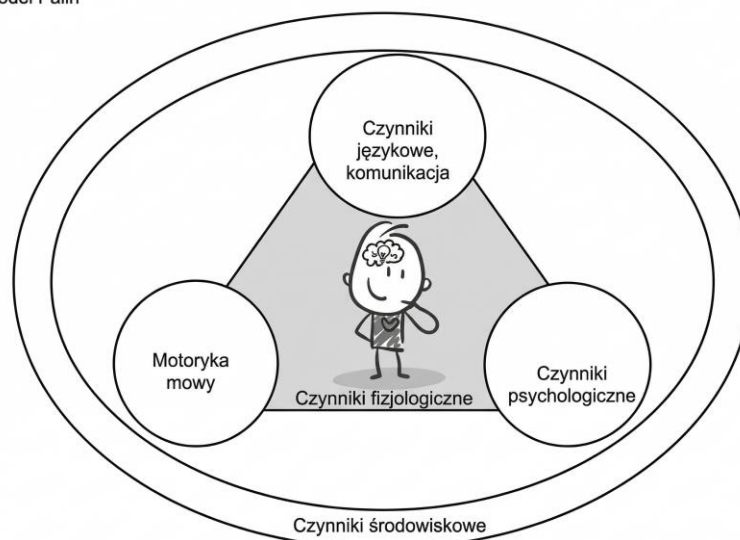
Kiedy dziecko przestało korzystać z pieluch / opanowało kontrolę czystości?

Czy występowały jakiegokolwiek trudności rozwojowe?

Czy jest coś jeszcze, co – według Państwa – powinniśmy wiedzieć?

Podsumowanie najważniejszych obszarów wymagających wsparcia

Model Palin



Czynniki fizjologiczne

Motoryka mowy

Język i komunikacja

Czynniki psychologiczne

Czynniki środowiskowe

Sposoby wspierania / strategie postępowania

Materiały informacyjne dla rodziców

Kilka ważnych informacji o jękananiu

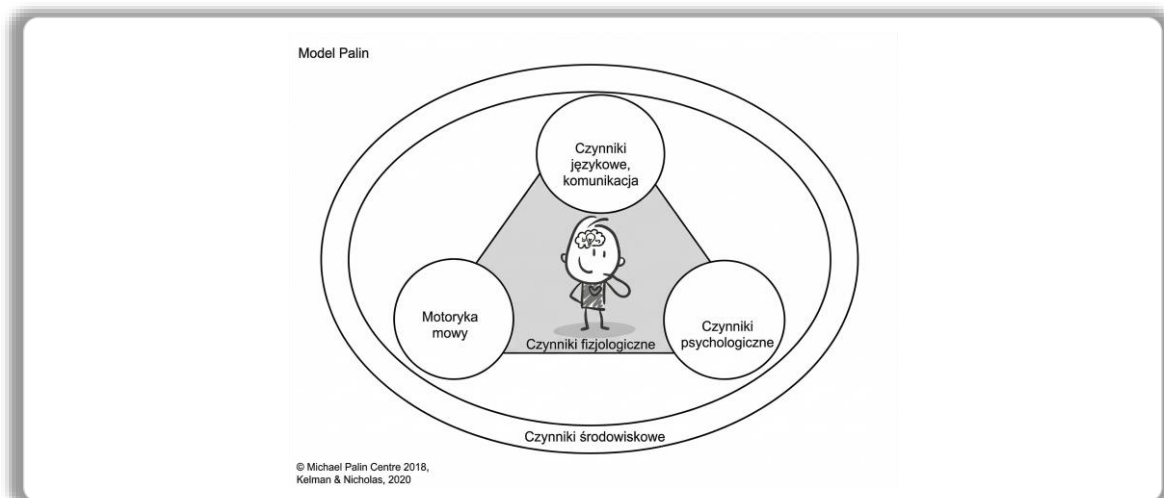
- * Najważniejsze, o czym warto pamiętać: **rodzice nie są przyczyną jękania.**
- * Diagnoza logopedyczna pomaga nam zrozumieć, co obecnie może zwiększać podatność dziecka na jękanie oraz w jaki sposób możemy je wspierać.
- * Około 5% lub więcej dzieci zaczyna się jąkać, większość z nich przestaje się jąkać samoistnie lub dzięki terapii. U części dzieci jękanie utrzymuje się w życiu dorosłym i jak dotąd nie potrafimy trafnie przewidzieć, które dzieci przestaną się jąkać, a u których jękanie będzie się utrzymywać.
- * Nie istnieje jedno, proste wyjaśnienie ani jedno, proste rozwiązanie czy metoda terapeutyczna (Manning & DiLollo, 2018, 84).
- * Wiele znanych osób się jąkało, m.in. król Jerzy VI, Marilyn Monroe, Winston Churchill czy w ostatnim czasie Ed Sheeran i Emily Blunt. Jękanie nie ograniczyło ich możliwości ani osiągnięć.

Każde dziecko ma swój indywidualny zestaw czynników, które mogą mieć znaczenie dla jego jękania. Model Palin pomaga nam te czynniki uporządkować i zrozumieć.

W centrum modelu znajduje się dziecko, które posiada wrodzone predyspozycje stanowiące podłoże jękania. Nazywamy je czynnikami fizjologicznymi.

Na jękanie dziecka wpływają również czynniki związane z motoryką mowy, czynniki językowe i komunikacyjne oraz czynniki psychologiczne (przedstawione w formie trójkąta), a także czynniki środowiskowe (przedstawione jako okrąg zewnętrzny).

Każde dziecko otrzymuje indywidualnie dopasowaną terapię, uwzględniającą te czynniki, które mają w jego przypadku największe znaczenie. Oboje rodzice uczestniczą w sesjach terapeutycznych razem z dzieckiem, a następnie stosują poznane strategie w domu, w codziennych sytuacjach rodzinnych.





Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach

(de Shazer, 1996; Ratner, George i Iveson, 2012)

1 z 8

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (Solution Focused Brief Therapy, SFBT) jest podejściem psychologicznym coraz częściej wykorzystywanym w pracy z dziećmi i rodzinami w obszarze języka i komunikacji, w tym w interwencji logopedycznej w przypadku jąkania (Burns, 2016, 2005; Cook & Botterill, 2005; McNeill, 2013; Nicholas, 2015). Metoda została opracowana przez Insoo Kim Berg, Steve'a de Shazera oraz ich współpracowników w Milwaukee Brief Family Therapy Center w USA na początku lat 80. XX wieku (de Shazer, 1996, 1998). w Wielkiej Brytanii podejście to rozwija zespół BRIEF – The Centre for Solution Focused Practice (www.brief.org) w Londynie, oferujący szkolenia i superwizję w tym nurcie (Iveson, 2002; Ratner et al., 2012; Ratner & Yusuf, 2015).

Kluczową cechą SFBT jest koncentracja na rozwiązaniach, a nie na problemie, z którym rodzina zgłasza się do specjalisty. Zakłada się, że skuteczniejsze jest wzmacnianie tego, co już działa, oraz wspólne poszukiwanie sposobów, które przybliżą dziecko i rodzinę do oczekiwanej zmiany. Rodzice i dziecko są zapraszani do wyobrażenia sobie oraz możliwie szczegółowego opisanie tego, jak chcieliby, aby wyglądała przyszłość. Takie podejście bywa dla rodzin wzmacniające i pomaga dostrzec, że zmiana jest możliwa oraz że posiadane zasoby mogą wspierać jej osiągnięcie. U podstaw podejścia leży przekonanie, że zarówno dziecko, jak i rodzice dysponują wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami, które mogą stanowić fundament zmiany. Rolą terapeuty jest wspieranie rodziny w uświadamianiu sobie tych zasobów oraz pomaganie w ich wykorzystywaniu w codziennym życiu. Kluczowe znaczenie mają pytania. To poprzez ich odpowiednie formułowanie specjalista pomaga rodzinie identyfikować to, co sprzyja zmianie oraz rozwijać konkretne strategie postępowania.

Podejście to dobrze sprawdza się w pracy z rodzinami małych dzieci, u których obserwuje się jąkanie. Umożliwia współpracę z rodzicami i dzieckiem w celu wypracowania wspólnego rozumienia tego, do czego rodzina dąży. Jeżeli rodzice i/lub dziecko koncentrują się głównie na „płynności mowy” jako celu, terapeuta może poszerzać tę perspektywę, zapraszając do refleksji nad tym, jaką różnicę w codziennym funkcjonowaniu przyniosłaby większa swoboda mówienia. Może to obejmować zmiany w codziennych sytuacjach komunikacyjnych dziecka, różnice w sposobie reagowania w różnych kontekstach mówienia, zmianę w nastawieniu dziecka lub jego odczuciach związanych z mówieniem. Równoległe wspiera się rodziców w dostrzeganiu, że posiadają wiedzę, zasoby i kompetencje potrzebne do wprowadzania zmian w życiu rodzinnym, które mogą sprzyjać rozwojowi języka i komunikacji dziecka.

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jąkania 2 z 8

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach jest podejściem pozytywnym i ukierunkowanym na przyszłość. Oznacza to przesunięcie akcentu z problemu na rozwiązanie. Podejście to zakłada szacunek wobec doświadczeń dziecka i rodziny, to oni są ekspertami w zakresie własnego życia. Proponowane rozwiązania budowane są w oparciu o ich istniejące zasoby, mocne strony i doświadczenia.

Wykorzystanie pytań Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach w Palin PCI

Sesja 1

Rozpoznanie nadziei i oczekiwań rodziców

* Jakie są Państwa najważniejsze nadzieje?

Pytamy rodziców: „Jakie są Państwa największe nadzieje związane z tą terapią?”. Pytanie to pomaga doprecyzować, czego rodzice oczekują i jakie zmiany byłyby dla nich znaczące (George, Iveson & Ratner, 1999).

Rodzice często formułują swoje nadzieje w sposób negatywny, opisując to, czego nie chcą (np. „Chciał(a)bym, żeby się nie jąkał”, „Chciał(a)bym, żeby nie był taki nieśmiały”, „Chciał(a)bym przestać się ciągle tak bardzo o niego/ją martwić”). Ponieważ takie sformułowania utrzymują uwagę wokół trudności (np. jąkania, nieśmiałości czy napięcia), w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach zachęca się do mówienia o tym, co miałyby się pojawić zamiast trudności (Ratner et al., 2012). Przykładowo można zapytać: „Zamiast koncentrować się na tym, że dziecko ma się nie jąkać – jakie są Państwa oczekiwania i nadzieje?”, „Co chcieliby Państwo zauważać u dziecka zamiast nieśmiałości?”, „Po czym poznają Państwo, że zamartwianie się zmniejszyło? Co będzie wtedy wyglądało inaczej?”.

Naturalną odpowiedzią na pytanie o nadzieje bywa skupienie się na płynności, np.:

„Chciałbym, żeby dziecko mówiło płynnie”. Na wczesnym etapie pracy nie wiemy jeszcze, czy obserwowane jąkanie ma charakter przejściowy, czy utrwalony. w rozmowie z rodzicami nie dążymy do wzmacniania nierealistycznych oczekiwań, ale też nie odbieramy nadziei. Wiemy, że u części dzieci po terapii może nastąpić pełne ustąpienie objawów. Gdy rodzice formułują swoje nadzieje w kategoriach płynności mowy, koncentrujemy się na tym, jaką różnicę w codziennym funkcjonowaniu przyniosłaby większa swoboda w mówieniu, zamiast skupiać się wyłącznie na uzyskaniu płynności. w tym celu zadajemy pytanie typu: „Jaką różnicę by to zrobiło?”.

„Jeśli zaczęłby mówić płynnie, jaką różnicę by to sprawiło?”.

„Ogromną różnicę... myślę, że byłby po prostu szczęśliwszym chłopcem”.

„Myślę, że byłby bardziej pewny siebie”.

„Więcej rozmawiałby z kolegami”.

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jåkania 3 z 8

Choć wielu rodziców naturalnie odpowiada na pytanie o nadzieje, koncentrując się na tym, czego pragną dla dziecka, ważne jest również, aby przyjrzeć się temu, co sami rodzice chcieliby zyskać dzięki terapii oraz jakiej zmiany doświadczyliby w swoim codziennym życiu. Można zapytać:

„A gdyby zaczął mówić płynnie, jaką różnicę sprawiłoby to Państwu?”

„Pewnie byłabym ogólnie bardziej zrelaksowana w kontaktach z nim i z innymi ludźmi”

„To gadatliwy chłopiec. Mogłabym po prostu słuchać go i odpowiadać na wszystkie jego pytania”

* Co się zmieni, gdy Państwa nadzieje się spełnią?

Gdy już ustalimy, jakie są nadzieje rodziców, zadajemy następnie pytania pomagające określić, jaką różnicę w codziennym życiu przyniesie ich realizacja. Może to obejmować tzw. „Pytanie o jutro” (Ratner i in., 2012, s. 94):

„Wyobraźmy sobie, że budzą się Państwo jutro rano i dziecko jest takie, jakim chcieliby je widzieć, płynne. Jest bardziej pewne siebie, takie, jak je Państwo sobie wyobrażają. Państwo jesteście zrelaksowani. Co byłoby pierwszą rzeczą, którą by Państwo zauważyli?”

„Myślę, że zauważyłabym, że nie odwraca wzroku tak często”

„Zauważyłabym, że nie jestem tak zmęczona, bo nie przewracałam się z boku na bok przez całą noc. Po prostu spałam”

Ponieważ odpowiedzi te zostały sformułowane w kategoriach tego, czego rodzice nie chcą, zadajemy pytanie w formule „zamiast”:

„Zatem zamiast odwracania wzroku, co on będzie robił?”

„Przypuszczam, że będzie częściej na mnie patrzył, kiedy mówi”

„Co będą Państwo odczuwać zamiast zmęczenia?”

„Będę czuć się wypoczęta”

Gdy rodzice opisują różnice w kategoriach uczuć, zachęcamy ich do zastanowienia się, jak będzie to widoczne w zachowaniu dziecka, kiedy doświadcza określonego stanu (George i in., 1999). Uczucia często przejawiają się w zachowaniu, a rodzicom łatwiej jest dostrzegać zmiany w zachowaniu niż w samych odczuciach dziecka.

„Co dziecko będzie robić, co pokaże, że czuje się bardziej pewnie?”

lub

„Po czym poznają Państwo, że dziecko czuje się bardziej pewnie?”

a) Co jeszcze?

Po początkowym pytaniu: „Co będzie pierwszą rzeczą, którą Państwo zauważą?”, zadajemy pytanie pogłębiające: „Co jeszcze Państwo zauważą?”. Pytanie „Co jeszcze?” może być powtarzane kilkakrotnie, tak aby rodzice mogli opisać jak najwięcej przykładów możliwych zmian w momencie realizacji ich nadziei. Możemy zaprosić rodziców do wyobrażenia sobie typowego dnia, zastanowienia się nad tym, co dzieje się w przedszkolu lub w szkole, oraz nad tym, co będzie inne w tych sytuacjach, gdy ich nadzieje

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jąkania 4 z 8

się spełnią. Celem jest wsparcie rodziców w jak najbardziej szczegółowym, pozytywnym, konkretnym i realistycznym opisie ich nadziei, osadzonym w codziennym doświadczeniu dziecka (Ratner i in., 2012).

Na przykład:

„Proszę wyobrazić sobie poranek, kiedy idą Państwo do szkoły. Co się wtedy dzieje? Jakie zmiany Państwo zauważają? Co jeszcze? Co jeszcze?”.

„Proszę wyobrazić sobie dziecko w przedszkolu. Co się zmieni, gdy będzie tak pewne siebie, jak je Państwo sobie wyobrażają? Co jeszcze? Co jeszcze?”.

„Po południu, gdy idą Państwo na plac zabaw. Co się zmieni na placu zabaw, gdy dziecko będzie taką spokojną, pewną siebie osobą, jaką chcieliby Państwo widzieć? Co jeszcze Państwo zauważą?”.

„A wieczorem, co się zmieni?”.

b) Kto jeszcze to zauważy?

Zachęcamy rodziców do uwzględnienia perspektywy innych osób obecnych w życiu dziecka oraz do opisanie, jakie zmiany mogłyby one dostrzec (Ratner i in., 2012).

Na przykład:

„Kto jeszcze zauważy, że dziecko jest bardziej pewne siebie?”. „Jaką zmianę dostrzeże nauczyciel/nauczycielka?”. „Jak może na to zareagować?”. „A jeśli nauczyciel/nauczycielka tak zareaguje, jak dziecko może odpowiedzieć?”. „Jaką różnicę to sprawi?”. „Kto jeszcze zauważy, że są Państwo bardziej spokojni?”. „Jak partner/partnerka może rozpoznać, że czują się Państwo bardziej spokojni?”. „Jak może zareagować?”. „A jeśli tak zareaguje, jak Państwo odpowiedzą?”. „Co będą Państwo robić inaczej, co pokaże innym, że są Państwo bardziej spokojni?”.

c) Uważne słuchanie tego, co już działa

Ważnym elementem pracy jest wychwytywanie sygnałów, że część nadziei rodziców już się w pewnym stopniu realizuje. George i in. (1999) określają to jako sytuacje, w których „najlepsze oczekiwania i nadzieje klienta już się wydarzyły”.

Na przykład:

„Wspominali Państwo, że dziecko bywa pewne siebie w niektórych sytuacjach”.

„Mówili Państwo, że łatwiej jest mu mówić podczas zabawy sam na sam z Państwem”.

„Powiedzieli Państwo, że w ten weekend czuli się bardziej spokojni”.

Gdy zidentyfikujemy takie momenty, możemy poprosić rodziców o ich bardziej szczegółowy opis, zadając pytania: kto, co, gdzie, kiedy i jak.

Na przykład:

„Kiedy dziecko jest bardziej pewne siebie?”.

„W czyjej obecności?”.

„Po czym Państwo poznają, że jest bardziej pewne siebie?”.

„Co sprawia, że w tych sytuacjach jest pewniejsze siebie?”.

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jąkania 5 z 8

„Kiedy ostatnio zauważyli Państwo, że było bardziej pewne siebie?”

„Co się wtedy działo?”

„Co robili Państwo inaczej, gdy bawili się Państwo z nim sam na sam?”

„Proszę opowiedzieć więcej o sytuacjach, w których łatwiej było mu mówić”

„Wspominali Państwo, że w czasie weekendu czuli się bardziej spokojni, proszę opowiedzieć o tym więcej”

„Co robili Państwo inaczej, gdy czuli się bardziej spokojni?”

„Co było wtedy zmienić?”

Takie pytania pomagają rodzicom koncentrować się na momentach, w których ich nadzieje już częściowo się spełniają (np. gdy mowa dziecka jest bardziej swobodna, gdy wypowiada się z większą pewnością, gdy aktywnie uczestniczy w rozmowie, gdy rówieśnicy dają mu przestrzeń do wypowiedzi). Ułatwia to identyfikowanie czynników, które wspierają język i komunikację dziecka, a także podkreślanie jego mocnych stron i zasobów w relacji do nadziei rodziców. Rodzice zaczynają również dostrzegać skuteczne strategie, które już stosują, oraz to, co robią, aby wspierać dziecko. Podkreślanie tych momentów i wzmacnianie świadomości tego, co już działa, sprzyja budowaniu poczucia sprawczości rodziców i zaufania do własnych kompetencji w zakresie wprowadzania zmian.

d) Skalowanie

Gdy rodzice szczegółowo opiszą typowy dzień, w którym ich nadzieje spełnią się zrealizowane, możemy zaproponować pytanie skalujące: „Proszę wyobrazić sobie skalę od 0 do 10, gdzie 10 oznacza, że Państwa nadzieje w pełni się spełniły, a 0 oznacza sytuację przeciwną. w którym miejscu tej skali widzą Państwo obecną sytuację?”

Skala ta służy określeniu, w jakim miejscu (w odniesieniu do swoich oczekiwań/nadziei) rodzice znajdują się obecnie. Podczas pierwszego spotkania najczęściej wskazywaną przez rodziców odpowiedzią jest 3 (de Shazer i Dolan, 2007).

Gdy rodzice określą swoje miejsce na skali, pytamy, co sprawiło, że znajdują się właśnie w tym punkcie oraz jak udało im się go osiągnąć (George i in., 1999).

„Co sprawiło, że są Państwo już na poziomie 3, a nie na poziomie 0?”

„Co pomogło Państwu przejść od 0 do miejsca, w którym są Państwo teraz?”

„Nie jąka się przez cały czas. Są momenty, kiedy jego mowa jest bardziej swobodna”

To stwarza możliwość pogłębienia rozmowy:

„Proszę opowiedzieć o tych momentach.” „Co sprawia, że wtedy mówi bardziej płynnie?”

„Wiem, że pomaga, gdy jest trochę spokojniej i kiedy mam dla niego czas sam na sam”

„Co się zmienia, gdy jesteście jeden na jeden?” „Proszę opowiedzieć więcej o tym, co robią Państwo, aby było spokojniej”

„Kiedy w pełni go słucham, poświęcam mu więcej czasu, a to pomaga mu mówić swobodniej”

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jąkania 6 z 8

„Proszę opowiedzieć o sytuacjach, kiedy w pełni go Państwo słuchają”.

„Co robią Państwo wtedy inaczej?”.

„Jaką różnicę to czyni?”.

„Jak dziecko na to reaguje?”.

Zadając takie pytania, ponownie kierujemy uwagę rodziców na momenty, w których ich nadzieje już częściowo się realizują, oraz pomagamy im rozpoznać, co wspiera dziecko i jakie działania sami podejmują. Często są to elementy, które dotąd pozostawały niezauważone. Ich uświadomienie może sprzyjać dalszym pozytywnym zmianom w codziennym życiu rodziny, poprzez wzmocnienie tego, co już działa.

e) Pierwsze, niewielkie oznaki postępu

Skala pomaga również w identyfikowaniu pierwszych drobnych sygnałów zmiany. Możemy zapytać:

„Po czym poznają Państwo, że przesunęli się o jeden punkt wyżej na skali?”.

„Co się zmieni, gdy przejdą Państwo z poziomu 3 na 4?”.

Pytania te nie mają na celu wskazywania, co rodzice powinni zrobić, aby „przesunąć się wyżej”, lecz zaproszenie ich do zastanowienia się, co będą zauważać, gdy zmiana już się wydarzy.

Pytania zgodne z założeniami Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach prowadzą do szczegółowego opisu tego, co rodzice chcieliby zyskać dzięki terapii. Jeśli początkowo koncentrują się na celu w postaci płynności mowy, są zachęceni do refleksji nad tym, jak będzie wyglądało codzienne życie, gdy ich nadzieje związane z większą płynnością mówienia się zrealizują. Poszerza to perspektywę rodziców, od skupienia wyłącznie na objawie, do szerszego spojrzenia na komunikację dziecka jako całość, jego pewność siebie oraz udział w codziennym życiu. Rodzice zastanawiają się także nad tym, jak zmieni się ich własne funkcjonowanie oraz co będą robić inaczej. Tak prowadzona rozmowa wspiera proces oparty na mocnych stronach i zasobach, wzmocnia intuicyjne rozumienie rodziców dotyczące tego, co sprzyja językowi i komunikacji dziecka, oraz pomaga dostrzegać pozytywne sygnały świadczące o tym, że zmiana podąża w pożądanym kierunku.

Kolejne sesje

* *„Co chcieliby Państwo zauważyć?” / „Co przebiegało dobrze?”.*

Każde kolejne spotkanie rozpoczynamy od pytania skierowanego do rodziny: „Co od ostatniego spotkania Państwo zauważyli?” lub „Co w ostatnim czasie przebiegało pomyślnie/dobrze?”.

Choć pytanie to najczęściej kierowane jest do rodziców, dziecko również jest obecne i może włączyć się do rozmowy. Rodzice często, zwłaszcza na wczesnym etapie pracy, odpowiadają, że „wszystko jest tak samo” lub że „nic się nie zmieniło”. Nie jest to zaskakujące, oznaki poprawy bywają subtelne i łatwo je przeoczyć lub umniejszyć ich znaczenie (Ratner i in., 2012). z doświadczenia wynika jednak, że gdy damy rodzinie chwilę przestrzeni lub zadamy pytanie w nieco inny sposób, często udaje się wskazać coś, co było dla nich pozytywne.

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jąkania 7 z 8

Gdy rodzice lub dziecko opisują jakiegokolwiek oznaki postępu (nawet bardzo niewielkie) wspieramy ich w możliwie szczegółowym opisie tych sytuacji, zadając pytania: kto, co, gdzie, kiedy i jak. Zachęcamy także rodziców do docenienia własnego wkładu w zmianę poprzez pytania: „Jak Państwo tego dokonali?” „Jak dziecko sobie z tym poradziło?” zachęcamy do wymienienia umiejętności i zasobów, z których skorzystali, aby dokonać zmiany („Co dokładnie zrobili Państwo?”, „Co to mówi o Waszym dziecku?” i rozważając, jaką różnicę to osiągnięcie wnosi do ich codziennego życia. Na przykład:

„Co Państwo z przyjemnością zauważyli?”.

„Myślę, że był w tym tygodniu dość rozmowny”.

„Proszę opowiedzieć o sytuacjach, w których był rozmowny”.

„Jak myślą Państwo, jak mu się to udało?”.

„Co to mówi o dziecku?”.

„Jak Państwo zareagowali, gdy to zauważyli?”.

„Jaką różnicę to zrobiło?”.

„Czuję, że trochę mniej martwię się o jego mowę”.

„A zatem, oprócz mniejszego martwienia się, co jeszcze Państwo zauważyli?”

„Jaką różnicę to czyni?”.

„Co pomogło Państwu poczuć się spokojniej?”.

„Kto jeszcze to zauważył?” itd.

Ponownie korzystamy z pytania „Co jeszcze?”, aby umożliwić rodzicom i dziecku opisanie jak największej liczby pozytywnych obserwacji od czasu ostatniego spotkania („Co jeszcze układa się dobrze?” „Co jeszcze sprawiło Ci przyjemność?”).

W trakcie trwania procesu terapii, rodziny często zaczynają spodziewać się, że sesja rozpocznie się od pytania o postępy. Dzięki temu uważniej przyglądają się codziennym sytuacjom i są bardziej skłonne dostrzegać drobne oznaki zmiany. Jedna z rodzin, z którą pracowaliśmy, spotkała się w kawiarni przed sesją, aby wspólnie zastanowić się, co w minionym tygodniu przebiegało dobrze. Inna rodzina zadawała sobie to pytanie samodzielnie, ponieważ z entuzjazmem chciała opowiedzieć nam o wszystkim, co udało się jej zauważyć.

* Gdy sytuacja jest taka sama lub bardziej wymagająca

Jeśli rodzice mówią, że od ostatniego spotkania było trudniej, naturalne jest, że kierujemy uwagę na zgłaszaną przez nich trudność i zaczynamy wspólnie przyglądać się temu, co się wydarzyło oraz dlaczego sytuacja stała się bardziej wymagająca.

Gdy pracujemy w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach, uważnie słuchamy obaw rodziców i uznajemy ich doświadczenia („Przykro mi słyszeć, że ten tydzień był trudny i że dziecko doświadczało większego napięcia w mowie”), jednocześnie zadając pytania dotyczące radzenia sobie („Co pomogło Państwu sobie z tym poradzić?”, „Jak dziecko sobie z tym poradziło?”). Następnie kierujemy rozmowę ku

ZAŁĄCZNIK VIII Ocena jąkania 8 z 8

temu, co mogłoby być pomocne, aby zrobić krok naprzód. Na przykład: „Co będzie pierwszym sygnałem, że sytuacja wraca na właściwy tor?”.

Z doświadczenia wynika, że rodzice, odpowiadając na pytanie „Co Państwo z przyjemnością zauważyli?”, często odnoszą się do stopnia płynności mowy dziecka informując, czy było „lepiej”, „gorzej” lub „bez zmian”. Staramy się zachować neutralność wobec informacji o nasileniu lub zmniejszeniu objawów jąkania, nie okazując nadmiernego niepokoju przy ich wzroście, ani nadmiernego entuzjazmu przy ich zmniejszeniu. Jeśli rodzice wskazują na poprawę płynności, zadajemy pytania, które pomagają im zastanowić się, jaką różnicę ta zmiana przyniosła dziecku i rodzinie.

Na przykład:

„Zauważyłam większą swobodę mówienia podczas posiłków. Staram się uważniej go słuchać i zachęcać do mówienia, zamiast przerywać, co wcześniej zdarzało mi się częściej, gdy jąkanie się nasilało”.

„Myślę, że spędzamy teraz więcej czasu przy stole i prowadzimy dłuższe rozmowy”.

Podczas pracy poszerzamy perspektywę rodziców dotyczącą postępów. Zachęcamy ich do dostrzegania własnego wkładu w zachodzące zmiany, a także do refleksji nad tym, co mogą kontynuować lub wzmacniać w przyszłości.

Wizyta podsumowująca po sześciu tygodniach

„Co Państwo z przyjemnością zauważyli?”.

„Co w ostatnim czasie przebiegało dobrze?”.

Wizytę podsumowującą rozpoczynamy w taki sam sposób jak wcześniejsze sesje, pytając rodziców: „Co od ostatniego spotkania zauważyli?” lub „Proszę opowiedzieć, co w ostatnim czasie przebiegało dobrze”. Rodzice zazwyczaj odpowiadają w podobny sposób, jak na początku każdej sesji terapeutycznej. Zachęcamy rodziców i dziecko do opisania jak największej liczby przykładów tego, co przebiegało dobrze w okresie utrwalania zmian. Podczas wizyty podsumowującej możemy również ocenić postępy dziecka, korzystając z pytania skalującego. Rodzice określają, w którym miejscu skali aktualnie się znajdują, co sprawia, że są właśnie w tym punkcie, oraz co pomogło im się tam znaleźć. Skala może także posłużyć do wspólnego rozpoznania kolejnych drobnych sygnałów postępu oraz do podjęcia decyzji co dalej w kontekście terapii („Na którym poziomie skali uznają Państwo, że terapia spełniła swoje zadanie?”). w miarę trwania procesu terapeutycznego nadzieje rodziców często ulegają zmianie. Rodzice zaczynają dostrzegać nowe obszary postępu, których wcześniej nie opisywali. Niekoniecznie oznacza to potrzebę osiągnięcia poziomu „10”, aby uznać, że są usatysfakcjonowani postępami dziecka i że dalsza terapia nie jest już potrzebna.



Instrukcja – Czas Specjalny

Czas Specjalny trwa wyłącznie pięć minut i nie powinien być wydłużany. Zanim Państwo rozpoczną, należy pozwolić dziecku samodzielnie wybrać aktywność, zabawkę lub zabawę. Nie powinno to być czytanie książki, korzystanie z komputera lub konsoli do gier, oglądanie telewizji ani intensywna zabawa ruchowa na zewnątrz. Gdy dziecko zdecyduje, co chce robić, udajcie się gdzieś, gdzie nikt nie będzie Wam przeszkadzał oraz usuńcie potencjalne źródła rozproszeń, takie jak telewizor czy telefon.

Przez pięć minut bawią się Państwo z dzieckiem, poświęcając mu pełną, niepodzielną uwagę i koncentrując się na tym, co dziecko mówi, a nie na tym, jak to mówi. Po upływie 5 minut proszę zapisać swoje refleksje dotyczące Czasu Specjalnego w Karcie Zadania, odnotowując, co Państwo robili oraz jak się Państwo czuli i jak przebiegło to doświadczenie. Następnie mogą Państwo wrócić do wspólnej aktywności z dzieckiem, jednak nie jest to już część Czasu Specjalnego.

Jeśli w rodzinie są inne dzieci, warto zapewnić każdemu z nich własny, regularny Czas Specjalny, realizowany indywidualnie.



Czas Specjalny – karta zadania

Imię rodzica: _____ Imię dziecka: _____
Liczba Czasów Specjalnych: _____ Cele Czas Specjalnych: _____

DATA	AKTYWNOŚĆ	KOMENTARZE DOTYCZĄCE CELÓW

W JEDNYM ZDANIU ZAPISZ, CZEGO NAUCZYŁEŚ/AŚ SIĘ DZIĘKI AKTYWNOŚCIOM w TYM TYGODNIU:



Pytania do zadania podczas omawiania nagrania PCI

Rozmowa o tym, co może pomóc dziecku:

- * Pytanie 1: Jak Państwo sądzą, czego dziecko potrzebuje, aby było mu łatwiej?
- * Pytanie 2: Co już teraz robią Państwo, co może pomagać dziecku?

Po obejrzeniu nagrania interakcji rodzic–dziecko:

- * Pytanie 1: Na ile to nagranie jest typowe dla Państwa codziennych sytuacji?
- * Pytanie 2: Co robią Państwo w tym nagraniu, co pomaga dziecku?
- * Pytanie 3: w jaki sposób może to pomagać?
- * Pytanie 4: Czego mogliby Państwo robić więcej?

Plan sesji Palin PCI 1 z 2

- | | |
|---------|---|
| Sesja 1 | <ol style="list-style-type: none">1 Nagranie interakcji rodzic–dziecko (w razie potrzeby).2 Omówienie wyników diagnozy.3 Ustalenie nadziei i oczekiwań rodziców wobec terapii.4 Przedstawienie terapii w oparciu o Model Palin.5 Ustalenie realizacji Czasu Specjalnego (uzgodniona liczba spotkań dla każdego rodzica).6 Przekazanie instrukcji dotyczących Czasu Specjalnego oraz Kart zadań.7 Omówienie tematu „Funkcjonowanie w dwóch językach” (w razie potrzeby).8 Przekazanie materiału „Rozmawianie o jękananiu” na sesję 2 (w razie potrzeby). |
| Sesja 2 | <ol style="list-style-type: none">1 Co w ostatnim czasie przebiegało dobrze?2 Omówienie realizacji Czasu Specjalnego.3 Rozmowa o tym, czego dziecko potrzebuje i co mu pomaga.4 Obejrzenie nagrania i ustalenie celu interakcyjnego dla każdego z rodziców.5 Zapisanie celu Czasu Specjalnego na Karcie zadania.6 Omówienie materiału „Rozmawianie o jękananiu” (w razie potrzeby).7 Przekazanie materiału wprowadzającego kolejną Strategię rodzinną (opcjonalnie). |
| Sesja 3 | <ol style="list-style-type: none">1 Co przebiegało dobrze?2 Omówienie realizacji Czasu Specjalnego i Kart zadań.3 Nowe nagranie interakcji.4 Obejrzenie nagrania, omówienie wcześniejszego celu i/lub ustalenie dodatkowego celu.5 Ustalenie celów Czasu Specjalnego i przekazanie Kart zadań.6 Omówienie Strategii rodzinnej (opcjonalnie).7 Przekazanie materiału dotyczącego Strategii interakcyjnej.8 Przekazanie materiału „Budowanie pewności siebie”. |
| Sesja 4 | <ol style="list-style-type: none">1 Co przebiegało dobrze?2 Omówienie realizacji Czasu Specjalnego i Kart zadań.3 Nowe nagranie interakcji (opcjonalnie).4 Obejrzenie nagrania i omówienie wcześniejszego celu i/lub ustalenie dodatkowego celu (opcjonalnie).5 Ustalenie celów Czasu Specjalnego i przekazanie Kart zadań.6 Omówienie materiału „Budowanie pewności siebie” i przekazanie Dziennika Pochwał.7 Przekazanie materiału dotyczącego Strategii interakcyjnej.8 Przekazanie materiału wprowadzającego kolejną Strategię rodzinną9 (jeśli dotyczy naprzemienności w rozmowie – zaproszenie całej rodziny na kolejną sesję). |
| Sesja 5 | <ol style="list-style-type: none">1 Co przebiegało dobrze?2 Omówienie realizacji Czasu Specjalnego i Kart zadań.3 Uwaga: jeśli omawiana jest strategia naprzemienności w rozmowie, punkty 4 i 5 nie są realizowane.4 Nagranie interakcji (opcjonalnie). |

- 5** Obejrzenie nagrania i omówienie wcześniejszych celów i/lub ustalenie dodatkowego celu (maksymalnie trzy cele).
- 6** Ustalenie celów Czasu Specjalnego i przekazanie Kart zadań.
- 7** Omówienie Strategii rodzinnej.
- 8** Przekazanie materiału dotyczącego Strategii interakcyjnej.
- 9** Przekazanie materiału wprowadzającego kolejną Strategię rodzinną.

Sesja 6

- 1** Co przebiegało dobrze?
- 2** Omówienie realizacji Czasu Specjalnego i Kart zadań.
- 3** Omówienie Dzienników pochwał.
- 4** Omówienie dotychczasowych Strategii rodzinnych (w zależności od potrzeb).
- 5** Nagranie interakcji.
- 6** Obejrzenie nagrania i omówienie wcześniejszych celów i/lub ustalenie dodatkowego celu (maksymalnie 3 cele).
- 7** Ustalenie celów Czasu Specjalnego oraz przekazanie Kart zadań i odpowiednich materiałów na kolejne 6 tygodni.
- 8** Omówienie Strategii rodzinnej.
- 9** Omówienie okresu utrwalania terapii w warunkach domowych w oparciu o Model Palin.
- 10** Przekazanie Dzienników Pochwał.
- 11** Ustalenie terminu wizyty kontrolnej.

Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem) 1 z 3

Zastanów się

Kiedy bawię się z moim dzieckiem, kto zazwyczaj kieruje zabawą?

Czy moje dziecko, czy ja?

Dlaczego pozwolenie dziecku na przejęcie inicjatywy w zabawie może być pomocne?

Co ma to wspólnego z jękaniem?

Co mogę robić częściej lub inaczej, aby dziecko mogło prowadzić zabawę?

Dlaczego możemy mieć pokusę przejmowania kontroli nad zabawą?

- * Gdy dziecko siedzi i niewiele robi
- * Gdy mało mówi, albo nie mówi wcale
- * Gdy aktywność jest wymagająca i trudno patrzeć, jak dziecko próbuje sobie z nią poradzić
- * Gdy chcemy czegoś dziecko nauczyć
- * Bo sami lubimy postawić na swoim

Dlaczego warto pozwolić dziecku prowadzić zabawę?


- * Pomaga to utrzymać zabawę na poziomie dziecka – wybiera ono to, co chce robić, więc rzadziej wywiera na siebie presję, by zrobić coś zbyt trudnego.
- * Pozwala zachować tempo odpowiednie dla dziecka – może robić coś szybciej lub wolniej, bez potrzeby dostosowywania się do kogoś innego.
- * Daje dziecku większą swobodę, bo nie musi podążać za naszym sposobem działania.

ZAŁĄCZNIK XIII Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem) **2 z 3**

- * Stwarza więcej okazji do rozwijania:
 - umiejętności rozwiązywania problemów
 - umiejętności zabawy
 - wyobraźni
 - pewności siebie

Co robić częściej lub inaczej?

STOP! PATRZ! SŁUCHAJ! _____ (nie tylko w ruchu drogowym!)

1. Stop! 


Nie spiesz się z wyręczaniem dziecka.

Może Cię zaskoczyć tym, co potrafi zrobić. Poczekaj i zobacz, co zrobi.


2. Patrz! 

Zobacz, co dziecko robi z zabawkami. Może nie tak, jak Ty byś to zrobił/a.

Pozwól mu uczyć się i odkrywać poprzez zabawę. Nie ma jednego „dobrego” ani „złego” sposobu zabawy. Staraj się unikać wydawania poleceń i instrukcji.

3. Słuchaj! 

Akceptuj pomysły dziecka.

4. Zastanów się, co mówisz! 

Dorośli kierują zabawą nie tylko przez to, co robią, ale też przez to, co mówią.

Zamiast mówić dziecku, co ma zrobić, spróbuj:

- Komentować to, co robi dziecko lub co dzieje się w zabawie.

Na przykład:

„To czajnik – do robienia herbaty. Nalewasz teraz wodę. Widzę, dużo wody. O, już pełny”,

- * Odpowiadać na to, co mówi dziecko.

Na przykład (zabawa lalkami):

Dziecko: „Dzidzius idzie tam. Dzidzius jest w łóżku”.

Rodzic: „Tak, dzidzius śpi. Jest zmęczony”.

ZAŁĄCZNIK XIII Pozwalanie dziecku na przejmowanie inicjatywy w zabawie (podążanie za dzieckiem) **3 z 3**

- * Powtarzać jego/jej pomysł własnymi słowami.

Na przykład (budowanie z klocków):

Dziecko: „Tu siedzi kierowca”.

Rodzic: „Kierowca siedzi tutaj. Widzę”.

- * Rozwijać pomysł dziecka.

Na przykład (zabawa w farmę):

Dziecko: „Tu jest traktor”.

Rodzic: „Rolnik jedzie traktorem. Wjeżdża na pole”.

Aby podążać za inicjatywą dziecka, potrzebuję:



Zatrzymać się



Popatrzeć



Posłuchać



Komentować i odpowiadać

Spróbuj pozwolić dziecku prowadzić zabawę!

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Język odpowiedni do poziomu dziecka 1 z 2

Zastanów się

Dlaczego warto zwracać uwagę na to, jakiego języka używam, rozmawiając z moim dzieckiem?

Co należy robić częściej lub w inny sposób, aby mówić w sposób dostosowany do poziomu mojego dziecka?

Dlaczego podczas Czasu Specjalnego warto mówić o tym, co dzieje się „tu i teraz”?

Język, którego używamy

Dlaczego możemy mieć pokusę używania bardziej złożonych słów i zdań?

- * Ponieważ wspiera to rozwój językowy dziecka.
- * Niektóre dzieci naturalnie interesują się językiem i nowymi słowami i chcemy to wspierać.
- * Możemy obawiać się, że dziecko ma opóźnienie w rozwoju mowy.

Dlaczego warto uważnie dobierać język, którego używamy?

- * Zachęca to dziecko do używania słów i zdań, z którymi czuje się swobodnie.
- * Ułatwia zrozumienie wypowiedzi.
- * Dziecku, które się jąka, może być trudniej, gdy:
 - próbuje wypowiedzieć długie, złożone zdanie, które trudniej jest zaplanować w myślach,
 - próbuje przypomnieć sobie bardziej złożone lub nowe słowa, z którymi nie jest jeszcze dobrze zaznajomione,
 - próbuje mówić o sprawach abstrakcyjnych lub dotyczących innego czasu i miejsca.

Co robić częściej lub inaczej, aby mówić w sposób dostosowany do poziomu dziecka?

- * Zatrzymaj się i posłuchaj, jak mówi dziecko.
- * Zwróć uwagę na słowa, których zwykle używa. Staraj się używać podobnych słów, a także

Więcej komentarzy niż pytań

1 z 3

Zastanów się

Kiedy bawię się z moim dzieckiem, czy głównie komentuję to, co robi, czy raczej zadaję mu pytania? a może zachowuję równowagę między komentarzami, a pytaniami?

Oto kilka przykładów komentarzy i pytań, które pomogą Ci zdecydować:

„Jaki kolor ma ten samochód?”	PYTANIE
„O, zobacz, lalka idzie spać”	KOMENTARZ
„To dobry pomysł, żeby włożyć tam te zwierzątka”	KOMENTARZ
„Gdzie położysz ten element?”	PYTANIE
„Wygląda na to, że świetnie się bawisz”	KOMENTARZ
„Dlaczego dajesz lalce pić?”	PYTANIE

Dlaczego warto zachować równowagę między komentarzami a pytaniami podczas zabawy?

Co należy robić częściej lub inaczej, by zachować tę równowagę pomiędzy komentowaniem i zadawaniem pytań?

Dorośli często łatwiej i bardziej naturalnie jest zadawać pytania niż komentować. Wydaje się, że pytanie zwiększa szansę na odpowiedź.

Zwykle zadajemy pytania:

- * aby zdobyć informacje
- * aby rozpocząć rozmowę, zwłaszcza gdy dziecko niewiele mówi
- * aby zasugerować, co można zrobić dalej

ZAŁĄCZNIK XV Więcej komentarzy niż pytań 2 z 3

- * aby pokazać, ile dziecko wie
- * aby zachęcić je do uczenia się nowych rzeczy

Zastanów się, co dziecko musi zrobić, aby odpowiedzieć na pytanie. Gdy zadasz pytanie, dziecko:

- * może czuć, że musi coś powiedzieć
- * musi wymyślić odpowiedź
- * musi dobrać słowa i ułożyć zdanie w odpowiedniej formie (dla niektórych dzieci bywa to trudne, zwłaszcza gdy jednocześnie koncentrują się na zabawie)

Dlaczego równowaga jest ważna?

- * Komentowanie tego, co robi dziecko, pokazuje, że jesteś nim zainteresowany/a.
- * Pomaga dziecku skupić uwagę na jednej czynności.

Pomoże to utrzymać zabawę w tempie dziecka. Niektóre pytania sugerują, co zrobić dalej, np.: „Może zrobisz mi herbatę?”, „Co myślisz, co lalka chciałaby teraz zrobić?”. Gdy częściej komentujemy, dziecko może działać w swoim tempie i nie musi się spieszyć, by odpowiedzieć.

- * Komentarze rozwijają język, dziecko słyszy, jak modelujesz różne słowa i zdania. Dziecku z opóźnionym rozwojem mowy łatwiej zrozumieć komentarze dotyczące tego, co dzieje się „tu i teraz”.
- * Komentarze również mogą rozpocząć rozmowę i dają dziecku coś, do czego może się odnieść.

Jak zachować równowagę?

Zadawanie pytań jest w porządku, ale zanim je zadasz, zapytaj siebie:

- * Czy naprawdę muszę zadać to pytanie? Czy już znam odpowiedź i tylko sprawdzam wiedzę dziecka?
- * Jak bardzo złożone jest to pytanie? Niektóre pytania wymagają krótkiej odpowiedzi np.: „Co robi miś?”, „Chcesz ciastko czy kawałek tortu?”. Inne wymagają bardziej rozbudowanej wypowiedzi np.: „Co się stanie, jeśli położysz tam kulkę?”, „Dlaczego musimy posprzątać zabawki?”
- * Czy to pytanie zmienia tempo zabawy?
- * Czy mogę zamienić to pytanie w komentarz? Na przykład: zamiast „Co to jest?”, powiedz: „Zobacz, to pociąg.”
Zamiast: „Jaki kolor ma ten samochód?”, powiedz: „Widzę, że podoba Ci się ten żółty samochód”.

Zamiast: „Co robisz z lalką?”, powiedz: „Lalka bierze kąpiel. Teraz wygląda na bardzo czystą”.

Czasem pytanie ma formę stwierdzenia z końcówką pytającą. Na przykład: „Wchodzi po drabinie, prawda?”.

ZAŁĄCZNIK XV Więcej komentarzy niż pytań 3 z 3

„Lubisz bawić się pociągami, prawda?”.

- * Wystarczy usunąć końcówkę pytającą, aby powstał komentarz.
- * W porządku jest pomilczeć, pozwolić na chwilę ciszy, kiedy ktoś się zastanawia.

Pięć kroków, które pomogą częściej komentować

1. Patrz

Obserwuj, co dziecko robi z zabawkami. Unikaj wydawania poleceń.

2. Opisz to, co dziecko robi lub co dzieje się w zabawie.

Na przykład: „To czajnik do robienia herbaty. Nalewasz wodę. Widzę, dużo wody. O, już pełny”.

3. Reaguj na to, co mówi dziecko.

Na przykład: (bawiąc się lalkami)

Dziecko: „Dzidzius idzie tam. Dzidzius jest w łóżku”.

Rodzic: „Tak, dzidzius śpi. Jest zmęczony”.

4. Powtarzaj pomysł dziecka

Dziecko: „Tu siedzi kierowca”.

Rodzic: „Kierowca siedzi tutaj... Widzę”.

5. Rozwijaj pomysł dziecka

Dziecko: „Tu jest traktor”.

Rodzic: „Rolnik jedzie traktorem. Wjeżdża na pole”.

Dawanie dziecku czasu 1 z 3

Zastanów się

Dlaczego moje dziecko może potrzebować więcej czasu, zanim zacznie coś mówić?

Kiedy wspólnie rozmawiamy i się bawimy, jak komfortowo czuję się w chwilach ciszy? Kto zwykle jako pierwszy ją przerywa?

Co dzieje się z jękaniem mojego dziecka, gdy się spieszy albo nie ma wystarczająco dużo czasu, by pomyśleć i powiedzieć to, co chce?

Co sprawia, że mamy ochotę dokończyć za dziecko wypowiedź, zwłaszcza gdy się jąka?

Co powinnam/powinienem robić częściej lub w inny sposób, aby mieć pewność, że moje dziecko ma wystarczająco dużo czasu, by rozpocząć mówienie, odpowiedzieć na pytanie lub dokończyć swoją wypowiedź?

Warto pamiętać

Dokończanie za dziecko zdania w chwili, gdy doświadcza trudności w mówieniu, zwykle nie jest dla niego pomocne. Dzieci często podkreślają, że jest to dla nich frustrujące i że najbardziej potrzebują naszej cierpliwości oraz czasu, aby samodzielnie dokończyć swoją wypowiedź.

Dlaczego warto dawać dziecku więcej czasu

Wiemy, że:

- * Gdy zapada cisza, łatwo pojawia się pokusa, by wypełnić ją pytaniem, komentarzem albo poleceniem.
- * Dzieci, które się jękają, radzą sobie lepiej, gdy mają wystarczająco dużo czasu, aby pomyśleć, zaplanować i powiedzieć to, co chcą. Pomaga im również sytuacja, w której nie muszą konkurować o głos i nie odczuwają presji pośpiechu.
- * Badania pokazują, że dzieci i rodzice mogą wzajemnie przejmować nawyk przerywania sobie. Im częściej dziecko przerywa, tym częściej robi to dorosły – i odwrotnie.
- * Gdy dorosły robi dłuższą przerwę przed odpowiedzią, dziecko zaczyna robić to samo, dając sobie więcej czasu na reakcję.

Co pomaga

- * Uważne słuchanie dziecka oraz upewnienie się, że zakończyło swoją wypowiedź, zanim zaczniemy mówić.
- * Robienie krótkiej przerwy i chwili ciszy (bez dodawania kolejnych słów).
- * Zapewnienie dziecku wystarczającej ilości czasu na zastanowienie się i udzielenie odpowiedzi.
- * Akceptowanie ciszy i rezygnowanie z potrzeby jej natychmiastowego wypełnienia.
- * Świadome wprowadzanie nieco dłuższych niż zwykle przerw przed rozpoczęciem mówienia oraz między kolejnymi wypowiedziami.
- * Zadawanie jednego pytania naraz. Unikaj zasypywania dziecka wieloma pytaniami!

Świadome przerwy – kiedy je stosować

Zanim zaczniesz coś mówić do dziecka.

Po wypowiedzeniu imienia dziecka.

Zanim odpowiesz na pytanie dziecka.

Po zadaniu dziecku pytania.

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Pauzowanie, tempo 1 z 2

Zastanów się

Kiedy bawię się z moim dzieckiem, w jakim tempie ono zwykle mówi?

Czy mówię tak samo wolno jak moje dziecko, czy szybciej?

Czy korzystam z pauz kiedy mówię?

Tempo dziecka: WOLNE / UMIARKOWANE / SZYBKIE / ZMIENNE _____

Moje tempo: TAKIE SAMO / WOLNIEJSZE / SZYBSZE / ZMIENNE _____

Moje pauzy: PRAWIE NIGDY / CZASAMI / CZĘSTO _____

Dlaczego warto zastanowić się nad swoim tempem mówienia i korzystaniem z pauz podczas rozmowy z dzieckiem?

Co mogę zmienić w swoim sposobie mówienia, aby mówić spokojniej i częściej robić przerwy?

Ty i Twoje dziecko nie musicie mówić szybciej ani wolniej niż inni. Jednak dziecku, które się jąka, zazwyczaj łatwiej mówić wtedy, gdy mówi wolniej. Każde dziecko ma własne tempo, w którym najłatwiej jest mu przekazać swoją wypowiedź. Możesz pomóc dziecku nie spieszyć się podczas mówienia, modelując wolniejsze tempo i stosując pauzy, zwłaszcza jeśli naturalnie mówisz szybciej niż ono.

Dlaczego pomocne może być mówienie wolniej i korzystanie z pauz?

- * Pozwala to pokazać dziecku spokojniejsze tempo mówienia z pauzami bez proszenia go o zwolnienie.
- * Daje dziecku więcej czasu na zastanowienie się i zaplanowanie tego, co chce powiedzieć.
- * Daje więcej czasu na uporządkowanie wypowiedzi, gdy przychodzi jego kolej na mówienie.
- * Sprawia, że Twoja wypowiedź jest dla dziecka łatwiejsza do zrozumienia.
- * Daje poczucie, że jest wystarczająco dużo czasu.
- * Daje dziecku możliwość mówienia we własnym tempie.
- * Zachęca do tego, by się nie spieszyć, mówić wolniej i robić pauzy.

ZAŁĄCZNIK XVII Pauzowanie, tempo 2 z 2

- * Zazwyczaj, gdy dziecko mówi wolniej, łatwiej jest mu mówić.

Co powinnam/powiniennem robić częściej lub w inny sposób, aby mówić wolniej i częściej robić pauzy?

- * Słuchanie, w jakim tempie dziecko mówi, gdy jest zrelaksowane i spokojne.
- * Dostosowywanie swojego tempa do tempa dziecka lub mówienie nieco wolniej.
- * Wprowadzanie przerw przed rozpoczęciem wypowiedzi oraz między kolejnymi zdaniem lub myślami.
- * Nagranie siebie, aby usłyszeć, w jakim tempie oboje mówicie, i zdecydować, czy potrzebne są zmiany.
- * Mówienie wolniej w sposób naturalny i interesujący, bez nadmiernego dzielenia wypowiedzi i bez brzmienia „jak robot”.
- * Pamiętajcie, że mówienie wolniej i częstsze robienie przerw może na początku wydawać się nienaturalne i wymaga praktyki.



Choć może pojawić się pokusa, by powiedzieć dziecku „zwolnij”, najlepszym sposobem, by pomóc mu dać sobie więcej czasu podczas mówienia, jest:

Wolniejsze mówienie i stosowanie pauz przez dorosłego.

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Kontakt wzrokowy 1 z 2

Zastanów się

Kiedy moje dziecko mówi, gdzie kieruje wzrok?

W jaki sposób rozwijanie kontaktu wzrokowego może wspierać jego mówienie?

Dlaczego podczas rozmowy patrzymy na rozmówcę?

- * Aby druga osoba wiedziała, że mówimy do niej.
- * Aby sprawdzić, czy jest zainteresowana tym, co mówimy.
- * Aby zobaczyć, czy chce coś powiedzieć i czy powinniśmy zakończyć swoją wypowiedź.
- * Aby osoba mówiąca wiedziała, że jej słuchamy.

Dlaczego czasami odwracamy wzrok, gdy mówimy?

- * Aby zastanowić się nad tym, co chcemy powiedzieć.

Co może się wydarzyć, jeśli patrzymy na coś interesującego, mówiąc o czymś innym?

- * Możemy się rozproszyć i zapomnieć, o czym mówiliśmy.

Obserwuj

Zwróć uwagę, jak ludzie zachowują się podczas rozmowy.

Kiedy najczęściej patrzą na siebie?

- * Gdy słuchają, a czasem także gdy mówią.

Kiedy odwracają wzrok?

- * Gdy są znudzeni słuchaniem.
- * Gdy zastanawiają się, co powiedzieć dalej.



Różne sposoby patrzenia

1. Naturalny kontakt wzrokowy
2. Wpatrywanie się
3. Odwracanie wzroku

Otwarte mówienie o jąkananiu 1 z 3

Zastanów się

Co robię lub mówię, kiedy widzę, że moje dziecko ma z czymś trudność? (np. zapinanie guzików, kolorowanie, układanie puzzli)

Co robię lub mówię, kiedy moje dziecko się jąka?

Dzieci mogą skorzystać na tym, że o ich jąkananiu mówi się wprost i otwarcie.

Kiedyś sądzono, że zwracanie uwagi dziecka na jego jąkanie utrudni mu mówienie. Nie ma na to dowodów. Obecnie wiemy, że jest wręcz odwrotnie. Dlaczego otwarte mówienie o jąkananiu dziecka może być pomocne?

Niektóre starsze dzieci, które się jękają, mówią, że uważały swoje jąkanie za coś wstydliwego, co trzeba ukrywać przed innymi. Co mogło im dać takie przekonanie?

Otwarte podejście do jąkania dziecka może pomóc mu poczuć się z nim lepiej oraz zmniejszyć poczucie, że jest to coś, co należy ukrywać przed innymi.

ZAŁĄCZNIK XIX Otwarte mówienie o jąkanii 2 z 3

Co mówią inni rodzice

„Niektóre słowa trudno wydobyć.
To w porządku, słucham Cię”

„To słowo
trochę utknęło,
prawda?”

„Świetnie, udało Ci się je
powiedzieć!”

„Brawo, mówiłeś dalej,
nawet kiedy było
trudno”.

Jak widać w poniższych przykładach, rodzice nazywają jąkanie w sposób rzeczowy, zachęcają dziecko do kontynuowania wypowiedzi i zapewniają je, że jąkanie jest w porządku.

Można też dodać więcej wyjaśnień. Na przykład:

„Czy wiesz, że kiedy dzieci uczą się mówić, czasami trudno im wydobyć słowa? Słowa mogą się na chwilę zatrzymać albo mogą powtarzać to samo słowo kilka razy. To część uczenia się mówienia. To jest w porządku. Jestem tu, słucham i poczekam, aż skończysz. Bardzo lubię słuchać tego, co masz do powiedzenia”.

„Twój mózg jest pełen pomysłów i czasem buzia nie nadąża, a słowa się zatrzymują. Nazywamy to jąkaniem. Chcę słuchać tego, co mówisz, bez względu na to, ile czasu to zajmie. Lubię słuchać Twoich pomysłów”.

Można używać słowa „jąkanie”, rozmawiając z dzieckiem o jego mówieniu. To nie sprawi, że będzie jąkało się bardziej.

Które z tych reakcji chciał(a)bym wypróbować w domu?

Udzielanie rad, gdy dziecko się jąka

Jakie rady czasami daję dziecku, gdy się jąka?

Naturalną reakcją rodzica jest udzielanie rad, takich jak „zwolnij”, „weź oddech”. Dla niektórych dzieci takie komentarze mogą być pomocne, jednak zwykle zalecamy ostrożność w ilości udzielanych wskazówek.

Dlaczego udzielanie rad może nie być szczególnie pomocne dla mojego dziecka?

Można też zapytać dziecko o jego zdanie, na przykład: „Co chciał(a)byś, żebym robił(a), kiedy słyszę, że się jąkasz? Czy mam coś mówić albo coś zrobić?”

Warto zadać sobie pytanie, czy zamiast udzielania rad mogę coś zmienić w swoim sposobie mówienia, co pomoże dziecku, gdy się jąka.

Czasami, mówiąc o jąkanii dziecka, używamy określeń takich jak „dobry” albo „zły”, „okropny” albo „świetny” (np. „Dzisiaj miał dobry dzień”, „Dzisiaj mówił okropnie”).

Dlaczego takie określenia mogą nie być pomocne?

W jaki inny sposób mogę opisywać jąkanie mojego dziecka?

Rzeczy, o których chcę pamiętać



Budowanie u dziecka wiary w siebie 1 z 3

Zastanów się

Czym jest pewność siebie?

Co mogę zrobić, aby wspierać pewność siebie mojego dziecka?

Jaki związek ma pewność siebie z jękaniem?

Jak budować pewność siebie dziecka

W oparciu o nasze doświadczenie kliniczne, a także na podstawie modelu pochwał opisanego przez Faber i współpracowników (Faber & Mazlish, 1980; Faber & King, 2017) oraz koncepcji Carol Dweck (2006):

1 Zauważaj to, co dobre!

Zwracaj uwagę na to, co dziecko zrobiło dobrze i co możesz docenić. Nie musi to być nic dużego. Dostrzeganie drobnych rzeczy jest bardzo cennym nawykiem.

Pokaż dziecku, że to zauważasz, opisując konkretnie to, co widzisz:

- * „Widzę, że odłożyłeś wszystkie samochody na miejsce”.
- * „Spójrz na swój rysunek. Kolorujesz starannie i używasz wielu różnych kolorów”.
- * „Widzę pusty talerz. Zjadłeś wszystko do ostatniego kęsa”.
- * „Kiedy siostra się przewróciła, pomogłeś jej wstać i zaopiekowałeś się nią”.

2 Podsumuj pochwałę na jeden z dwóch sposobów

a. Jednym pozytywnym określeniem

To pomaga dziecku budować obraz własnych mocnych stron.

ZAŁĄCZNIK XX Budowanie u dziecka wiary w siebie 2 z 3

- * „Widzę, że odłożyłeś wszystkie samochody. To było pomocne”.
- * „Kiedy twoja siostra____, to było bardzo życzliwe z twojej strony”.

b. Komentując wysiłek lub sposób wykonania

- * „Spójrz na swój rysunek. Widzę, że bardzo się skupiłeś i pracowałeś spokojnie”.
- * „Widzę pusty talerz. Siedziałeś przy stole, aż skończyłeś jeść”.

Unikamy etykiet typu „jesteś taki grzeczny/pomocny/odważny”, „jesteś dobrą dziewczynką”, ponieważ nadają stałą etykietę zamiast opisywać konkretne działanie.

Unikamy też ogólnych superlatywów, takich jak „fantastycznie” czy „wspaniale”, ponieważ są mniej konkretne i bardziej oceniające.

3 Nie odbieraj pochwały

Łatwo po pochwaleniu dodać coś krytycznego, co ją osłabia.

Na przykład:

„Brawo, sam założyłeś skarpetki. To bardzo dojrzałe. Dlaczego nie robisz tak codziennie?”.

To tak, jakby jedną ręką chwalić, a drugą odbierać pochwałę. Unikaj także wskazywania przy okazji tego, czego dziecko nie zrobiło źle.

Zamiast: „Brawo. Bawiliście się klockami i nie było wrywania”.

Lepiej: „Zauważyłam dziś dużo dzielenia się klockami”.

Opis pozostaje pozytywny.

4 Dbaj o autentyczność

Pochwała powinna być szczerą i zgodną z prawdą. Dzieci szybko wyczuwają nieszczerą, a wtedy pochwała traci znaczenie.

5 Zastanów się, jak przyjmujesz pochwały

Co mówisz, gdy ktoś cię chwali?

„Podoba mi się to, co masz na sobie”

„To nic takiego.”

Jak mogła się poczuć osoba, która Cię pochwaliła?

Co można było odpowiedzieć inaczej?

Czy pokazujesz swojemu dziecku dobry przykład, jak przyjmować i wyrażać pochwały?

Pochwała jest jak prezent. Jak chciałabyś lub chciałbyś, aby Twoje dziecko przyjmowało prezent od innych?

ZAŁĄCZNIK XX Budowanie u dziecka wiary w siebie **3 z 3**

Budowanie pewności siebie w skrócie

- * Zauważ coś dobrego.
- * Opisz konkretnie to, co zauważasz.
- * Użyj pozytywnego określenia podsumowującego.
- * Podkreśl wysiłek lub sposób wykonania.
- * Modeluj przyjmowanie pochwał, mówiąc „Dziękuję”.

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Mówienie po kolei 1 z 3

Zastanów się

Kiedy moja rodzina jest razem:

Kto mówi najwięcej? _____

Kto najczęściej słucha? _____

Kto najczęściej przerywa? _____

Co może się wydarzyć, gdy nie mówimy po kolei? _____

Dlaczego dla mojego dziecka pomocne może być to, że wszyscy mówimy po kolei? _____

W wielu rodzinach:

- * Wszyscy mówią jednocześnie.
- * Domownicy przerywają sobie nawzajem.
- * Nikt naprawdę nie słucha.
- * Jedna osoba mówi przez większość czasu.
- * Bliscy unikają przerywania dziecku, które się jąka.

Gdy tak się dzieje:

- * Nie przestrzegamy zasady mówienia po kolei.
- * Wszyscy rywalizują o możliwość zabrania głosu.

Szczególnie często zdarza się to w większych rodzinach, gdzie każdy chce coś powiedzieć!

Dlaczego warto zadbać o to, aby każda osoba miała swoją kolej, w tym także dziecko, które się jąka?

ZAŁĄCZNIK XXII Mówienie po kolei 2 z 3

Mówienie po kolei, a jąkanie

Rywalizacja o możliwość zabrania głosu może utrudniać mówienie dziecku, które się jąka:

- * Może czuć, że musi mówić szybko, aby zdążyć przed innymi.
- * Ma mniej czasu na zastanowienie się nad tym, co chce powiedzieć.
- * Musi radzić sobie z przerywaniem.
- * Może próbować przerywać innym.
- * Trudniej jest mu zachować spokój i mówić we własnym tempie.
- * Gdy wreszcie otrzyma głos, może nie chcieć go oddać i mówić zbyt długo.

Bardzo ważne jest, aby dziecko, które się jąka, również uczyło się mówienia po kolei!




- * Jeśli jesteś zajęty/a, nie musisz natychmiast przerywać swoich czynności. Możesz powiedzieć, że wysłuchasz, gdy skończysz.
- * Jeśli dziecko mówi bardzo długo, możesz powiedzieć, że musisz zająć się czymś innym.
- * Jeśli wypowiedź trwa zbyt długo, możesz poprosić, aby ktoś z ktoś inny też chciałby coś powiedzieć.

Chcemy, aby dzieci, które się jąkają, rozwijały umiejętności potrzebne do bycia dobrym rozmówcą!

Jakie są zasady mówienia po kolei?

- * *Gdy jedna osoba mówi, pozostałe słuchają.*
 - * *Nikt nie przerywa.*
 - * *Każda osoba ma swoją kolej.*
- * *Warto zmieniać, kto rozpoczyna rozmowę.*
- *
 - *Nikt nie powinien mówić zbyt długo.*

Jak mogę dbać o kolejność wypowiedzi?

- * Patrz!  Słuchaj!  Czekaj!  aby dziecko miało przestrzeń do dokończenia swojej wypowiedzi, zanim zaczniesz mówić.
- * Możesz w myślach policzyć do dwóch, zanim odpowiesz.
- * Gdy dziecko do Ciebie mówi, reaguj werbalnie lub niewerbalnie (np. uśmiechem albo skinieniem głowy).

Jak zachęcić pozostałych członków rodziny do mówienia po kolei?

Warto nauczyć wszystkich domowników zasad mówienia po kolei.

- * Możecie grać w gry, które wymagają czekania na swoją kolej, np. Jenga lub wspólne budowanie czegoś.
- * Możecie także zagrać w Grę Mikrofonową.

Gra Mikrofonowa

- * Wybierzcie przedmiot, który będzie pełnił rolę mikrofonu, na przykład ołówek lub drewnianą łyżkę.
- * Połóżcie mikrofon na środku.
- * Osoba, która chce zabrać głos, bierze mikrofon.
- * Pozostałe osoby nie przerywają i słuchają.
- * Po zakończeniu wypowiedzi mikrofon odkłada się na środek.
- * Kolejna osoba bierze mikrofon i mówi.
- * Każdy ma możliwość zabrania głosu.
- * Każdy powinien mieć swoją kolej – nie tylko jedna osoba.
- * Nikt nie powinien mówić zbyt długo.


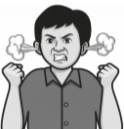





W Grę Mikrofonową można bawić się podczas posiłków lub w samochodzie (z wyjątkiem kierowcy!).

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Radzenie sobie z uczuciami

1 z 4

Uczucia – jak sobie z nimi radzić			
Uczucie	Co sprawia, że moje dziecko czuje się w ten sposób?	Jak moje dziecko okazuje to uczucie?	Co zazwyczaj robię lub mówię, gdy moje dziecko tak się czuje?
 Strach			
 Złość			
 Frustracja			
 Smutek			
 Zamartwianie się			

Jak czasem reagujemy?

Jeśli bardzo się czymś martwisz, a ktoś mówi: „*Nie martw się! Wszystko będzie dobrze! To może się w ogóle nie wydarzyć*”, czy rzeczywiście czujesz się lepiej?

ZAŁĄCZNIK XXIII Radzenie sobie z uczuciami 2 z 4

Często zamiast wysłuchać i okazać zrozumienie, próbujemy przekonać drugą osobę, żeby przestała tak się czuć. Czy jednak w ten sposób emocja znika? Czasem może się nawet nasilić.

Czy nie byłoby bardziej pomocne usłyszeć: „Biedactwo. Widzę, że naprawdę się tym martwisz, prawda?”.

Rodzice czasem reagują podobnie wobec dzieci:

Dziecko mówi

Nienawidzę mojego brata.

Martwię się, że w przedszkolu nikt nie będzie chciał się ze mną bawić.

Boję się ciemności.

Rodzic mówi

Nie mów tak. Przecież go lubisz.

Nie martw się. Na pewno będą.

Nie przesadzaj. Nie ma się czego bać.

W takiej sytuacji dorosły mówi dziecku, że nie czuje tego, co czuje. Czy to sprawia, że dziecko czuje się lepiej?

Czy dziecko będzie dalej mówiło o swoich emocjach, czy raczej nauczy się je ukrywać?

Inny sposób reagowania

Dziecko mówi

Nienawidzę mojego brata.

Martwię się, że w przedszkolu nikt nie będzie chciał się ze mną bawić.

Boję się ciemności.

Rodzic mówi

Wyglądasz, jakbyś był bardzo zły. Musiało się wydarzyć coś naprawdę ważnego, skoro tak się czujesz

Widzę, że bardzo się niepokoisz. tym, że możesz zostać sam.

Wygląda na to, że naprawdę boisz się, gdy jest ciemno.

Tym razem dorosły słucha i uznaje emocje dziecka. Pokazuje, że je dostrzega i traktuje poważnie, nazywając je.

Może pojawić się pokusa, aby po uznaniu emocji dodać „ale”, na przykład:

„Widzę, że jesteś zły, ale nie możesz teraz wyjść na dwór.”

Co sprawia, że dodanie „ale” bywa problematyczne?

Zamiast tego można po prostu uznać emocję albo zastąpić „ale” sformułowaniem: „problem polega na tym, że...”, na przykład:

„Widzę, że jesteś zły. Problem polega na tym, że jest już za ciemno, żeby iść do ogrodu”.

Gdy dziecku trudno ubrać emocje w słowa

Czasem dziecko nie potrafi powiedzieć, co czuje, ale widać, że coś jest nie tak. Może potrzebować pomocy w nazwaniu emocji.

Można powiedzieć:

- * Widzę smutną minę.



- * Wyglądasz na bardzo rozgniewanego.



- * Wydajesz się naprawdę zaniepokojony.



W ten sposób pokazujesz, że zauważasz emocję, a jednocześnie dajesz dziecku słowa, które pomagają ją opisać.

Zachęcanie dziecka do wyrażania emocji

Uważne słuchanie i nazywanie emocji dają dziecku sygnał, że może je okazywać.

Można także zachęcać do ich wyrażania:

- * Możesz się wyplakać.
- * Możesz uderzyć w poduszkę, żeby pokazać, jak bardzo jesteś zły.
- * Może zapiszemy wszystko, czym się martwisz?

ZAŁĄCZNIK XXIII Radzenie sobie z uczuciami 4 z 4

- * Uczenie dziecka, jak się uspokajać
- * Możesz pomóc dziecku się uspokoić, zachowując własny spokój.
Możesz modelować powolne oddychanie i zachęcać dziecko do naśladowania. Pomocne może być położenie na brzuchu „oddechowego przyjaciela”, np. pluszaka, który unosi się i opada wraz z każdym oddechem. Warto ćwiczyć to wtedy, gdy dziecko jest spokojne, aby łatwiej mogło z tego skorzystać w sytuacji silnych emocji.
- * Czasem wystarczy bliskość fizyczna, na przykład dotyk lub przytulenie.

To podejście opiera się na modelu zaproponowanym przez Faber i Mazlish (1980) oraz Faber i King (2017).

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Zmęczenie 1 z 2

Zastanów się

Skąd wiem, że moje dziecko nie śpi wystarczająco długo?

Co utrudnia mojemu dziecku odpowiednią ilość snu?

Jaki wpływ ma zmęczenie na jąkanie mojego dziecka?

Co pomaga mojemu dziecku spokojnie iść spać i zasypiać?

Czego powinniśmy unikać?

Dzieci, które się jękają, odnoszą korzyści z odpowiedniej ilości snu

Jak zadbać o porę snu dziecka



- 1 Unikaj przed snem czynników pobudzających i nadmiernych emocji.

Zastanów się nad tym, co Twoje dziecko je i pije, oraz unikaj przed snem pobudzających aktywności i czasu spędzanego przed ekranem.

ZAŁĄCZNIK XXIV Zmęczenie 2 z 2

Wiadomo, że ekspozycja na światło z telewizora, tabletu lub ekranu komputera przed snem, nawet przez krótki czas, zaburza sen.

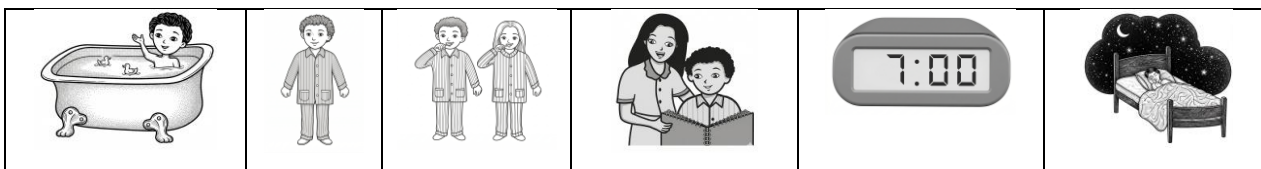


2 Ustal porę snu.

Ustal odpowiednią porę snu dla swojego dziecka, aby wprowadzić stały rytm dnia. Nie ma sztywnych zasad — niektóre dzieci potrzebują więcej snu niż inne.

3 Wprowadź rutynę.

Ustal stały przebieg wieczoru – od kolacji, przez kąpiel, aż do położenia się do łóżka i zaśnięcia. Pomoże to dziecku wiedzieć, czego się spodziewać. Pomocne może być stworzenie prostego planu obrazkowego pokazującego, co będzie się działo przed snem.



4 Zadbaj o czynniki zakłócające sen.

Zastanów się, jak możesz wspierać dziecko w samodzielnym zasypianiu, oraz jak radzić sobie z ewentualnymi lękami, np. użyć lampki nocnej, zostawić uchylone drzwi do pokoju, zapewnić ulubiony kocyk, przytulankę itp.

Unikaj kładzenia się razem z dzieckiem do czasu, aż zaśnie. Dzieci powinny nauczyć się zasypiać samodzielnie oraz ponownie zasypiać, jeśli obudzą się w nocy.

5 Wprowadź system nagród. ★

Stwórz tabelę nagród (np. z gwiazdkami). Dziecko otrzymuje gwiazdkę za pójście spać o ustalonej porze, za pozostanie w łóżku po położeniu się spać, za spanie przez całą noc we własnym łóżku lub za niewstawanie przed siódmą rano. Ustalcie, że pięć gwiazdek ★ oznacza małą nagrodę.

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Wysokie wymagania 1 z 3

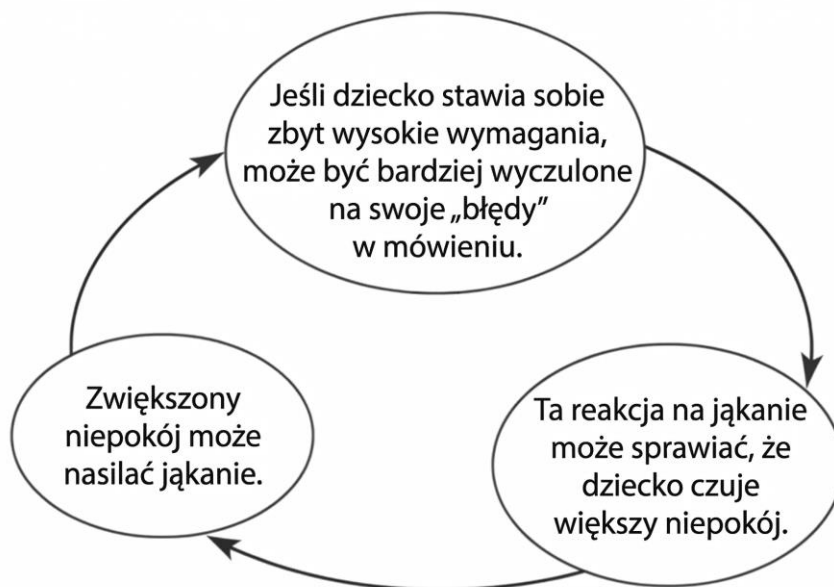
Zastanów się

Jakie rzeczy moje dziecko chce zrobić idealnie albo szczególnie dobrze?

Jak reaguje, gdy coś nie wychodzi dokładnie tak, jak chciał, albo gdy nie wygrywa?

Jak może to mieć związek z jękaniem?

Błędne koło



Jak rodzice mogą pomóc?

Zastanów się

Jak reaguję, gdy popełniam błąd albo gdy coś mi nie wychodzi?

Na przykład:

- * gdy gubię klucze
- * gdy o czymś zapominam
- * gdy popełniam błąd

Gdy coś nam nie wychodzi, często reagujemy złością lub napięciem.

Jeśli robimy z tego dużą sprawę, dziecko również uzna to za coś bardzo poważnego.

Jeśli potrafimy podejść do tego spokojniej, dziecko zobaczy, że popełnianie błędów nie jest katastrofą.

Jak mogę reagować tak, aby pokazać dziecku, że można czuć się w porządku, nawet gdy coś nie wyjdzie?

Mogę spróbować: _____

Zastanów się

Wypisz korzyści i trudności związane z tym, że dzieci stawiają sobie wysokie wymagania.

Korzyści

Trudności

Zastanów się

Czego nauczyłam się lub nauczyłem, rozważając plusy i minusy wysokich standardów?

Jak reaguję, gdy moje dziecko coś zrobi nie tak?

Jak mogę reagować, aby dziecko czuło się w porządku, nawet jeśli coś nie wyszło idealnie?

*„Mamo, próbowałem posprzątać zabawki,
ale nie mieszczą się w pudełku”*

*„Brawo, bardzo się postarałeś, a pokój
wygląda teraz naprawdę ładnie”*



*„Tak, ale na podłodze wciąż leży
dużo zabawek”*

*„Trzeba było najpierw włożyć większe
rzeczy”*

*„Ojej, będziemy musieli zrobić to wszystko
jeszcze raz”*

Wystarczająco dobrze

Dlaczego dążenie do „wystarczająco dobrze” może być pomocne?

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Radzenie sobie z trudnym zachowaniem dziecka 1 z 3

Zastanów się

Gdy moje dziecko zachowuje się niewłaściwie, czy zdarza mi się reagować inaczej ze względu na jego jąkanie? _____

Dlaczego? _____

Przykład sytuacji, w której zareagowałam/em inaczej, gdy zrobiło coś niewłaściwego: _____

Jak zareagował(a)bym, gdyby to samo zrobiło rodzeństwo? _____

Rodzeństwo dziecka, które się jąka, może uznawać za niesprawiedliwe, jeśli obowiązują wobec niego inne zasady.

Co może się stać, jeśli nadal będę traktować dziecko inaczej z powodu jego jąkania? _____

Niektóre starsze dzieci, które się jąkają, mówią, że „uchodzi im na sucho” więcej rzeczy, ponieważ dorośli obawiają się zwrócić im uwagę.

Dziecku może się pozwalać przerywać, gdy się jąka, a zwracać uwagę, gdy przerywa bez jąkania. Jaką informację otrzymuje w ten sposób? _____

Trudne zachowania

Trudno mi poradzić sobie z sytuacją, gdy moje dziecko:

Przykład: Poprosiłeś dziecko, aby się ubrało, ale ono nadal jest w piżamie. Typowa reakcja:

* *Powtórne polecenie ubrania się*
* *Poddanie się i ubranie dziecka samodzielnie*

* *Krzyczenie na dziecko*
* *Zagrożenie konsekwencją*

* *Ignorowanie sytuacji*

Jak reagować, gdy dziecko nie współpracuje

Możliwe sposoby reagowania:

- 1 Opisz problem: „Widzę osobę w piżamie, która powinna być już ubrana”.
- 2 Podaj informację: „Dzieci, które się nie ubiorą, spóźnią się do przedszkola”.
- 3 Użyj jednego słowa: „Ubranie”.
- 4 Powiedz o swoich uczuciach: „Jest mi przykro, że jeszcze się nie ubrałeś, i martwię się, że się spóźnisz”.
- 5 Napisz krótką wiadomość: „Proszę się ubrać”.
- 6 Wprowadź element zabawy: „Zobaczmy, czy uda nam się ubrać z zamkniętymi oczami!”.

Szukanie różnych sposobów rozwiązania problemu

Często w trudnej sytuacji czujemy, że wypróbowaliśmy już wszystko i nic nie działa.

Czasem potrzebujemy świeżych pomysłów. Dzieci potrafią być bardzo kreatywne, dlatego warto zaprosić je do wspólnego szukania rozwiązań.

Poproś dziecko o pomoc!

Jak rozwiązać problem?

- 1 Zapisz problem
„Mój problem to: _____ ”.
- 2 Zrób burzę mózgów
Wymyślajcie na zmianę różne sposoby poradenia sobie z sytuacją.
Nie oceniaj pomysłów na tym etapie. Zapisz każdy, nawet jeśli wydaje się mało realny lub był już wcześniej próbowany.

Zachęcaj do nawet najbardziej zwariowanych pomysłów – nigdy nie wiadomo, który okaże się trafiony. Wymyślajcie kolejne rozwiązania tak długo, aż wyczerpią się wszystkie pomysły.

3 Przyjrzyj się każdemu pomysłowi.

Zdecyduj, czy chcesz spróbować danego pomysłu, a następnie zostaw go na liście albo go skreśl.

4 Ustal kolejność

Wybierz pomysł, który spróbujesz jako pierwszy, potem drugi itd.

5 Wypróbuj pierwszy pomysł.

Wzmacnianie dziecka, gdy coś mu się uda

Dlaczego nauczyciele przyznają gwiazdki lub wyróżnienia?

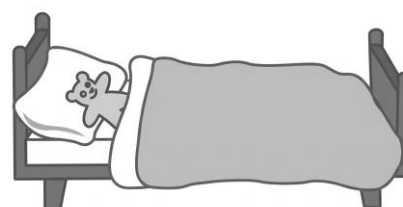
Dlaczego pracodawcy przyznają premie?

Dlaczego widzowie biją brawo po występie?

Wyróżnienia, drobne nagrody, premie, gwiazdki, oklaski, punkty, wszystkie te formy służą nagradzaniu i zachęcaniu do powtarzania pożądanых zachowań.

Czasem dodatkowa nagroda pomaga dziecku zmienić zachowanie. Pomocna może być tabela z gwiazdkami.

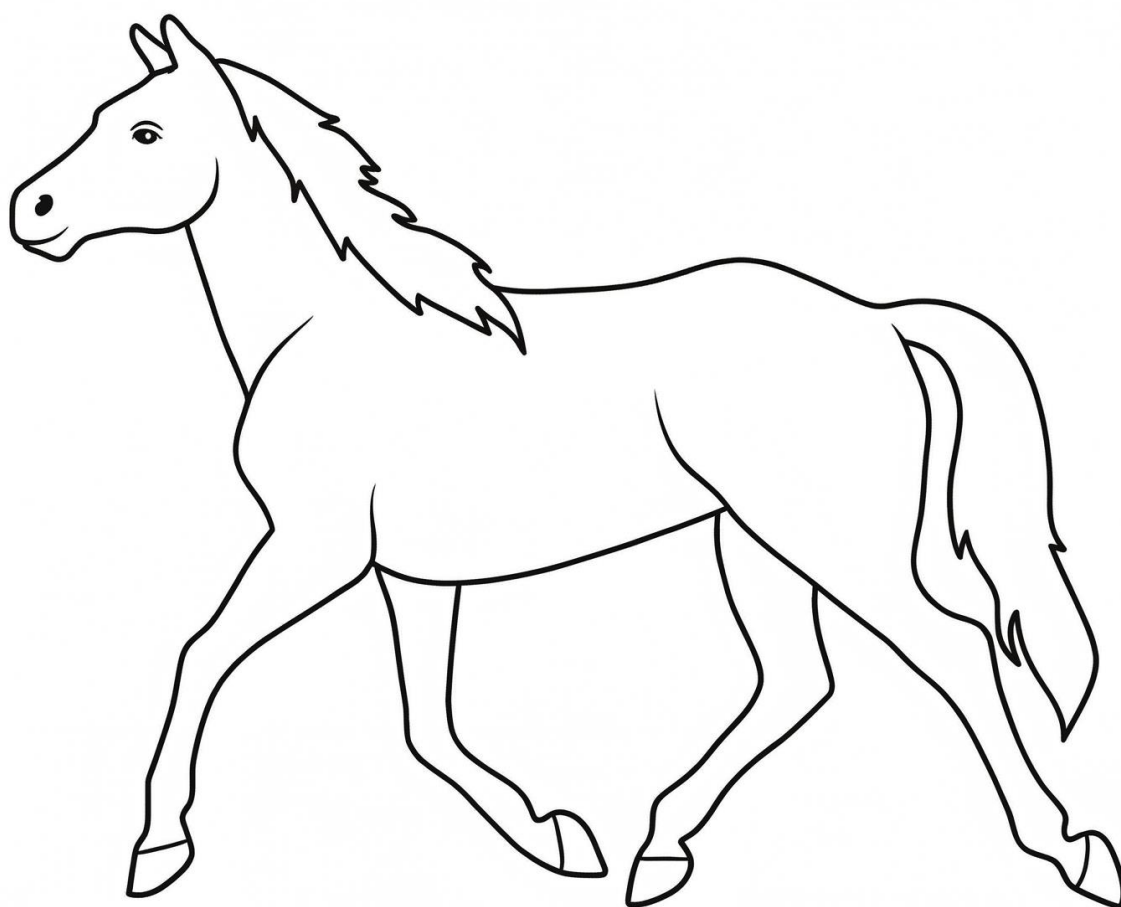
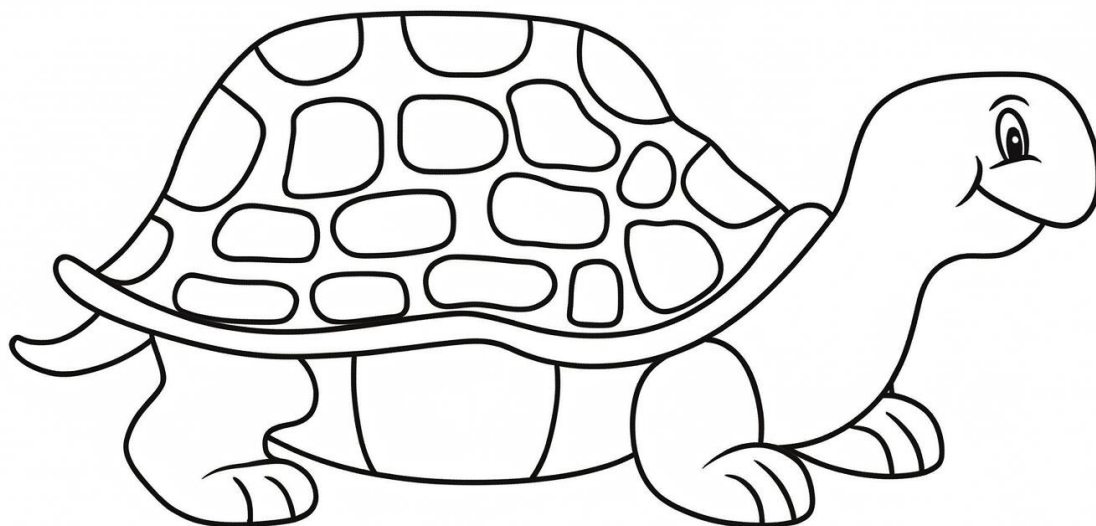
- * Ustal razem z dzieckiem, jaki będzie cel.
- * Na przykład: „Kiedy kładę się spać, zostaję w łóżku”.
- * Przygotujcie wspólnie tabelę z gwiazdkami.
- * Ustal, że każdego dnia, gdy dziecko położy się spać i pozostanie w łóżku, otrzyma gwiazdkę do przyklejenia na swojej tabeli.
- * Możesz ustalić, że po zdobyciu pięciu gwiazdek dziecko otrzyma drobną nagrodę, na przykład wspólne wyjście do parku.
- * Uważaj, aby nagroda nie była zbyt ekscytująca ani kosztowna, ponieważ może być trudno ją konsekwentnie powtarzać.
- * • Niektórym dzieciom wystarcza sama gwiazdka jako forma wzmocnienia



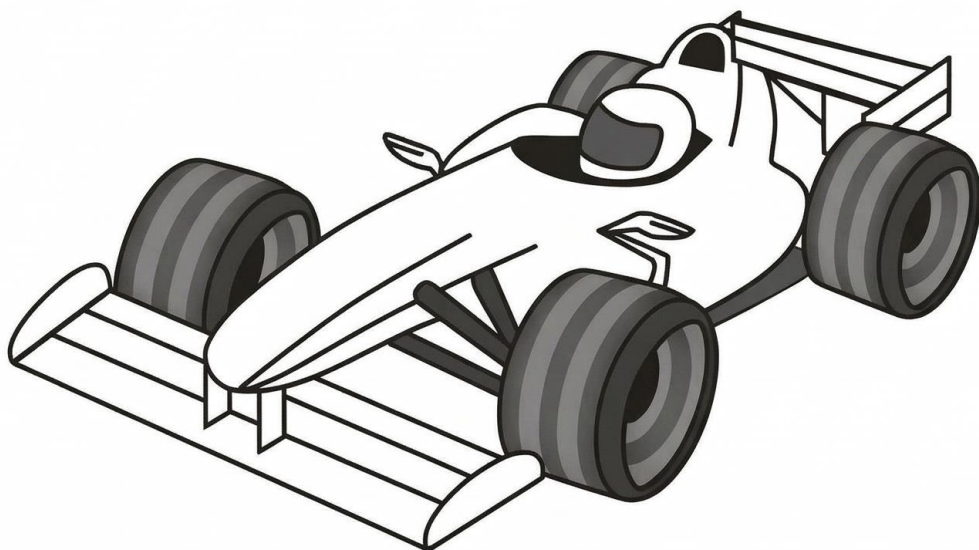
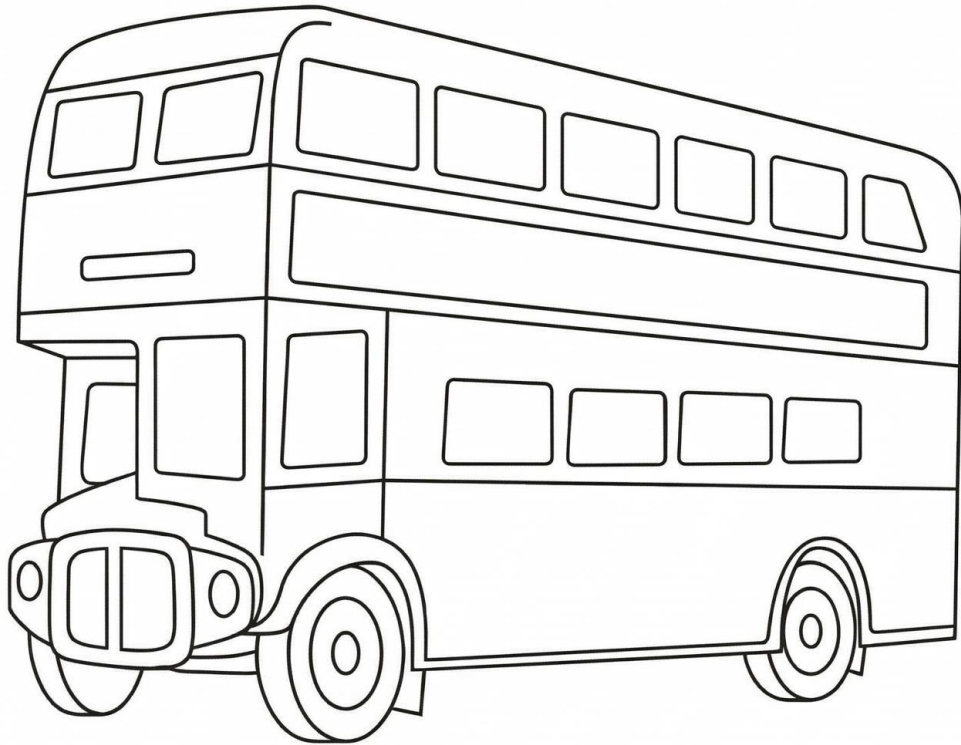
Poniedziałek	☆
Wtorek	☆
Środa	
Czwartek	☆
Piątek	☆
Sobota	☆
Niedziela	☆

Rzeczy, o których chcę pamiętać

Słuchanie jak żółw i jak koń wyścigowy



Słuchanie jak autobus i jak samochód wyścigowy (wyścigówka)



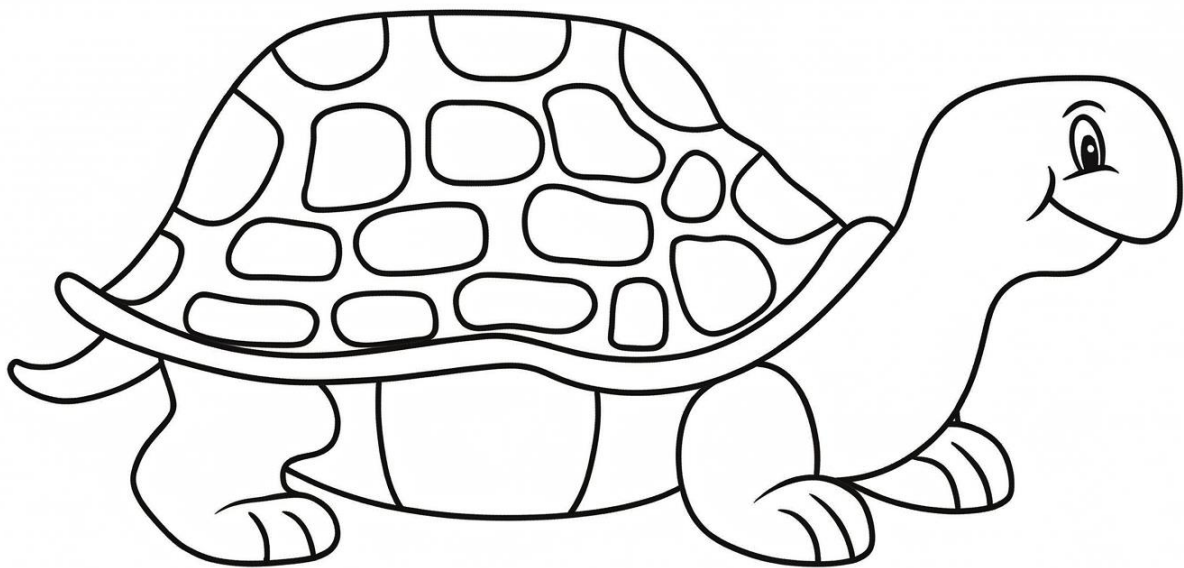
Ćwiczenie Mowa żółwikowej

LICZBA ĆWICZEŃ w TYM TYGODNIU (3-5) _____

JAK DŁUGO (5-10 minut) _____

O CZYM STARAMY SIĘ PAMIĘTAĆ (Ile słów łączymy?

np. pojedyncze słowa, jedno zdanie na raz?) _____



Ćwiczenie Mowa autobusikowej

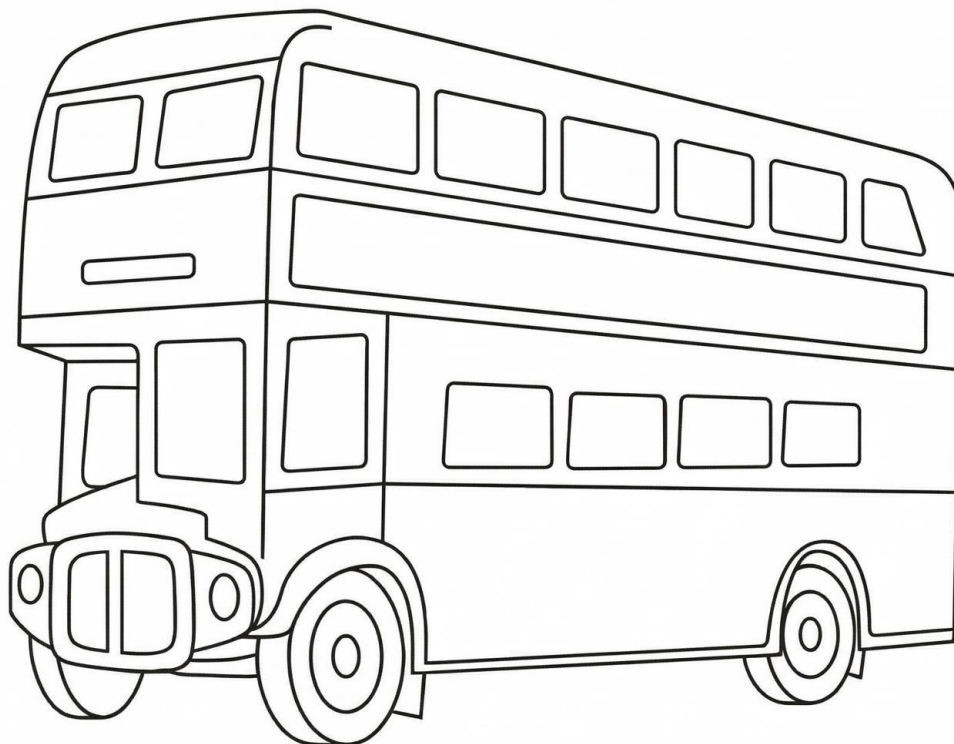
LICZBA ĆWICZEŃ w TYM TYGODNIU (3–5) _____

JAK DŁUGO (5–10 minut) _____

O CZYM STARAMY SIĘ PAMIĘTAĆ (Ile słów łączymy?

np. pojedyncze słowa, jedno zdanie na raz?) _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ćwiczenie mówienia



Ćwicz mówienie 3–4 razy w tygodniu i zapisz, jak poszło.

DATA	CO ZROBIŁEM/ZROBIŁAM	JAK MI POSZŁO
ZAPISZ JEDNĄ SYTUACJĘ z TEGO TYGODNIA, z KTÓREJ JESTEŚ DUMNA/Y ZE SWOJEGO MÓWIENIA		

Zasoby i materiały

Książki do wykorzystania w terapii

- * Beautiful Oops, Barney Saltzberg
- * The Girl Who Never Made Mistakes, Mark Pett i Gary Rubinstein
- * Twój fantastyczny elastyczny mózg: Rozciągnij go, kształtuj (Your Fantastic Elastic Brain: Stretch It, Shape It), JoAnn Deak
- * A Niffleloo Called Nevermind: A Story for Children Who Bottle Up Their Feelings (Helping Children with Feelings), Margot Sunderland
- * Willy and the Wobbly House: A Story for Children Who Are Anxious or Obsessional (Helping Children with Feelings), Margot Sunderland
- * How Are You Feeling Today?, Molly Potter
- * What's Worrying You?, Molly Potter
- * Sitting Still Like a Frog: Mindfulness Exercises for Kids (and Their Parents) with CD ROM), Eline Snel
- * Goodbye Mog, Judith Kerr

Materiały do uczenia się o tym, jak powstaje mowa: www.teacherspayteachers.com/Product/Speech-Machine-3845168

Materiały do rozmów o emocjach: www.childhood101.com

Przydatne strony internetowe

Michael Palin Centre for Stammering: www.michaelpalincentreforstammering.org

Action for Stammering Children: www.actionforstammeringchildren.org

Stuttering Foundation: www.stutteringhelp.org

British Stammering Association: www.stamma.org

Royal College of Speech and Language Therapists: www.rcslt.org

National Stuttering Association: www.nsa.org

World Stuttering & Cluttering Organization: www.thewsco.org

European Stuttering Specialization: www.europeanfluencyspecialists.eu

Materiały dotyczące Terapii Krótkoterminowej Skoncentrowanej na Rozwiązaniach (SFBT)

Zestaw narzędzi do pracy w podejściu skoncentrowanym na rozwiązaniach, zawierający karty pracy i ćwiczenia dla dzieci i młodzieży:

<https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/2015/solution-focused-practice-toolkit>

Bezpłatne materiały i szkolenia oraz comiesięczny newsletter:

www.elliottconnie.com

Materiały dotyczące Terapii Poznawczo-Behawioralnej (CBT)

Bezpłatne materiały CBT do pobrania:

www.psychologytools.com

Bezpłatne materiały CBT, modele i karty pracy:

www.getselfhelp.co.uk

Szkolenia

Palin Parent–Child Interaction Therapy:

www.michaelpalincentreforstammering.org

CBT: Oxford Cognitive Therapy Centre

www.octc.co.uk

CBT: The Centre for Cognitive Therapy

www.padesky.com

SFBT: The Centre for Solution Focused Practice

www.brief.org

Michael Palin Centre oferuje również szkolenia wprowadzające z zakresu SFBT i CBT, a także szereg innych podejść do terapii jękania w różnych grupach wiekowych.

Bibliografia

- Ambrose, N. G., Cox, N. J., & Yairi, E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40, 567–580.
- Ambrose, N. G., & Yairi, E. (1994). The development of awareness of stuttering in preschool children. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 229–245.
- Ambrose, N. G., & Yairi, E. (1999). Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 895–909.
- Ambrose, N. G., Yairi, E., Loucks, T. M., Seery, C. H., & Throneburg, R. (2015). Relation of motor, linguistic and temperament factors in epidemiologic subtypes of persistent and recovered stuttering: Initial findings. *Journal of Fluency Disorders*, 45, 12–26.
- Anderson, J. D. (2007). Phonological neighborhood and word frequency effects in the stuttered disfluencies of children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 229–247.
- Anderson, J. D., & Conture, E. G. (2000). Language abilities of children who stutter: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 283–304.
- Anderson, J. D., Pellowski, M. W., & Conture, E. G. (2005). Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 219–253.
- Anderson, J. D., Wagovich, S. A., & Hall, N. E. (2006). Nonword repetition skills in young children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 177–199.
- Andronico, M., & Blake, I. (1971). The application of filial therapy to young children with stuttering problems. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 36, 377–381.
- Arndt, J., & Healey, E. C. (2001). Concomitant disorders in school-age children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 32, 68–78.
- Bailey, K., Harris, J., & Simpson, S. (2015). Stammering and the social model of disability: Challenge and opportunity. *Procedia–Social and Behavioral Sciences*, 193, 13–24.
- Bauerly, K. R., & Gottwald, S. R. (2009). The dynamic relationship of sentence complexity, childhood stuttering, and grammatical development. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 36, 14–25.
- Beal, D. S., Gracco, V. L., Brettschneider, J., Kroll, R. M., & De Nil, L. F. (2013). A voxel-based morphometry (VBM) analysis of regional grey and white matter volume abnormalities within the speech production network of children who stutter. *Cortex*, 49, 2151–2161.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bernstein Ratner, N. (1992). Measurable outcomes of instruction to modify normal parent-child verbal interactions: Implications for indirect stuttering therapy. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 35, 14–20.

- Bernstein Ratner, N. (1995). Treating the child who stutters with concomitant language or phonological impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 180–186.
- Bernstein Ratner, N. (1997a). Stuttering: A psycholinguistic perspective. W: R. Curlee & G. M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (s. 99–127). Allyn & Bacon.
- Bernstein Ratner, N. (2001). What child language research contributes to understanding and treating stuttering. Referat przedstawiony na dorocznej konferencji American Speech-Language-Hearing Association, New Orleans.
- Bernstein Ratner, N. (2004). Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 35, 46–56.
- Bernstein Ratner, N., & Guitar, B. (2006). Treatment of very early stuttering and parent-administered therapy: The state of the art. W: N. Bernstein Ratner & J. Tetnowski (red.), *Current issues in stuttering research and practice* (s. 99–124). Erlbaum.
- Bernstein Ratner, N., & Sih, C. C. (1987). Effects of gradual increases in sentence length and complexity on children's dysfluency. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 278–287.
- Berquez, A., & Kelman, E. (2018). Methods in stuttering therapy for desensitizing parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1124–1138.
- Biggart, A., Cook, F., & Fry, J. (2007). The role of parents in stuttering treatment from a cognitive behavioural therapy perspective. W: J. Au-Yeung & M. M. Leahy (red.), *Research, treatment, and self-help in fluency disorders: New horizons. Proceedings of the Fifth World Congress on Fluency Disorders, Dublin, Ireland, July 25–28, 2006* (s. 368–375). International Fluency Association.
- Bishop, J. H., Williams, H. G., & Cooper, W. A. (1991). Age and task complexity variables in motor performance of children with articulation-disordered, stuttering, and normal speech. *Journal of Fluency Disorders*, 16, 219–228.
- Blood, I. M., Blood, G. W., Tramontana, M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Matzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113, 353–364.
- Blood, G. W., Ridenour, V. J., Qualls, C. D., & Hammer, C. S. (2003). Co-occurring disorders in children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 36, 427–448.
- Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed.). Delmar Learning.
- Boey, R. A., Van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L., Heylen, L., Stoop, R., & De Bodt, M. S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2–7 years old towards their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders*, 42, 334–346.
- Bonelli, P., Dixon, M., Bernstein Ratner, N., & Onslow, M. (2000). Child and parent speech and language following the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 14, 427–446.
- Bostian, A. J., Brown, B., & Weber, C. (2016, November). Disfluency characteristics of children aged 4- to 5-years associated with persistence and recovery of stuttering. Poster zaprezentowany na The American Speech, Language, and Hearing Convention, Philadelphia, PA.

- Botterill, W., Kelman, E., & Rustin, L. (1991). Parents and their pre-school stuttering child. W: L. Rustin (red.), *Parents, families and the stuttering child* (s. 59–71). Farr Communications Ltd.
- Botterill, W., Biggart, A., & Cook, F. (2006). An evaluation of a national teaching programme. W: J. Au-Yeung & M. M. Leahy (red.), *Research, treatment, and self-help in fluency disorders: New horizons. Proceedings of the Fifth World Congress on Fluency Disorders, Dublin, Ireland, July 25–28, 2006* (s. 285–291). International Fluency Association.
- Boyle, M. P. (2013). Assessment of stigma associated with stuttering: Development and evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 1517–1529.
- Bray, M. (2016). *Exploring fluency in Down syndrome: A discussion of speech dysfluencies for professionals and parents*. J & R Press.
- Buhr, A., & Zebrowski, P. (2009). Sentence position and syntactic complexity of stuttering in early childhood: A longitudinal study. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 155–172.
- Burns, K. (2005). *Focus on solutions: A health professional's guide*. Whurr.
- Burns, K. (2016). *Focus on solutions: A health professional's guide* (2nd ed.). Solutions Books.
- Byrd, C. T. (2018). Assessing bilingual children: Are their disfluencies indicative of stuttering or the by-product of navigating two languages? *Seminars in Speech and Language*, 39, 324–332.
- Byrd, C. T., Bedore, L. M., & Ramos, D. (2015). The disfluent speech of bilingual Spanish–English children: Considerations for differential diagnosis of stuttering. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 46, 30–43.
- Byrd, C. T., Haque, A. N., & Johnson, K. (2016). Speech-language pathologists' perception of bilingualism as a risk factor for stuttering. *Communication Disorders Quarterly*, 4, 1–6.
- Byrd, C., Wolk, L., & Lockett Davis, B. (2007). Role of phonology in childhood stuttering and its treatment. W: E. Conture & R. Curlee (red.), *Stuttering and related disorders* (3rd ed., s. 168–182). Thieme.
- Cabrera, V., & Bernstein Ratner, N. (2000). Stuttering patterns in the two languages of a bilingual child. Referat przedstawiony na dorocznej konferencji American Speech-Language-Hearing Association, Washington, DC.
- Campbell, P. (2017). The way we talk: A discussion paper by the British Stammering Association on language when talking about stammering. <https://ukcssn.files.wordpress.com/2017/12/the-way-we-talk-by-patrick-campbell.pdf>
- Cardman, S., & Ryan, B. (2007). Experimental analysis of the relationship between speaking rate and stuttering during mother-child conversation II. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 457–469.
- Chang, S.-E. (2014). Research updates in neuroimaging studies of children who stutter. *Seminars in Speech and Language*, 35, 67–79.
- Chang, S.-E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*, 39, 1333–1344.

- Chang, S.-E., Garnett, E. O., Etchell, A. C., & Chow, H. (2018). Functional and neuroanatomical bases of developmental stuttering: Current insights. *Neuroscientist*. <https://doi.org/10.1177/1073858418803594>
- Chang, S.-E., & Zhu, D. C. (2013). Neural network connectivity differences in children who stutter. *Brain*, 136, 3709–3726.
- Chang, S.-E., Zhu, D. C., Choo, A. L., & Angstadt, M. (2015). White matter neuroanatomical differences in children who stutter. *Brain*, 138, 694–711.
- Choi, D., Conture, E. G., Walden, T. A., Jones, R. M., & Kim, H. (2016). Emotional diathesis, emotional stress, and childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59, 1–15.
- Chow, H. M., & Chang, S.-E. (2017). White matter developmental trajectories associated with persistence and recovery of childhood stuttering. *Human Brain Mapping*, 38, 3345–3359.
- Clark, C. E., Conture, E. G., Frankel, C. B., & Walden, T. A. (2012). Communicative and psychological dimensions of the KiddyCAT. *Journal of Communication Disorders*, 45, 223–234.
- Clark, C. E., Conture, E. G., Walden, T. A., & Lambert, W. E. (2015). Speech-language dissociations, distractibility, and childhood stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24, 480–503.
- Cook, F., & Botterill, W. (2005). Family-based approach to therapy with primary school children: “Throwing the ball back”. W: R. Lees & C. Stark (red.), *The treatment of stuttering in the young school-aged child* (s. 325–241). Whurr.
- Conti-Ramsden, G., Hutcheson, G. D., & Grove, J. (1995). Contingency and breakdown: Children with SLI and their conversations with mothers and fathers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38, 1290–1302.
- Conture, E. G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis and treatment*. Allyn & Bacon.
- Conture, E. G., Kelly, E. M., & Walden, T. A. (2013). Temperament, speech and language: An overview. *Journal of Communication Disorders*, 46, 125–142.
- Conture, E. G., Louko, L. J., & Edwards, M. L. (1993). Simultaneously treating stuttering and disordered phonology in children: Experimental therapy, preliminary findings. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2, 72–81.
- Conture, E. G., & Walden, T. A. (2012). Dual diathesis-stressor model of stuttering. W: Y. O. Filatova (red.), *Theoretical issues of fluency disorders* (s. 94–127). National Book.
- Coulter, C. E., Anderson, J. D., & Conture, E. G. (2009). Childhood stuttering and dissociations across linguistic domains: A replication and extension. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 257–278.
- Cummins, K., & Hulme, S. (1997). Video: A reflective tool. *Speech and Language Therapy in Practice*, Autumn, 4–7.
- Davis, S., Howell, P., & Cook, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 939–947.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. Norton.
- de Shazer, S. (1996). *Words were originally magic*. Norton.
- de Shazer, S., & Dolan, Y. (2007). *More than miracles*. Haworth Press.

- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M. C. (2015). Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The RESTART randomized trial. *PLoS One*, 10(7).
- Dollaghan, C. A., & Campbell, T. F. (1998). Nonword repetition and child language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 1136–1146.
- Douglas, J. (2005). Behavioural approaches to eating and sleeping problems in young children. W: P. Graham (red.), *Cognitive behaviour therapy for children and families* (s. 187–206). Cambridge University Press.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House.
- Einarsdottir, J., & Ingham, R. (2009). Accuracy of parent identification of stuttering occurrence. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44, 847–863.
- Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1981). Problem-centered systems therapy of the family. W: A. S. Gurman & D. P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy*. Brunner/Mazel.
- Erdemir, A., Walden, T. A., Jefferson, C. M., Choi, D., & Jones, R. M. (2018). The effect of emotion on articulation rate in persistence and recovery of childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 1–17.
- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R., & Yairi, E. (2001). The young child's awareness of stuttering-like disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 368–380.
- Faber, A., & King, J. (2017). *How to talk so little kids will listen: A survival guide to life with children ages 2–7*. Avon Books.
- Faber, A., & Mazlish, E. (1980). *How to talk so kids will listen and listen so kids will talk*. Avon Books.
- Felsenfeld, S. (1997). Epidemiology and genetics of stuttering. W: R. Curlee & G. M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (s. 3–22). Allyn & Bacon.
- Felsenfeld, S., Kirk, K. M., Zhu, G., Statham, D. J., Neale, M. C., & Martin, N. G. (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*, 30, 359–366.
- Fransella, F. (1972). *Personal change and reconstruction*. Academic Press.
- Frigerio-Domingues, C., & Drayna, D. (2017). Genetic contributions to stuttering: The current evidence. *Molecular Genetics and Genomic Medicine*, 5, 95–102.
- Fuggle, P., Dunsmuir, S., & Curry, V. (2013). *CBT with children, young people and families*. Sage Publications.
- Garnett, E. O., Chow, H. M., Nieto Castañón, A., Tourville, J., Guenther, F. H., & Chang, S.-E. (2018). Anomalous morphology in left hemisphere motor and premotor cortex of children who stutter. *Brain*, 141, 2670–2684.
- George, E., Iveson, C., & Ratner, H. (1999). *Problem to solution: Brief therapy with individuals and families* (rev. and expanded ed.). Brief Therapy Press.
- George, E., Iveson, C., & Ratner, H. (2010). *Briefer: A solution focused practice manual*. Brief Therapy Press.
- Gillam, R. B., Logan, K. J., & Pearson, N. A. (2009). *TOCS: Test of childhood stuttering*. Pro-Ed.

- Girolametto, L., Greenberg, J., & Manolson, A. (1986). Developing dialogue skills: The Hanen early language parent program. *Seminars in Speech and Language*, 7, 367–382.
- Girolametto, L., & Weitzman, E. (2006). It takes two to talk—The Hanen program for parents: Early language intervention through caregiver training. W: R. R. McCauley & M. Fey (red.), *Treatment of language disorders in children* (s. 77–103). Brookes Publishing.
- McCauley, R. R., & Fey, M. (red.). (red.). *Treatment of language disorders in children*. Brookes Publishing.
- Gould, E., & Sheehan, O. (1967). Effect of silence on stuttering. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 441–445.
- Gregg, B. A., & Yairi, E. (2007). Phonological skills and disfluency levels in preschool children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40, 97–115.
- Gregg, B. A., & Yairi, E. (2012). Disfluency patterns and phonological skills near stuttering onset. *Journal of Communication Disorders*, 45, 426–438.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Lippincott Williams & Wilkins.
- 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*, 35, 742–754.
- Guitar, B., & Marchinkoski, L. (2001). Influence of mothers' slower speech on their children's speech rate. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 853–861.
- Gunderson, E. A., Gripshover, S. J., Romero, C., Dweck, C. S., Goldin-Meadow, S., & Levine, S. C. (2013). Parent praise to 1- to 3-year-olds predicts children's motivational frameworks 5 years later. *Child Development*, 84, 1526–1541.
- Hage, A. (2000). Is there a link between the development of cognitive-linguistic abilities in children and the course of stuttering? W: H. G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (red.), *Fluency disorders: Theory, research, treatment and self-help*. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders (s. 190–194). Nijmegen University Press.
- Henderlong, J., & Lepper, M. R. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: A review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 128, 774–795.
- Hill, D. (2003). Differential treatment of stuttering in the early stages of development. W: H. H. Gregory, J. H. Campbell, C. B. Gregory, & D. G. Hill (red.), *Stuttering therapy: Rationale and procedures* (s. 142–185). Allyn & Bacon.
- Hoff, E. (2006). How social contexts support and shape language development. *Developmental Review*, 26, 55–88.
- Howell, P., Au-Yeung, J., & Sackin, S. (1999). Exchange of stuttering from function words to content words with age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 345–354.
- Howie, P. M. (1981). Concordance for stuttering in monozygotic and dizygotic twin pairs. *Journal of Speech and Hearing Research*, 24, 317–321.
- Hulme, S. (2005). ACTI: Innovative training for childcare staff. *Bulletin*, 12–13.

- Imeson, J., Lowe, R., Onslow, M., Munro, N., Heard, R., O'Brien, S., & Arnott, S. (2018). The Lidcombe Program and child language development: Long-term assessment. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 32, 860–875.
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82.
- Iveson, C. (2002). Solution focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 149–157.
- Johannsen, H. S. (2000). Design of the longitudinal study and influence of symptomatology, heredity, sex ratio and lateral dominance on the further development of stuttering. W: H. G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (red.), *Fluency disorders: Theory, research, treatment and self-help*. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders (s. 183–186). University of Nijmegen Press.
- Johnson, W. (1942). A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 7, 251–257.
- Johnson, K. N., Walden, T. A., Conture, E. G., & Karrass, J. (2010). Spontaneous regulation of emotions in preschool children who stutter: Preliminary findings. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 1478–1495.
- Jones, R., Choi, D., Conture, E., & Walden, T. (2014). Temperament, emotion, and childhood stuttering. *Seminars in Speech and Language*, 35, 113–130.
- Jones, R. M., Conture, E. G., & Walden, T. A. (2014). Emotional reactivity and regulation associated with fluent and stuttered utterances of preschool-age children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 48, 38–51.
- Jones, P. H., & Ryan, B. P. (2001). Experimental analysis of the relationship between speaking rate and stuttering during mother-child conversation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 13, 279–305.
- Kasprisin Burrill, A., Egolf, D. B., & Shames, G. H. (1972). A comparison of parental verbal behavior with stuttering and nonstuttering children. *Journal of Communication Disorders*, 5, 335–346.
- Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R., & Reilly, S. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 151–163.
- Kefalianos, E., Onslow, M., Packman, A., Vogel, A., Pezic, A., Mensah, F., Conway, L., Bavin, E., Block, S., & Reilly, S. (2017). The history of stuttering by 7 years of age: Follow-up of a prospective community cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 2828–2839.
- Kelly, E. M. (1994). Speech rates and turn-taking behaviors of children who stutter and their fathers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1284–1294.
- Kelly, E. M. (1995). Parents as partners: Including mothers and fathers in the treatment of children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 28, 93–105.
- Kelly, E. M., & Conture, E. G. (1992). Speaking rates, response time latencies, and interrupting behaviors of young stutterers, nonstutterers, and their mothers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1256–1267.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs: Clinical diagnosis and psychotherapy*. W. W. Norton & Co.

- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach. *Speechmark*.
- Kelman, E., & Schneider, C. (1994). Parent-child interaction: An alternative approach to the management of children's language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy*, 10(1).
- Kleinow, J., & Smith, A. (2000). Influences of length and syntactic complexity on the speech motor stability of the fluent speech of adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43, 548–559.
- Kloth, S. A. M., Janssen, P., Kraaimaat, F. W., & Brutten, G. J. (1995a). Speech-motor and linguistic skills of young stutterers prior to onset. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 157–170.
- Kloth, S. A. M., Janssen, P., Kraaimaat, F. W., & Brutten, G. J. (1995b). Communicative behavior of mothers of stuttering and nonstuttering high-risk children prior to the onset of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 365–377.
- Kloth, S. A. M., Janssen, P., Kraaimaat, F. W., & Brutten, G. J. (1998). Child and mother variables in the development of stuttering among high-risk children: A longitudinal study. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 217–230.
- 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*, 24, 253–256.
- Kraft, S. J., Lowther, E., & Beilby, J. (2019). The role of effortful control in stuttering severity in children: Replication study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28, 14–28.
- Kraft, S. J., & Yairi, E. (2011). Genetic bases of stuttering: The state of the art. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64, 24–47.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 264–278.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43, 407–423.
- Langlois, A., Hanrahan, L. L., & Inouye, L. L. (1986). A comparison of interactions between stuttering children, nonstuttering children, and their mothers. *Journal of Fluency Disorders*, 11, 263–273.
- Lattermann, C., Shenker, R. C., & Thordardottir, E. (2005). Progression of language complexity during treatment with the Lidcombe Program for early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 242–253.
- Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Hennessey, N. W. (2012). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45, 98–110.
- LDA. (1988). *What's wrong cards*. Living and Learning.
- Leech, K. A., Bernstein Ratner, N., Brown, B., & Weber, C. M. (2017). Preliminary evidence that growth in productive language differentiates childhood stuttering persistence and recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 3097–3109.

- Leech, K. A., Salo, V. C., Rowe, M. L., & Cabrera, N. J. (2013). Father input and child vocabulary development: The importance of wh-questions and clarification requests. *Seminars in Speech and Language, 34*, 249–259.
- Lewis, C., Packman, A., Onslow, M., Simpson, J. M., & Jones, M. (2008). A Phase II trial of telehealth delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology, 17*, 139–149.
- Lim, V. P., Lincoln, M., Chan, Y. H., & Onslow, M. (2008). Stuttering in English–Mandarin bilingual speakers: The influence of language dominance on stuttering severity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 51*, 1522–1537.
- Lincoln, M. A., & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 6*, 51–58.
- Livingston, L. A., Flowers, Y. E., Hodor, B. A., & Ryan, B. P. (2000). The experimental analysis of interruption during conversation for three children who stutter. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 1*, 235–266.
- Logan, K. J., Byrd, C. T., Mazzocchi, E. M., & Gillam, R. B. (2011). Speaking rate characteristics of elementary-school-aged children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders, 44*, 130–147.
- Louko, L. J. (1995). Phonological characteristics of young children who stutter. *Topics in Language Disorders, 15*, 48–59.
- Louko, L. J., Edwards, M. L., & Conture, E. G. (1990). Phonological characteristics of young stutterers and their normally fluent peers: Preliminary observations. *Journal of Fluency Disorders, 15*, 191–210.
- MacPherson, M., & Smith, A. (2013). Influences of sentence length and syntactic complexity on the speech motor control of children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 56*, 89–102.
- Manning, W. H., & DiLollo, A. (2018). *Clinical decision making in fluency disorders* (4th ed.). Plural Publishing.
- Manolson, A. (1992). *It takes 2 to talk*. Hanen Centre.
- Mansson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders, 25*, 47–57.
- Matthews, S., Williams, R., & Pring, T. (1997). Parent-child interaction therapy and dysfluency: A single-case study. *European Journal of Disorders of Communication, 32*, 346–357.
- McAllister, J., Kelman, E., & Millard, S. (2015). Anxiety and cognitive bias in children and young people who stutter. *Procedia–Social and Behavioral Sciences, 193*, 183–191.
- McNeill, C. (2013). *The teens challenge: Stammering therapy, learning and adventure*. W: C. Cheasman, R. Everard, & S. Simpson (red.), *Stammering therapy from the inside: New perspectives on working with young people and adults*. J & R Press.
- Melnick, K. S., & Conture, E. G. (2000). Relationship of length and grammatical complexity to the systematic and nonsystematic speech errors and stuttering of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 25*, 21–45.

- 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*, 28, 436–444.
- Meyers, S. C., & Freeman, F. J. (1985b). Interruptions as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 428–435.
- Meyers, S. C., & Woodford, L. L. (1992). *The fluency development system for young children*. United Educational Services.
- Miles, S., & Bernstein Ratner, N. B. (2001). Parental language input to children at stuttering onset. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 1116–1130.
- Millard, S. K., Edwards, S., & Cook, F. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 61–76.
- Millard, S. K., & Cook, F. M. (2010). Working with young children who stutter: Raising our game. *Seminars in Speech and Language*, 31, 250–261.
- Millard, S. K., & Davis, S. (2016). The Palin Parent Rating Scales: Parents' perspectives of childhood stuttering and its impact. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59, 950–963.
- 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, 635–650.
- Millard, S. K., Zebrowski, P., & Kelman, E. (2018). Palin parent-child interaction therapy: The bigger picture. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1211–1223.
- Milner, J., & Bateman, J. (2011). *Working with children and teenagers using solution focused approaches*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mohan, R., & Weber, C. (2015). Neural systems mediating processing of sound units of language distinguish recovery versus persistence in stuttering. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 7, 28. <https://doi.org/10.1186/s11689-015-9124-7>
- Montgomery, D. C. (1997). *Introduction to statistical quality control* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Montgomery, J. W. (2005). Effects of input rate and age on the real-time language processing of children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40, 171–188.
- Mordecai, D. (1979). An investigation of the communicative styles of mothers and fathers of stuttering versus non-stuttering pre-school children. *Dissertation Abstracts International*, 40.
- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G., & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 22. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-22>
- Neimeyer, R. (1993). *Constructivist approaches to the measurement of meaning*. W: G. Neimeyer (red.), *Constructivist assessment: A casebook* (s. 207–223). Sage.
- 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*, 32, 635–644.
- Nicholas, A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 209–216.

- Nippold, M. A. (1990). Concomitant speech and language disorders in stuttering children: A critique of the literature. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 51–60.
- Nippold, M. A. (2001). Phonological disorders and stuttering in children: What is the frequency of co-occurrence? *Clinical Linguistics and Phonetics*, 15, 219–228.
- Nippold, M. A. (2002). Stuttering and phonology: Is there an interaction? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 99–110.
- Nippold, M. A. (2004). Phonological and language disorders in children who stutter: Impact on treatment recommendations. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 18, 145–159.
- Nippold, M. A. (2018). Language development in children who stutter: A review of recent research. *International Journal of Speech-Language Pathology*. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1457721>
- Nippold, M. A., & Rudzinski, M. (1995). Parents' speech and children's stuttering: A critique of the literature. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38, 978–989.
- Ntourou, K., Conture, E. G., & Lipsey, M. (2011). Language abilities of children who stutter: A meta-analytical review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 163–179.
- Ntourou, K., Conture, E. G., & Walden, T. A. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 260–274.
- Onslow, M., & O'Brien, S. (2013). Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49, E112–E115.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2003). Lidcombe program of early stuttering intervention: A clinician's guide. Pro-Ed.
- Ortega, A. Y., & Ambrose, N. G. (2011). Developing psychological stress profiles for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 268–273.
- Paden, E. P., Ambrose, N. G., & Yairi, E. (2002). Phonological progress during the first two years of stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 256–267.
- Paden, E. P., & Yairi, E. (1996). Phonological characteristics of children whose stuttering persisted or recovered. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 981–990.
- Paden, E. P., Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early childhood stuttering II: Initial status of phonological abilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1113–1124.
- Pancsofar, N., & Vernon-Feagans, L. (2006). Mother and father language input to young children: Contributions to later language development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 571–587.
- Plexico, L. W., & Burrus, E. (2012). Coping with a child who stutters: A phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 275–288.
- Plexico, L. W., Cleary, J. E., McAlpine, A., & Plumb, A. M. (2010). Disfluency characteristics observed in young children with autism spectrum disorders: A preliminary report. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 20, 42–50.

- Plexico, L. W., Plumb, A. M., & Beacham, J. (2013). Teacher knowledge and perceptions of stuttering and bullying in school-age children. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 23(2), 39. <https://doi.org/10.1044/ffd23.2.39>
- Prior, M., Sanson, A., & Oberklaid, F. (1989). The Australian Temperament Project. W: G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (red.), *Temperament in childhood* (s. 537–554). Wiley.
- Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2006). Development of short and very short forms of the children's behavior questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 87, 102–112.
- Ratner, H., George, E., & Iveson, C. (2012). *Solution focused brief therapy*. Routledge.
- Ratner, H., & Yusuf, D. (2015). *Brief coaching with children and young people*. Routledge.
- Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N. K., & Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: A twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 202–210.
- Reardon-Reeves, N., & Yaruss, J. S. (2013). *School-age stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources.
- Reilly, S., Kefalianos, E., & Smith, K. (2013a). The natural history of stuttering onset and recovery: Data from a longitudinal study. *Enfance*, 3, 275–285.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Block, S., & Wake, M. (2013b). Natural history of stuttering to 4 years of age: A prospective community-based study. *Pediatrics*, 132, 460–467.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., & Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123, 270–277.
- Riaz, N., Steinberg, S., Ahmad, J., Pluzhnikov, A., Riazuddin, S., Cox, N. J., & Drayna, D. (2005). Genomewide significant linkage to stuttering on chromosome 12. *American Journal of Human Genetics*, 76, 647–651.
- Richels, C., Buhr, A., Conture, E., & Ntourou, K. (2010). Utterance complexity and stuttering on function words in preschool age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 314–331.
- Riley, G. (2009). *The stuttering severity instrument for adults and children (SSI-4)* (4th ed.). Pro-Ed.
- Riley, J., & Riley, G. (1985). *Oral motor assessment and treatment: Improving syllable production*. Pro-Ed.
- Rommel, D. (2000). The influence of psycholinguistic variables on stuttering in childhood. W: H. G. Bosshardt, J. S. Yaruss, & H. F. M. Peters (red.), *Fluency disorders: Theory, research, treatment and self-help*. Proceedings of the Third World Congress of Fluency Disorders (s. 195–202). Nijmegen University Press.
- Rommel, D., Hage, A., Kalehne, P., & Johannsen, H. S. (1999). Development, maintenance and recovery of childhood stuttering: Prospective longitudinal data 3 years after first contact. Proceedings of the Fifth Oxford Dysfluency Conference, 168–182.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72, 1394–1408.

- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Temperament. W: W. Damon, R. Lerner, & N. Eisenberg (red.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., s. 99–166). Wiley.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. W: M. E. Lamb, & A. L. Brown (red.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, s. 37–86). Lawrence Erlbaum.
- Rowe, M. L. (2012). A longitudinal investigation of the role of quantity and quality of child-directed speech in vocabulary development. *Child Development*, 83, 1762–1774.
- Rowe, M. L., Coker, D., & Pan, B. A. (2004). A comparison of fathers' and mothers' talk to toddlers in low-income families. *Social Development*, 13, 278–291.
- Rustin, L. (1987). *Assessment and therapy programme for dysfluent children*. NFER Nelson.
- Rustin, L., Botterill, W., & Kelman, E. (1996). *Assessment and therapy for young dysfluent children: Family interaction*. Whurr Publishers.
- Rustin, L., & Cook, F. (1995). Parental involvement in the treatment of stuttering. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 127–137.
- Ryan, B. P. (2000). Speaking rate, conversational speech acts, interruption, and linguistic complexity of 20 pre-school stuttering and nonstuttering children and their mothers. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 14, 25–51.
- Savelkoul, E. M., Zebrowski, P. M., Feldstein, S., & Cole-Harding, S. (2007). Coordinated interpersonal timing in the conversations of children who stutter and their mothers and fathers. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 1–32.
- Sawyer, J., Matteson, C., Ou, H., & Nagase, T. (2017). The effects of parent-focused slow relaxed speech intervention on articulation rate, response time latency, and fluency in preschool children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 794–809.
- Scaler Scott, K., Tetnowski, J. A., Flaitz, J. R., & Yaruss, J. S. (2014). Preliminary study of disfluency in school-aged children with autism. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49, 75–89.
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(Supplement 1), S114–S121.
- Sheehan, J. (1970). *Stuttering: Research and therapy*. Harper & Row.
- Shenker, R. C. (2011). Multilingual children who stutter: Clinical issues. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 186–193.
- Shenker, R. C. (2013). When young children who stutter are also bilingual: Some thoughts about assessment and treatment. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations*, 20(1), 15. <https://doi.org/10.1044/cds20.1.15>
- Silverman, S., & Ratner, N. B. (2002). Measuring lexical diversity in children who stutter: Application of Vcod. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 289–303.

- Sisskin, V., & Wasilus, S. (2014). Lost in the literature, but not in the caseload: Working with atypical disfluency from theory to practice. *Seminars in Speech and Language, 35*, 144–152.
- Smith, A. (2015). What factors contribute to the emergence of stuttering? Referat przedstawiony na dorocznej konwencji American Speech-Language-Hearing Association, Denver, CO.
- Smith, A., Goffman, L., Sasisekaran, J., & Weber-Fox, C. (2012). Language and motor abilities of preschool children who stutter: Evidence from behavioral and kinematic indices of nonword repetition performance. *Journal of Fluency Disorders, 37*, 344–358.
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brien, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders, 40*, 22–34.
- Smith, A., & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. W: R. Curlee, & G. M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (s. 204–216). Allyn & Bacon.
- Smith, A., Sadagopan, N., Walsh, B., & Weber-Fox, C. (2010). Increasing phonological complexity reveals heightened instability in inter-articulatory coordination in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 35*, 1–18.
- Smith, A., & Weber, C. (2016). Childhood stuttering: Where are we and where are we going? *Seminars in Speech and Language, 37*, 291–297.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 60*, 2483–2505.
- Smith, A., & Zelaznik, H. N. (2004). Development of functional synergies for speech motor coordination in childhood and adolescence. *Developmental Psychobiology, 45*, 22–33.
- Speechmark. (2007). *What's wrong? Colorcards* (2nd ed.). Routledge.
- Spencer, C., & Weber-Fox, C. (2014). Preschool speech articulation and nonword repetition abilities may help predict eventual recovery or persistence of stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 41*, 32–46.
- Spinelli, E. (1994). *Demistifying therapy*. Constable.
- Stallard, P. (2002). *Think good – feel good: A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people*. John Wiley & Sons.
- Starkweather, C. W. (2002). The epigenesis of stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 269–287.
- Stephenson-Opsal, D., & Bernstein Ratner, N. (1988). Maternal speech rate modification and childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 15*, 243–175.
- Suresh, R., Roe, C., Pluzhnikov, A., Wittke-Thompson, J., Ng, C.-Y., Cook, E., Lundstrom, C., Garsten, M., Ezrati, R., Yairi, E., Ambrose, N., & Cox, N. (2006). New complexities in the genetics of stuttering: Significant sex-specific linkage signals. *American Journal of Human Genetics, 78*, 554–563.
- Tamis-LeMonda, C. S., Kuchirko, Y., & Song, L. (2014). Why is infant language learning facilitated by parental responsiveness? *Current Directions in Psychological Science, 23*, 121–126.
- Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., & Lamb, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2- and 3-year-olds: Contributions to language and cognitive development. *Child Development, 75*, 1806–1820.

- Throneburg, R. N., Yairi, E., & Paden, E. P. (1994). Relation between phonologic difficulty and the occurrence of disfluencies in the early stage of stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 37*, 504–509.
- Tumanova, V., Choi, D., Conture, E. G., & Walden, T. A. (2018). Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. *Journal of Communication Disorders, 72*, 86–96.
- Usler, E., Smith, A., & Weber, C. (2017). A lag in speech motor coordination during sentence production is associated with stuttering persistence in young children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 60*, 51–61.
- Yaruss, J. S., Coleman, C., & Hammer, D. (2006). Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 37*, 118–136.
- Yaruss, J. S., & Conture, E. G. (1995). Mother and child speaking rates and utterance lengths in adjacent fluent utterances: Preliminary observations. *Journal of Fluency Disorders, 20*, 257–278.
- Yaruss, J. S., & Logan, K. J. (2002). Evaluating rate, accuracy, and fluency of young children's diadochokinetic productions: A preliminary investigation. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 65–86.
- Yaruss, J. S., & Reardon-Reeves, N. (2017). *Early childhood stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources.
- Zackheim, C. T., & Conture, E. G. (2003). Childhood stuttering and speech disfluencies in relation to children's mean length of utterance: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders, 28*, 115–141.
- Zebrowski, P. M. (2007). Treatment factors that influence therapy outcomes of children who stutter. W: E. G. Conture, & R. F. Curlee (red.), *Stuttering and related disorders of fluency* (s. 23–38). Thieme.
- Zebrowski, P. M., & Schum, R. L. (1993). Counseling parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology, 2*, 65–73.
- Zebrowski, P. M., Weiss, A. L., Savelkoul, E. M., & Hammer, C. S. (1996). The effect of maternal rate reduction on the stuttering, speech rates and linguistic productions of children who stutter: Evidence from individual dyads. *Clinical Linguistics and Phonetics, 10*, 189–206.
- Zengin-Bolatkale, H., Conture, E. G., Key, A. P., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2018). Cortical associates of emotional reactivity and regulation in childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 56*, 81–99.
- Zengin-Bolatkale, H., Conture, E. G., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2018). Sympathetic arousal as a marker of chronicity in childhood stuttering. *Developmental Neuropsychology, 43*, 135–151.
- Zentall, S. R., & Morris, B. (2010). "Good job, you're so smart": The effects of inconsistency of praise type on young children's motivation. *Journal of Experimental Child Psychology, 107*, 155–163.