

Katarzyna Węsierska, logopeda  
Uniwersytet Śląski w Katowicach

# Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko – *Palin Parent-Child Interaction Approach (Palin PCI)* – przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jąkanii wczesnodziecięcym

## Streszczenie

W artykule dokonano prezentacji *Palin Parent-Child Interaction Approach* opracowanego, wdrażanego i udoskonalanego od lat w Centrum dla Dzieci Jąkających się imienia Michaela Palina w Londynie. *Palin PCI* jest przykładem efektywnej terapii zaburzeń płynności mówienia u dzieci w wieku przedszkolnym, opartej na solidnej podbudowie teoretycznej i zweryfikowanej w badaniach empirycznych. W artykule przedstawione zostały główne założenia teoretyczne tego podejścia, cele, struktura oraz strategie terapeutyczne. Autorka, opierając się na własnych doświadczeniach terapeutycznych, wskazała także na możliwość skutecznego zastosowania podejścia *Palin PCI* wobec dzieci z jąkanii wczesnodziecięcym w realiach polskich.

## Summary

*Palin Parent-Child Interaction Approach* originated, implemented and developed for years in The Palin Centre for Stammering Children in London is presented in this article. *Palin PCI* is an example of an efficient fluency disorder therapy in pre-school children. The therapy is based on a solid theoretical ground and verified in empirical studies. The main theoretical assumptions of this approach were presented in the article and also the aims, structure and therapeutic strategies. Referring to her own therapeutic experience the author indicates possibilities of effective application of *Palin PCI* approach in pre-school stammering children in Poland.

U wielu małych dzieci w okresie intensywnego rozwoju mowy można zaobserwować objawy nie płynności mówienia. Większość przedszkolaków upora się z tymi trudnościami, zanim rozpocznie naukę w szkole. Jednak pewna grupa jąkających się dzieci wymaga pomocy logopedycznej, gdyż bez takiego wsparcia objawy nie płynności w ich mowie mogą się utrzymywać, a nawet nasilać. Badania naukowe wskazują, że w zdecydowanej większości przypadków chronicznego jąkania pierwsze objawy nie płynności pojawiły się pomiędzy

2. a 6. rokiem życia (Guitar 2006; Yairi, Ambrose 2005)<sup>1</sup>. Jąkanie jest złożonym, wieloczynnikowym zaburzeniem mowy, które silnie warunkuje funkcjonowanie jednostki. Jąka się około 1 % ogółu populacji dorosłych (Gregory 2003). Osoby jąkające się doświadczają wielu negatywnych uczuć związanych z objawami nie płynności w mówieniu występującymi na co dzień w ich mowie. Terapia jąkania prowadzona z młodzieżą lub osobami dorosłymi jest czasochłonna, wymaga od uczestników znacznego zaangażowania i dużej motywacji do ćwiczeń. Dla osiągnięcia sukcesu w przewycięzeniu jąkania niezbędna jest determinacja w utrwalaniu i utrzymaniu efektów terapii. Obecnie coraz powszechniej uznaje się, że konieczne jest obejmowanie dzieci w wieku przedszkolnym działaniami prewencyjnymi lub z zakresu wczesnej interwencji, które pozwalają skutecznie zapobiec jąkanii (Packman, Onslow 1999). Jednym z podstawowych oddziaływań profilaktycznych jest popularyzowanie w społeczeństwie wiedzy o zjawisku jąkania oraz wczesna identyfikacja dzieci z tzw. grupy ryzyka. Zidentyfikowanie dzieci z tzw. grupy ryzyka jąkania i obejmowanie ich odpowiednią interwencją terapeutyczną umożliwiają przesiewy logopedyczne oraz uświadomienie rodziców, nauczycieli, lekarzy. Badania naukowe wskazują, że terapia logopedyczna jąkania u dzieci przedszkolnych jest efektywna, jeśli jest podjęta odpowiednio wcześnie i dostosowana do potrzeb konkretnego przypadku (Laiho, Klippi 2007; Lincoln, Onslow 1997; Millard, Nicholas, Cook 2008). Przykładem takiego skutecznego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego jest program stosowany w Centrum Michaela Palina w Londynie<sup>2</sup>.

Od wielu lat podkreśla się znaczenie oddziaływania środowiska i interakcji rodzic-dziecko dla analizy zjawiska jąkania wczesnodziecięcego. Założeniem wielu metod terapii logopedycznych dzieci jąkających się jest podejmowanie strategii pomocowych za pośrednictwem osób ważnych dla

- 1 W literaturze przedmiotu przywołuje się różne przedziały czasowe wystąpienia pierwszych objawów jąkania, najczęściej jednak ze wskazaniem na okres przedszkolny. Por. np.: O. Bloodstein, 1972, *A Handbook on Stuttering*, s. 72-77; Z. Tarkowski, 1997, *Jąkanie wczesnodziecięce*, s. 98-100.
- 2 Michael Palin Centre for Stammering Children w Londynie zostało oficjalnie otwarte w roku 1993 z inicjatywy Leny Rustin pod patronatem aktora Michaela Palina. Zespół specjalistów Michael Palin Centre prowadzi terapię jąkania dla dzieci, młodzieży i dorosłych, konsultacje, szkolenia i treningi dla logopedów oraz badania nad zjawiskiem jąkania. Autorka artykułu kilkakrotnie uczestniczyła w latach 2009-2010 w szkoleniach dla logopedów organizowanych przez MPC (m.in.: *Palin PCI – Palin Parent-Child Interaction Therapy for Pre-School Children who Stammer; Primary School Children who Stammer: Realising Their Potential*).

dziecka – przede wszystkim rodziców (Gottwald, Starkweather 1999; Palmer, Yantis 1990; Raming, Shames 1998). Znaczenie interakcji rodzic-dziecko w procesie nabywania mowy, a także utrzymywania płynności w mówieniu jest powszechnie uznawane (Bernstein Ratner 2004; Roper, Dunst 2003; Yairi 1997). Podejście terapeutyczne stosowane w Centrum Michaela Palina w Londynie wykorzystuje w procesie terapii interakcje zachodzące pomiędzy rodzicami a dzieckiem w celu przywracania i utrzymywania płynności w mowie dziecka. Metoda *Palin PCI* jest wdrażana i stale udoskonalana od lat 80. ubiegłego wieku (Chęć 1993; Botterill, Kelman, Rustin 1991; Kostecka 1998; Kelman, Nicholas 2008; Rustin 1987). *Palin PCI* ewoluuje, w miarę jak poszerza się zakres wiedzy na temat jąkania wczesnodziecięcego. W obecnym kształcie w podejściu *Palin PCI* wykorzystuje się w większym stopniu oddziaływania pośrednie niż interwencję bezpośrednią, zwłaszcza na początkowym etapie terapii. Terapia pośrednia ukierunkowana jest na zmianę zachowań i postaw rodziców lub opiekunów, aby w ten sposób oddziaływać na mowę dziecka. Podstawowe techniki wykorzystywane w tym podejściu to wideotrening oraz konsultacje z logopedą. Zwłaszcza stosowanie tzw. *feedbacku* (informacji zwrotnej) dzięki użyciu kamery podczas sesji terapeutycznych umożliwia rodzicom obserwację własnych interakcji z dzieckiem. Konsultacje z logopedą, którego zadaniem jest wzmacnianie i ukierunkowywanie rodziców, umożliwiają opiekunom opanowywanie umiejętności niezbędnych do wspomagania dziecka w osiągnięciu płynności mówienia. Zasadniczym zadaniem terapeuty podczas sesji terapeutycznych jest wspieranie rodziców, a nie pouczanie ich. Ponadto logopeda wspomaga opiekunów w dokonywaniu wyboru celów działań, jak również monitoruje przebieg terapii. Główne cele tej terapii to przede wszystkim: (1) rozwijanie zdolności rodziców do radzenia sobie z problemem niepłynności mówienia ich dziecka, (2) redukcja lęku i obaw rodziców związanych z problemem jąkania się dziecka oraz (3) minimalizowanie zająknięć w mowie dziecka do poziomu typowej dla tego okresu niepłynności mówienia (Guitar, McCauley 2010). Jak już zasygnalizowano, w podejściu *Palin PCI* przeważa wykorzystanie technik terapii pośredniej (*interaction strategies* – strategie ukierunkowane na zmiany interakcji, *family strategies* – strategie ukierunkowane na pracę z rodziną) nad oddziaływaniami bezpośrednio skierowanymi na dziecko (*child strategies* – strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem nad opanowywaniem płynności w mówieniu). Wynika to z podstawowego dla tej metody założenia o wieloczynnikowej genezie jąkania. Zgodnie z tzw. *multifactorial model of stammering* – wieloczynnikową koncepcją powstania i rozwoju jąkania rozwój tego zjawiska zdeterminowany jest wieloma uwarunkowaniami (Smith, Kelly 1997). Oznacza to, że dla analizy problemu

i doboru optymalnej formy wsparcia konieczne jest poddanie analizie zarówno czynników fizjologicznych (np. tych związanych z dziedziczeniem pewnych predyspozycji, płcią dziecka), jak i lingwistycznych (np. związanych z zakłóconym, zaburzonym lub nieharmonijnym nabywaniem mowy), a także środowiskowych oraz tych odnoszących się do psychologicznego obrazu funkcjonowania dziecka (Kelman, Nicholas 2008). Jednak jednym z najważniejszych założeń podejścia *Palin PCI* jest rozpoznanie konkretnych potrzeb dziecka i zaprogramowanie terapii w taki sposób, aby ich zaspokojenie umożliwiło mu osiągnięcie płynności w mówieniu. Ustalenie tych potrzeb jest celem szeroko zakrojonych działań diagnostycznych, które pozwalają na stworzenie profilu określającego potrzeby dziecka i zaplanowanie przebiegu terapii.

Pierwszym etapem działania logopedów w podejściu *Palin PCI* jest optymalne rozpoznanie potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny w czasie sesji diagnostycznych. Pierwszym krokiem diagnozy w podejściu *PCI* jest tzw. *initial screening assessment* – wstępne przesiewowe badanie logopedyczne<sup>3</sup>. Celem tej orientacyjnej oceny jest ustalenie tych czynników, które mogły mieć wpływ na wystąpienie objawów jąkania w mowie dziecka, jak również określenie, jakie jest prawdopodobieństwo, że utrzymają się one (wysokie prawdopodobieństwo oznacza, że nie należy oczekiwać, iż w tym przypadku będzie miało miejsce samoistne, czyli bez interwencji terapeutycznej, ustąpienie niepłynności w mówieniu). W toku przesiewu analizowane i rozważane są przede wszystkim tzw. *warning bells* – sygnały alarmowe, które ułatwiają logopedzie podjęcie decyzji o potrzebie przeprowadzenia pełnej diagnozy logopedycznej. Najważniejsze są czynniki, które można sformułować, odpowiadając na następujące pytania:

- Czy występowały przypadki jąkania w rodzinie matki lub ojca?
- Jeśli występowały, to czy w tych przypadkach jąkanie utrzymywało się w okresie dojrzałości?
- Czy rodzice są zaniepokojeni mową dziecka?
- Czy objawy jąkania są obecne w mowie dziecka dłużej niż 12 miesięcy?
- Czy objawy utrzymują się na podobnym poziomie bądź nasilają się?
- Czy dziecko ma inne problemy związane z nabywaniem mowy i języka?
- Czy dziecko miało jakiegokolwiek problemy w tym względzie w przeszłości?
- Czy mowa dziecka jest rozwinięta ponad normę wiekową?
- Czy dziecko uświadamia sobie problemy z niepłynnością występujące w jego mowie?

Wstępny przesiew logopedyczny (tzw. skrining – *screening*) jest orientacyjnym badaniem, które pozwala na ustalenie, czy wskazana jest interwencja logopedyczna. Skrining może być prze-

3 Za zgodą autorki podręcznika *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach* Elaine Kelman (współautorstwo: Alison Nicholas, wydawca: Speechmark) do niniejszego artykułu dołączony został Arkusz Badania Przesiewowego – *Initial Screening Form* (w tłumaczeniu i adaptacji autorki artykułu). Narzędzie to pozwala na dokonanie szybkiej wstępnej selekcji dzieci, które ze względu na występowanie tzw. *warning bells* – sygnałów alarmowych wymagają pełnego badania logopedycznego.

prowadzony przez logopedę podczas spotkania z rodzicami, pisemnie (poprzez przesłanie im do wypełnienia kwestionariusza) lub w czasie krótkiej rozmowy telefonicznej. Badanie przesiewowe jest podstawą do podjęcia decyzji o dalszym postępowaniu – może to być przeprowadzenie pełnej diagnozy i w oparciu o jej wynik odpowiednia terapia lub konsultacja i monitoring sytuacji dziecka. W przypadku monitoringu zalecane są wizyty lub rozmowy telefoniczne w odstępach czasu: po 3 miesiącach, po pół roku i rok po pierwszej konsultacji. Takie krótkie przesiewowe badanie logopedyczne może przeprowadzić każdy logopeda – nie tylko specjalista zaburzeń płynności mowy. Logopedzie, który na co dzień nie zajmuje się tymi zagadnieniami, przesiew ułatwi dalsze pokierowanie dziecka. Natomiast specjalista, który pracuje z dziećmi jękającymi się, w oparciu o to proste orientacyjne badanie zaplanuje dalsze postępowanie logopedyczne.

Pełne badanie logopedyczne w podejściu *Palin PCI* przeprowadzane jest podczas dwóch sesji. W czasie pierwszej sesji dokonywane jest krótkie (około 5-minutowe) diagnostyczne nagranie spontanicznej zabawy dziecka i rodzica. Podczas tej trwającej około 60 do 90 minut sesji logopeda przeprowadza również orientacyjne badanie mowy oraz badanie pod kątem występowania objawów jękania w mowie dziecka. Ważnym elementem tego badania jest ustalenie, jaki jest stosunek dziecka do problemów pojawiających się w jego mowie. Kolejna, druga sesja diagnostyczna poświęcona jest na szczegółowy wywiad – *case history* z rodzicami dziecka (ta sesja odbywa się bez udziału dziecka). W czasie spotkania poruszane są między innymi takie zagadnienia jak: obecność problemu w mowie dziecka, komunikowanie się, zdrowie i rozwój dziecka, sytuacja rodzinna, relacje dziecka z innymi osobami, osobowość, zachowanie dziecka. Dopiero analiza całego zebranego materiału pozwala logopedzie określić, jakie są rzeczywiste potrzeby dziecka oraz jego rodziny i w oparciu o te dane sformułować program terapii. Wyniki badania i propozycja programu terapii omawiana jest szczegółowo z rodzicami, wspólnie z nimi wytyczane są cele i zasady postępowania.

Najważniejsze przesłanki terapii prowadzonej zgodnie z podejściem *Palin PCI* są zamieszczone poniżej:

- terapia koncentruje się na ułatwianiu rodzicom uświadomienia sobie tego, co jest dobre dla ich dziecka i co wzmaga jego płynność w mówieniu,
- jedna zmiana w obrębie interakcji wywołuje kolejne zmiany,
- jękanie jest zjawiskiem złożonym, dlatego terapia musi być zindywidualizowana,

- interakcja jest procesem dwukierunkowym,
- terapia opiera się na współpracy rodziny z terapeutą na zasadach partnerskich,
- rolą terapeuty jest wsparcie rodziny i koordynowanie przebiegu terapii,
- w terapii wykorzystuje się tzw. *feedback* – informacje zwrotne, które koncentrują się na pozytywach i mocnych stronach.

Ważnym aspektem w podejściu *Palin PCI* jest styl oddziaływania terapeuty. Rolą logopedy jest raczej moderowanie przebiegu sesji terapeutycznych i wspieranie rodziców niż udzielanie im porad i pouczanie ich. Logopeda ma za zadanie przenieść zainteresowanie rodziców z popełnianych przez nich błędów na ich sukcesy i skoncentrować ich na tym<sup>4</sup>. W tym celu logopeda wykorzystuje podczas kolejnych spotkań technikę wideotreningu, umożliwiającą bezpośrednią obserwację i analizowanie zachowań. Logopeda zachęca rodziców do poszukiwania tego, co robią dobrze do tej pory i co skutecznie pomaga ich dziecku. Wspiera on rodziców w odnajdywaniu takich obszarów działania, gdzie mogą oni w przyszłości robić coś inaczej, częściej lub rzadziej, aby w ten sposób wpływać na płynność mówienia swojej pociechy. Program terapii w podejściu *Palin PCI* zakłada 6 sesji terapeutycznych w poradni, a następnie 6-tygodniowy etap utrwalania efektów terapii w warunkach domowych. Ostatnim etapem jest okres monitoringu.

Celem pierwszego spotkania terapeutycznego jest stworzenie atmosfery, w której możliwe będzie otwarte podejmowanie wszystkich ważnych dla powodzenia terapii zagadnień. Podczas tej sesji rodzicom prezentowana jest zasada *special time*, czyli czasu specjalnego<sup>5</sup>. Rodzice poznają znaczenie tej techniki terapeutycznej, która umożliwia kontynuowanie terapii w warunkach domowych. Celem tzw. czasu specjalnego jest umożliwienie rodzicom wdrażania określanych na spotkaniach z terapeutą strategii podczas krótkich zabaw z dzieckiem. Po zakończeniu takiej domowej sesji rodzice zobowiązani są wypełnić arkusz czasu specjalnego. Kolejne sesje z terapeutą rozpoczynają się od analizy tego materiału. W czasie kolejnych sesji terapeutycznych w poradni nagrywane są kilkuminutowe zabawy dorosłego z dzieckiem (zazwyczaj jest to 5 minut zabawy z każdym z rodziców), które następnie są analizowane pod kątem poszukiwania mocnych stron interakcji rodzic-dziecko. Podczas omawiania nagranych materiałów filmowych rodzice są zachęceni przez logopedę do poszukiwania mocnych stron

4 W podejściu *Palin PCI* wykorzystuje się *Brief Solution Focused Therapy (BSFT)* – *Terapia Krótkoterminowa Skoncentrowana na Rozwiązaniu*. Wynika to z podstawowego dla tej metody założenia, że efektywność terapii związana jest z motywacją uczestników. W takim ujęciu rodzice są ekspertami w zakresie swojego życia i swojego dziecka, a wsparcie logopedy potrzebne jest im do precyzyjnego i szczegółowego określania celu swojego działania. Rodzice zachęceni są przez terapeutę do koncentrowania się na pozytywach, poszukiwania swoich mocnych stron. W oparciu o taki fundament rodzice wytyczają sobie cele terapeutyczne, które powinny być racjonalne i konkretne.

5 Czas specjalny to ściśle określona technika terapeutyczna, która charakteryzuje się wyraźną strukturyzacją i specyficzną organizacją. Czas specjalny powinien być aranżowany przez rodziców w warunkach domowych. Jest to pięć minut wspólnej zabawy rodzica z dzieckiem, podczas której osoba dorosła skupia się na realizacji wyznaczonego sobie celu (np.: zwolnienie tempa mowy czy użycie pauz w mówieniu). Sesje czasu specjalnego organizowane są przez każdego rodzica oddzielnie. W ciągu tygodnia powinny odbyć się przynajmniej 3 sesje (lecz nie więcej niż 5) dla każdego z rodziców z osobna. Ważnym zaleceniem jest skoncentrowanie się osoby dorosłej na zabawowej formie czasu specjalnego. Dziecko wybiera typ zabawy – zastrzeżeniem jest, że nie może to być oglądanie telewizji, gra z wykorzystaniem komputera, czytanie książek czy zabawy na powietrzu.

swoich interakcji z dzieckiem i poszukiwania ewentualnych obszarów do dalszej pracy (Botterill, Kelman 2010). Istotne jest, aby w tym czasie terapeuta powstrzymywał się od udzielania instrukcji lub porad. Jego rola polega na naprowadzaniu opiekunów na poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, co takiego robią do tej pory, co pomaga ich dziecku. Logopeda prezentuje nagrany materiał i formułuje swoje pytania w taki sposób, aby pomóc im ustalić, co można zaobserwować w nagraniu pomocnego, co mogą robić częściej lub inaczej, aby wesprzeć dziecko w osiągnięciu płynności w mówieniu. W tym czasie najczęściej wykorzystywane są tzw. strategie zorientowane na zmianę interakcji (*interaction strategies*) i strategie rodzinne (*family strategies*), rzadziej te ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem nad opanowywaniem płynności w mowie (*child strategies*)<sup>6</sup>. Na tym etapie rodzice wspierani są przez terapeutę w takich obszarach jak:

- porozumiewanie się członków rodziny w sposób wspierający płynność – m.in. poprzez zmniejszenie tempa mowy osób dorosłych (w celu modelowania mowy ich dziecka), zrównoważenie ilości zadawanych pytań z komentarzami, mówienie po kolei, uproszczenie wypowiedzi osób dorosłych, utrzymywanie kontaktu wzrokowego;
- budowanie u dziecka wiary w siebie poprzez odpowiednie wykorzystanie pochwał oraz pozwalanie mu na przejmowanie inicjatywy w zabawie, ułatwienie dziecku radzenia sobie z emocjami, wypracowywanie umiejętności otwartego (dostosowanego do poziomu dziecka) rozmawiania z dzieckiem o jego problemach w mówieniu;
- skuteczne rozwiązywanie problemów wychowawczych.

Elementy terapii bezpośredniej stosowane w podejściu *Palin PCI* to modyfikowanie (przy czynnym udziale i wsparciu rodziców) sposobu, w jaki porozumiewa się dziecko<sup>7</sup>. Są to, wprowadzane w formie zabawowej, następujące techniki:

- *Tortoise Talking* – zwolnienie tempa mowy,
- *Bus Talking* – zwolnienie tempa mowy i wykorzystywanie pauz w mówieniu,
- *Aeroplane Talking* – delikatny start mowy.

Jak już sygnalizowano, w podejściu *Palin PCI* kluczowym zagadnieniem jest dopasowanie terapii do indywidualnych potrzeb dziecka. W związku z tym w terapii uwzględniany jest również czynnik kulturowy. Objawia się to już na etapie diagnozy oraz w trakcie prowadzenia terapii. Założeniem programu jest dostosowanie procedur diagnostycznych do realiów życia dziecka. W sytuacji, gdy językiem ojczystym dziecka nie jest język angielski, wykorzystywana jest pomoc tłumacza. W podejściu *Palin PCI* zasadą jest również indywidualizowanie postępowania wobec dzieci, u których problemy niepełności współistnieją z innymi zaburzeniami mowy. W literaturze

przedmiotu wskazuje się, że w takich przypadkach możliwe jest postępowanie według jednej z trzech opcji:

- równoczesna terapia obu zaburzeń,
- terapia jednego zaburzenia, a po jej zakończeniu kontynuowanie terapii w celu przezwyciężenia kolejnego problemu,
- terapia tylko jednego zaburzenia w nadziei, że drugi problem ustąpi samoistnie (Kelman, Nicholas 2008: 183).

Wybór strategii działania jest podyktowany szczegółową analizą potrzeb dziecka w oparciu o dokładną diagnozę logopedyczną. Podczas ostatniej – szóstej sesji pierwszego etapu terapii ustalane są cele na kolejne sześć tygodni. W okresie utrwalania terapii w warunkach domowych – *the home-based consolidation period* – rodzice nadal proszeni są zarówno o aranżowanie czasu specjalnego, jak i o prowadzenie systematycznych obserwacji z tym związanych. Opiekunowie przesyłają w tym czasie cotygodniowe sprawozdania. Umożliwia to terapeutę monitorowanie postępów we wdrażaniu terapii. Na zakończenie tego etapu rodzice ponownie spotykają się z logopedą, który wykorzystując odpowiedni kwestionariusz, podejmuje decyzje o dalszym postępowaniu. W przypadku, gdy poprawa płynności w mowie dziecka jest znacząca, natomiast poziom obaw rodziców związanych z problemem w mowie ich dziecka znacznie się obniżył (a jednocześnie czują się pewniejsi w tym, co robią), możliwa jest decyzja o wyłącznym monitorowaniu terapii – *Monitoring Only Phase*. W tym czasie rodzice proszeni są o kontynuowanie sesji czasu specjalnego i zgłaszanie się na konsultacje do poradni zwykle co 6 do 12 tygodni przez około rok. W stosunku do dzieci, które nie poczyniły znaczących postępów w osiągnięciu płynności mówienia lub ich rodzice nadal są pełni obaw w związku z problemami w mowie dziecka, najczęściej podejmowana jest decyzja o bezpośredniej pracy nad upłynnianiem mowy. Badania robione przez *the Association for Research into Stammering in Childhood* wskazują, że stosowanie technik interwencji pośredniej w podejściu *Palin PCI* jest bardzo często wystarczające. Jedynie nieliczne dzieci wymagają kontynuacji terapii z wykorzystaniem interwencji bezpośredniej – *child strategies* (Millard, Nicholas, Cook 2008). Zalety tego podejścia terapeutycznego w przypadku jąkania wczesnodziecięcego to przede wszystkim:

- dostosowanie terapii do potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny,
- zaangażowanie rodziców/opiekunów w terapię na warunkach partnerskiego udziału w tym procesie,
- ustawienie logopedy na pozycji osoby wpierającej rodzinę, której zadaniem jest przede wszystkim organizacja przebiegu terapii i czuwanie nad jej skutecznością.

6 W podejściu *Palin PCI* w pierwszej kolejności stosowane są techniki interwencji pośredniej – zorientowane na zmianę interakcji (*interaction strategies*) i pracę z rodziną (*family strategies*). Interwencja bezpośrednia jest zwykle odraczana – stosowana jest wtedy, gdy niepełności w mowie dziecka utrzymują się lub dziecko przejawia objawy wycofywania się z sytuacji komunikacyjnych z powodu niepełności. Zazwyczaj oznacza to, że decyzja o zastosowaniu interwencji bezpośredniej (*child strategies*) podejmowana jest w późniejszym etapie terapii.

7 Decyzja o zastosowaniu technik terapii bezpośredniej w podejściu *Palin PCI* podejmowana jest w oparciu o analizę dwóch najważniejszych aspektów: potrzeb dziecka (wiek, świadomość zaburzenia, stosunek do własnych problemów w mówieniu, możliwości poznawcze dziecka, poziom wrażliwości) i jego rodziny (poziom lęku i obaw rodziców związanych z problemami w mowie dziecka, koncentracja na płynności mowy).

Efektywność terapii logopedycznej w przypadku jąkania wczesnodziecięcego stosowanej w podejściu *Palin PCI* potwierdziły badania naukowe (Matthews, Williams, Pring 1997; Millard, Nicholas, Cook 2008; Millard, Edwards, Cook 2009). Zaletą podejścia *Palin PCI*, która ułatwia wdrażanie jej w realiach polskich, jest kompleksowy charakter. Jak akcentują jego twórcy, podejście *Palin PCI* jest kombinacją terapii pośredniej i bezpośredniej z wyraźnym zaznaczeniem, że w pierwszej kolejności stosowane są techniki pośrednie, a dopiero później bezpośrednie. Wydaje się, że taki schemat postępowania jest możliwy do zastosowania w realiach polskich. W naszym kraju silna jest bowiem tradycja poradnictwa i konsultacji w przypadku objawów niepełności mowy u małych dzieci (Chęciek 2007; Jeziorczak, Węsierska 2008; Kamińska 2006; Kostecka 2000; Waszczuk 2005). Dla efektywnego wdrożenia podejścia *Palin PCI* w Polsce ważne jest wyraźne zrozumienie i praktykowanie sposobu pracy logopedy zgodnego z tym modelem terapeutycznym. Autorzy *Palin PCI* zdecydowanie akcentują partnerski charakter interakcji rodzice-logopeda. Ujmowanie roli logopedy w charakterze wspierającego

koordynatora procesu terapii jest zgodne z postulatem Z. Tarkowskiego: „(...) pomagajmy (...), a nie tylko radźmy” (1997: 195). Ważne jest, aby logopedzi byli w stanie udzielać pomocy dzieciom jąkającym się, a nie tylko prowadzić nie zawsze efektywne poradnictwo dla ich rodziców. Istotne wydaje się zatem umożliwienie polskim logopedom podejmowania wczesnej interwencji w przypadku objawów jąkania u małych dzieci. Wykorzystanie *Initial Screening Form – Arkusza Badania Przesiewowego* (załączonego do tego artykułu) powinno pozwolić terapeutom na wstępną ocenę i analizę problemu, co stanowi podstawę do podjęcia optymalnej decyzji o dalszym postępowaniu logopedycznym. Już w latach 80. ubiegłego wieku G. Riley i J. Riley stwierdzali, że „(...) [interwencja logopedyczna] w przypadku jąkania wczesnodziecięcego jest łatwiejsza, trwa krócej i jest bardziej efektywna, w porównaniu z działaniami terapeutycznymi podejmowanymi wobec dzieci w wieku szkolnym” (1983: 43). Wydaje się, że upowszechnienie działań z zakresu profilaktyki i wczesnej interwencji w odniesieniu do zaburzeń płynności mówienia może przyczynić się znacząco do zmniejszenia populacji osób jąkających się w naszym kraju.

## Bibliografia


1. Bernstein Ratner N., 2004, *Caregiver-Child Interactions and Their Impact on Children's Fluency: Implications for Treatment*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools” t. 35, nr 1, s. 46-56.
2. Bloodstein O., 1972, *A Handbook on Stuttering*, National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults, Chicago.
3. Botterill W., Kelman E., 2010, *Palin Parent-Child Interaction*, [w:] *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, Guitar B., McCauley R. (red.), Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, s. 63-90.
4. Botterill W., Kelman E., Rustin L., 1991, *Parents and Their Pre-School Stuttering Child*, [w:] *Parents, Families and the Stuttering Child*, Rustin L. (red.), Far Communications Ltd., Kibworth, s. 59-71.
5. Chęciek M., 1993, *Jąkanie*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 125-140.
6. Chęciek M., 2007, *Jąkanie. Diagnoza – Terapia – Program*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
7. Gregory H. H., 2003, *Essential Background Information*, [w:] *Stuttering Therapy. Rationale and Procedures*, Gregory H. H., Campbell J. H., Gregory C. B. (red.), Allyn and Bacon, Boston, Londyn, s. 13.
8. Gottwald S. R., Starkweather C. W., 1999, *Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multiprocess Approach*, [w:] *The Handbook of Early Stuttering Intervention*, Onslow M., Packman A. (red.), Singular Publishing Group, Inc., San Diego, Londyn, s. 53-82.
9. Guitar B., 2006, *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore.
10. Guitar B., McCauley R., 2010, *An Overview of Treatments for Preschool Stuttering*, [w:] *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, Guitar B., McCauley R. (red.), Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, s. 56-62.
11. Jeziorczak B., Węsierska K., 2008, *Interwencja terapeutyczna w przypadku wczesnej dysfluencji – założenia programu terapii dla dzieci w wieku przedszkolnym*, „Forum Logopedyczne” nr 15, s. 19-24.
12. Kamińska D., 2006, *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
13. Kelman E., Nicholas A., 2008, *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*, Speechmark Publishing Ltd., Milton Keynes.
14. Kostecka W., 1998, *Kurs terapii płynności mowy dla dzieci*. Londyn, lipiec 1998, „Logopedia” nr 25, s. 166-167.
15. Kostecka W., 2000, *Dziecko i jąkanie*, Polskie Towarzystwo Logopedyczne Zarząd Główny, Lublin.
16. Laiho A., Klippi A., 2007, *Long- and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering*, „International Journal of Language and Communication Disorders” t. 42, nr 3, s. 367-382.

17. Lincoln M., Onslow M., 1997, *Long-term outcome of an early intervention programme for stuttering*, „American Journal of Speech-Language Pathology” nr 6, s. 51-58.
18. Millard S. K., Edwards S., Cook F. M., 2009, *Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*, „International Journal of Speech-Language Pathology” nr 11 (1), s. 61-76.
19. 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” nr 51, s. 636-650.
20. Matthews S., Williams R., Pring T., 1997, *Parent-child interaction therapy and dysfluency: a single-case study*, „International Journal of Language and Communication Disorders” t. 32, nr 3, s. 346-357.
21. Packman A., Onslow M., 1999, *Issues in the Treatment of Early Stuttering*, [w:] *The Handbook of Early Stuttering Intervention*, Onslow M., Packman A. (red.), Singular Publishing Group, Inc., San Diego, Londyn, s. 1.
22. Palmer J. M., Yantis P. A., 1990, *Survey of Communication Disorders*, Williams & Wilkins, Baltimore.
23. Raming P. R., Shames G. H., 1998, *The fluency Disorder of Stuttering*, [w:] *Human Communication Disorders*, Shames G. H., Wiig E. H., Secord W. A. (red.), Allyn and Bacon, Needham Heights, s. 308-349.
24. Riley G., Riley J., 1983, *Evaluation as a basis for intervention*, [w:] *Treatment of Stuttering in Early Childhood: Methods and Issues*, Prins D., Ingham R. (red.), College-Hill Press, San Diego.
25. Roper N., Dunst C., 2003, *Communication intervention in natural learning environments: Guidelines for practice*, „Infants and Young Children” nr 16 (3), s. 215-226.
26. Rustin L., 1987, *The treatment of childhood dysfluency through active parental involvement*, [w:] *Progress in the treatment of fluency disorders*, Rustin L., Purser H., Rowley H. (red.), Taylor and Francis, Londyn, s. 168-170.
27. Smith A., Kelly E., 1997, *Stuttering: A dynamic Multifactorial Model*, [w:] *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*, Curlee R. E., Siegel G. M. (red.), Allyn and Bacon, Boston, s. 204-217.
28. Tarkowski Z., 1997, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
29. Waszczuk H., 2005, *Rodzinna terapia jąkania – poradnik*, Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
30. Yairi E., 1997, *Home Environment and Parent-Child Interaction in Childhood Stuttering*, [w:] *Nature and Treatment of stuttering. New directions*, Curlee R. F., Siegel G. M. (red.), Allyn and Bacon, Boston, Londyn, s. 23-48.
31. Yairi E., Ambrose N., 2005, *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*, Pro-Ed I.P., Austin.


Imię i nazwisko dziecka ..... Data badania .....

Data urodzenia ..... Wiek ..... Język ojczysty .....

**OPIS PROBLEMU WEDŁUG RODZICÓW**

 Taki symbol: *warning bell* – sygnał alarmowy, pojawiający się przy niektórych pytaniach, oznacza, że występowanie tego czynnika może zwiększać prawdopodobieństwo utrzymywania lub nasilania się w przyszłości objawów jąkania u dziecka. W razie odnotowania jednego z nich wskazane jest zalecenie dziecku pełnego badania logopedycznego.

Zaobserwowane objawy			
Lp.	Opis objawu:	Występuje:	
		Tak	Nie
1.	Czy dziecko powtarza całe wyrazy, np. „mam-mam-mam”?		
2.	Czy dziecko powtarza fragmenty słów, np. „ma-ma-mamy”?		
3.	Czy dziecko przeciąga słowa, np. „mmmmamy”?		
4.	Czy dziecko blokuje się na wypowiedzeniu jakiegoś słowa, tzn. nie jest w stanie wydobyć z siebie pierwszego dźwięku, np. w przypadku głosek [p, b, k, g] i innych?		
5.	Czy daje się zaobserwować inne niepokojące objawy, tzw. współruchy w obrębie twarzy i całego ciała, gdy dziecko ma kłopot z mową?		
6.	Czy dziecko rezygnuje z wypowiedzi z powodu pojawiających się problemów w mowie?		

 Czy zdaniem rodziców dziecko ma świadomość swoich problemów z mową?

.....

 Czy zdaniem rodziców dziecko obawia się/boi się wypowiadać z tego powodu?


.....

Jaki jest obecnie stopień nasilenia objawów niepełności w mowie dziecka w skali od 0 do 7. Należy przyjąć, że 0 oznacza zwykłą typową dla każdego niepełność mówienia, a 7 silne jąkanie.

①    ②    ③    ④    ⑤    ⑥    ⑦

 Kiedy pojawiły się w mowie dziecka pierwsze objawy niepełności (jaki okres upłynął)?


.....

 Czy objawy występujące w mowie dziecka zmieniają się w czasie – na czym polegają te zmiany (czy mowa pogarsza się, pozostaje bez zmian, polepsza się)?

.....

W jakich okolicznościach mowa dziecka polepsza się, a kiedy się pogarsza?

.....

 Jaki jest obecnie poziom obaw (lęku) rodziców związanych z niepełnością w mowie dziecka w skali od 0 do 7. Należy przyjąć, że 0 oznacza, że występujące objawy zupełnie nie niepokoją rodziców, a 7 bardzo silne zaniepokojenie.





①   ②   ③   ④   ⑤   ⑥   ⑦

Jeśli dziecko ma problem z mową – występują objawy niepełności, jakich sposobów używają rodzice, by mu pomóc, tzn. co mówią i co robią?


.....

.....


#### HISTORIA JĄKANIA W RODZINIE DZIECKA

Lp.	Czy poniższa sytuacja dotyczy Pana/Pani:	Ojca	Matki
1.	 Czy jąkał/a się Pan/Pani w jakimkolwiek okresie swojego życia?		
2.	 Czy objawy jąkania nadal występują w Pana/Pani mowie?		
3.	 Czy w Pana/Pani rodzinie jest osoba, która jąkała się w jakimkolwiek okresie swojego życia?		
4.	 Czy ta osoba jąka się nadal?		

#### INNE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE MOWY I JĘZYKA DZIECKA

 Czy dziecko ma obecnie jakiegokolwiek problemy związane z nabywaniem mowy, poprawną wymową i posługiwaniem się językiem (w tym z rozumieniem mowy innych)?

.....

 Czy w zakresie mowy i języka umiejętności dziecka przewyższają to, co prezentują inne dzieci w jego wieku w tym obszarze?

.....

Inne zagadnienia dotyczące dziecka, o których logopeda, zdaniem rodziców, powinien zostać poinformowany:

.....

#### Decyzja o dalszym postępowaniu logopedycznym:

konsultacja/porada i monitoring       pełne badanie logopedyczne