

Jąkanie u dzieci

od brzdąców do nastolatków

Thomas David Kehoe
Owner, Casa Futura Technologies
Member, American Speech-Language Hearing Association

Ten darmowy e-book można pobrać z:
<http://www.casafuturetech.com/children-stuttering>

© 2013 Thomas David Kehoe
Ostatnia korekta: 4 lipca 2013 r.

Tłumaczenie dostępne jest pod adresem:
<http://demostenes.eu/books/Jakanie-u-dzieci-Kehoe.pdf>

Data: 5 kwietnia 2014 r.

Spis treści

Jąkanie we wczesnym dzieciństwie.....	3
Częstotliwość występowania, definicja i diagnoza różnicowa.....	3
Początki.....	3
Zdrowienie.....	4
Rozwój fonologiczny.....	5
Rozwój języka.....	6
Zdolności ruchowe, psychospołeczne i kognitywne.....	7
Genetyka.....	7
Zaburzenia autoimmunologiczne.....	7
Badania z użyciem obrazowania mózgu.....	8
Terapia pośrednia.....	8
Teoria diagnozogeniczna.....	9
Popularność Johnsona dzisiaj.....	9
Skuteczność terapii pośredniej.....	9
Czy terapia pośrednia może zaszkodzić dzieciom?.....	11
Terapia bezpośrednia.....	11
Program Lidcombe.....	11
Inne bezpośrednie terapie.....	12
Gry w bezpośredniej terapii.....	13
Naśladowanie.....	13
Jąkanie w wieku szkolnym i nastoletnim.....	15
Umiejętności językowe.....	16
Motywacja do podjęcia terapii mowy.....	16
Logopedzi, rodzice, czy komputery: Kto zapewnia najlepszą terapię?.....	16
Rady dla rodziców, autorstwa Magdalene Limy.....	17
Wspieranie nastolatków w osiągnięciu płynności mowy.....	20
Rozwiń pasję.....	21
Zaangażuj bliskich w terapię mowy.....	21
Naucz się języka migowego.....	21

Jąkanie we wczesnym dzieciństwie

Okolo 80% jākajacych się osōb to dzieci. Prawie wszystkie jākajacy się osoby zaczyły jākacy się w wieku dziecięcym.

Jednak dotychczas niewiele było wiadomo na temat jākania we wczesnym dzieciństwie. Sondaż przeprowadzony w 1986 roku wykazał, że 80% badań na temat jākania było skupionych na dorosłych, a tylko 20% na dzieciach¹. Ostatnie badania wykazały, że wiele teorii na temat jākania we wczesnym dzieciństwie było tylko mitami oraz pomogły nam w lepszym zrozumieniu jākania w wieku szkolnym i dorosłym.

Częstotliwość występowania, definicja i diagnoza różnicowa

Okolo 5% dzieci w wieku przedszkolnym jākacy się². Pierwsze objawy jākania zwykle pojawiają się w 34 miesiącu życia (2 lata i 10 miesięcy)³. Okolo 90% przypadków jākania występuje przed czwartym rokiem życia⁴.

W wieku dwóch i trzech lat dzieci przyswajają zdolności językowe w szybkim tempie. Wszystkie dzieci popełniają błędy w mowie, a ich mowa zawiera *normalne niepłynności*. Jednak jākanie we wczesnym dzieciństwie różni się od zwykłego braku płynności mowy⁵.

Zwykłe braki w płynności mowy przejawiają się wtrącaniem w zdania dźwięków takich jak „um” czy „yyy” oraz w mniejszym stopniu powtarzaniem i korektą słów⁶.

Wczesne jākanie przejawia się powtarzaniem dźwięków, sylab i słów, a czasami także przedłużaniem dźwięków, blokami i korektami. Zdarza się także wtrącanie różnych dźwięków w mowę⁷.

The Stuttering Foundation of America posiada broszury i filmy mające za zadanie pomóc rodzicom i logopedom w zdiagnozowaniu, czy dziecko zaczyna się jākacy, czy może to tylko zwykłe braki w płynności mowy⁸. Jednak według Ehuda Yairiego i Nicoline Grinager Ambrose:

Diagnoza rodziców na temat jākania ich dziecka jest zwykle wiarygodna... określenie jākania w warunkach klinicznych rzadko jest trudne. Zastanawiamy się, dlaczego kilku autorów... wyraziło inną opinię, podkreślając wielkie podobieństwa i możliwe pomylenie braku płynności z początkami jākania się, ostrzegając logopedów przed tym trudnym zadaniem⁹.

Początki

Jākanie zwykle zaczyna się nagle. W przeciwieństwie do innych zaburzeń komunikacyjnych jākanie zaczyna się po rozwoju normalnej mowy. Inne zaburzenia komunikacyjne pojawiają się, ponieważ mowa z jakiegoś powodu nie zdołała się ukształtować¹⁰. Jednak jākajacy się dzieci najpierw uczą się mówić normalnie, zwykle nabywając lepsze umiejętności językowe i mowy, a następnie któregoś dnia, czy tygodnia nagle zaczyniają się jākacy.

Okolo 30% jākajacych się dzieci zaczyło się jākacy w przeciągu jednego dnia, 40% w przeciągu trzech lub mniej dni, prawie 50% w przeciągu jednego tygodnia lub mniej, oraz prawie 75% w przeciągu dwóch tygodni lub mniej¹¹.

85% rodziców zgłosiło, że na początku jąkania ich dziecko powtarzało słowa i sylaby od trzech do pięciu razy. Dodatkowo 36% zgłosiło przedłużanie dźwięków, 23% zgłosiło rzucające się w oczy ciche przerwy podczas mowy, 14% zgłosiło bloki, 18% zgłosiło wykrzywianie twarzy, 18% zgłosiło nieregularności w oddechu, a 36% zgłosiło umiarkowane, bądź ciężkie napięcie podczas mowy. W przeciwieństwie do tych statystyk tylko 32% rodziców zgłosiło, że u ich dziecka w początkowej fazie obecne były tylko swobodne powtórzenia pozbawione wysiłku¹².

W ciągu pierwszego roku od wystąpienia objawów jąkania większość rodziców (53%) zgłosiło fizyczne symptomy, takie jak napięcie twarzy, oczu, warg, języka, żuchwy, szyi, nieregularności w oddychaniu, oraz napięte ruchy (odruchy) głowy i kończyn¹³.

Początki jąkania były związane z chorobą lub nadmiernym zmęczeniem (14%), zdarzeniami raniącymi emocjonalnie (40%), oraz ze „stresiem związanym z rozwojem”, np. nauką używania toalety (36%). Ponad 50% rodziców łączy jedno lub kilka z tych stresujących zdarzeń z początkami jąkania się ich dziecka¹⁴.

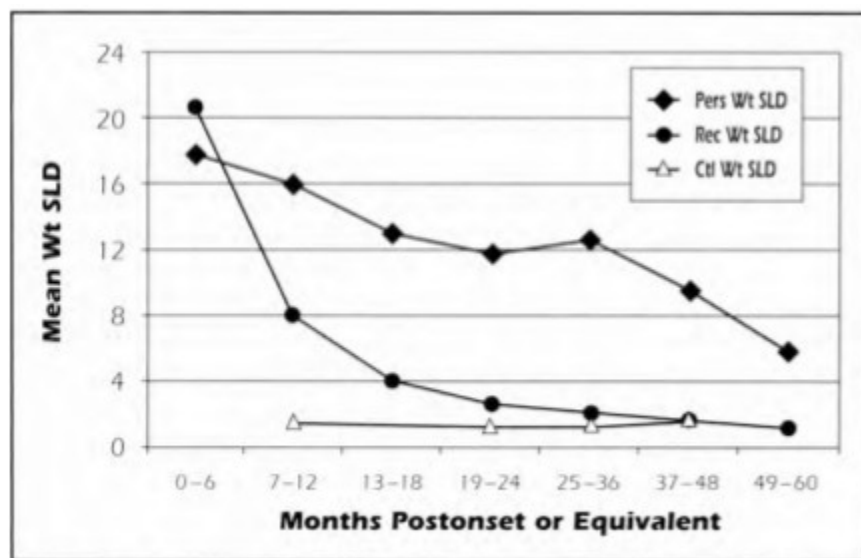
Jąkanie występuje dwa razy częściej u chłopców niż u dziewczynek¹⁵.

Badania przeprowadzone na 3404 przedszkolakach w stanie Illinois nie wykazały żadnej przewagi w wystąpieniu objawów między osobami czarnoskórymi, białoskórymi oraz innymi grupami rasowymi¹⁶.

Zdrowienie

Badania podłużne przeprowadzone na 89 dzieciach w Illinois ukazały, że większość z nich przestało się jąkać bez niczyjej pomocy po 3 latach od wystąpienia pierwszych objawów (w wieku około 6 lat).

Najwięcej dzieci wyzdrowiało po upływie od 31 do 36 miesięcy (w wieku od 5 do 6 lat). Cztery lata (48 miesięcy) po wystąpieniu objawów około 75% dzieci przestało się jąkać, a po pięciu latach (60 miesiącach) od wystąpienia objawów wyzdrowiało 80% dzieci. Żadne z 19 dzieci (20%), które jąkały się dłużej niż pięć lat (tj. wciąż jąkały się w wieku ośmiu lat) nie wyzdrowiało, chociaż 17 z nich otrzymało terapię¹⁷.



Rysunek 1: Średnia ważona (Wt) SLD dla grup: jąkających się trwale (Pers), tych, którzy wyszli z jąkania (Rec) i kontrolnej (Ctl) w czasie.

Badania w Illinois wykazały, że te 89 dzieci mogło być podzielonych na dwie grupy. Niektóre dzieci zdrowiały w błyskawicznym tempie (czarne kółka na wykresie), a inne w wolnym tempie (czarne diamenty, białe trójkąty to dzieci niejąkające się).

Grupa szybko zdrowiejących dzieci odzyskała połowiczną płynność mowy w ciągu roku oraz prawie całkowitą płynność w ciągu dwóch lat.

Druga grupa stopniowo poprawiała płynność mowy w ciągu pięciu lat¹⁸. Część z tych dzieci odzyskała całkowitą płynność mowy, jednak część dalej się jąkała.

Nie znaleziono różnic między grupami, tj. prawdopodobieństwo szybkiego lub powolnego zdrowienia osób, które poważnie jąkały się nie było mniejsze od tych osób, których jąkanie nie było tak uporczywe¹⁹. Prawdopodobieństwo szybkiej poprawy oraz wyzdrowienia było większe u dziewczynek niż u chłopców, jednakże liczba dziewczynek w badaniach była zbyt mała, aby dostarczyć statystycznie ważnych informacji²⁰.

Rozwój fonologiczny

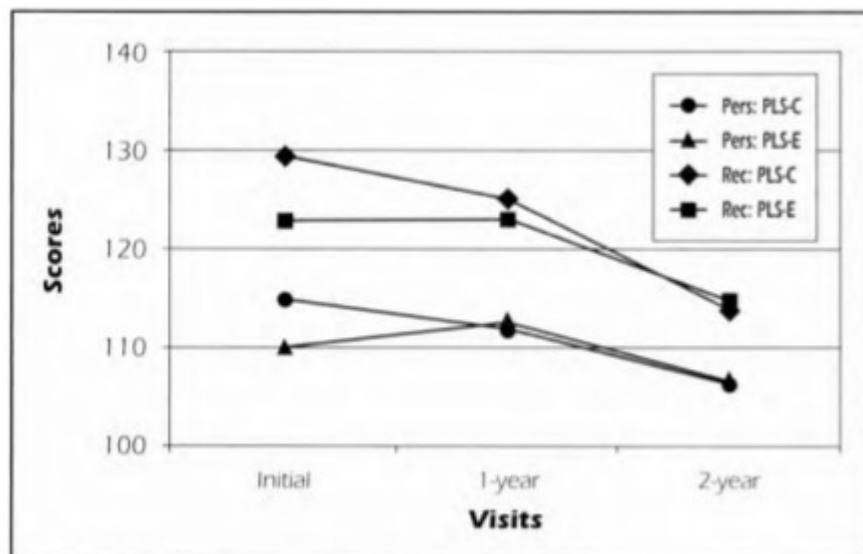
Rozwój fonologiczny jest umiejętnością odbierania i wytwarzania dźwięków mowy (fonemy), z których wiele subtelnie się różni. Jego zachwiany rozwój to zaburzenia artykulacji, czyli nieumiejętność wytwarzania specyficznych dźwięków mowy. Tak czy inaczej, w rezultacie dziecko wytwarza niezrozumiałą mowę²¹.

Badania przeprowadzone w Illinois wykazały, że wkrótce po wystąpieniu objawów jąkające się dzieci pozostawały w tyle w rozwoju fonologicznym w stosunku do ich rówieśników. W przeciągu dwóch lat jąkające się dzieci dogoniły inne dzieci w rozwoju fonologicznym. Dzieci szybko zdrowiejące dogoniły rówieśników w rozwoju fonologicznym znacznie szybciej. Wolniej zdrowiejącym dzieciom zajęło to więcej czasu²².

Rozwój języka

Umiejętności językowe jąkających się dzieci były tematem wielu badań. Wieloletnia opinia w tej dziedzinie była taka, że małe jąkające się dzieci mają trudności w nauce języka lub upośledzenia językowe, jednakże braki te są małe i w granicach normy²³. Różne badania używały różnych testów oraz badały różne grupy wiekowe.

W szeregu badań użyto wielu różnych testów językowych na jąkających się dzieciach, u których pierwsze objawy pojawiły się w przeciągu ostatnich trzech miesięcy, oraz na grupie kontrolnej złożonej ze zdrowych dzieci dopasowanych w wieku, płci (dziewczynki rozwijają swoje zdolności językowe szybciej od chłopców) i statusie społeczno-ekonomicznym. Nie odkryto żadnych znaczących różnic statystycznych. Wyniki jąkających się dzieci wypadły gorzej od grupy kontrolnej, jednak „większość jąkających się dzieci otrzymała wynik powyżej przeciętnej, jak na ich wiek”²⁴. Wydaje się to niemożliwe, chyba że grupa kontrolna składała się z młodych Einsteinów, albo testy miały słabe standardy.



Rysunek 2: Wyniki w skali języka przedszkolaków w fazie początkowej, po roku i po dwóch latach dla grupy jąkających się trwale (Pers) i grupy dzieci, które z jąkania wyszły. PLS-C = Skala rozumienia języka ze słuchu dla przedszkolaków, PLS-E = Skala językowych umiejętności komunikowania się dla przedszkolaków.

Badania w Illinois zostały przeprowadzone w inny sposób, a mianowicie poprzez analizę spontanicznej mowy dzieci (a nie poprzez ich odpowiedzi na test). W badaniach tych jąkające się dzieci były powyżej średniej w rozwoju języka, zarówno w zrozumieniu (słuchaniu), jak i w wyrażaniu (mowie)²⁵.

Dzieci szybko zdrowiejące (czarne diamenty i kwadraty) uzyskały szczególnie wysokie wyniki. Dzieci, u których jąkanie utrzymywało się (czarne kółka i trójkąty) miały gorsze wyniki językowe, lecz wciąż wypadły powyżej średniej. W przeciągu dwóch lat jąkające się dzieci straciły swoją przewagę w rozwoju językowym w stosunku do swoich rówieśników.

Język jest skomplikowany i integruje wiele obszarów mózgu, zatem uogólnienia na temat umiejętności językowych mogą być niepoprawne. Ja na przykład lubię wolno tworzyć i przepisywać e-maile (oraz

książki), ale nie lubię szybkich czatów internetowych i wiadomości tekstowych. Potrafię czytać i pisać po hiszpańsku, ale nie rozumiem hiszpańskiej mowy. Byłem dobry w pisaniu dokumentacji komputerowych, ale nie potrafię pisać poezji. Moje gry słów są niepopularne wśród moich przyjaciół. Raperzy zarabiają miliony dolarów, opierając się wyłącznie na umiejętnościach językowych, jednak wszystkie ich utwory brzmią dla mnie tak samo.

Dzieci w wieku od dwóch do czterech lat szybko rozwijają swoje umiejętności językowe, co czyni tę sprawę bardziej skomplikowaną²⁶. Niektóre dzieci rozwijają pewne umiejętności językowe szybciej od innych umiejętności językowych i ma to pewien związek z jękaniami, jednak jest niejasne, jaki to związek.

Zdolności ruchowe, psychospołeczne i kognitywne

Płynna mowa jękanących się dzieci w wieku przedszkolnym różni się od mowy ich niejękanących się rówieśników. Struny głosowe u jękanących się dzieci działają gorzej, co odzwierciedla trudność w kontroli oddechowej, krtaniowej i korowej²⁷, a także mówią wolniej²⁸. Dzieci, u których jękanie się utrzymało miały ograniczone ruchy artykulacyjne (zostało to zmierzone w zmianach wartości formantu F2), chociaż dzieci, które później gwałtownie wyzdrowiały były równie dobre, a czasem lepsze w tym pomiarze²⁹.

Nie zostały znalezione żadne różnice psychologiczne między jękanącymi się dziećmi lub ich rodzicami (badania przeprowadzone były w okolicach wystąpienia pierwszych objawów) a zdrowymi dziećmi i ich rodzicami. Zbadane zostały problemy w zachowaniu, poziomie energii i poziomie dojrzałości³⁰, a także poziom stresu u rodziców³¹, stopień niepokoju u dzieci³², a także niewerbalne umiejętności kognitywne (np. dopasowywanie klocków o różnych kolorach)³³. Nie znaleziono żadnego połączenia między lękiem a świadomością jękania³⁴.

Genetyka

Jeśli jękanące się dziecko w wieku przedszkolnym posiada członków rodziny, którzy jękaną się jako dorośli, to istnieje większa szansa na to, że dziecko także będzie dalej się jękało. Jeśli dziecko ma członków rodziny, którzy wyszli z jękania w młodym wieku, to szansa na wyzdrowienie dziecka także jest większa³⁵.

Badania przeprowadzone na osobach z zespołem Tourette'a i ich rodzinach połączyły trzy geny kontrolujące poziom dopaminy z pięcioma zaburzeniami: zespołem Tourette'a, jękaniami, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, tikami i ADHD³⁶. Innymi słowy, wysoki poziom dopaminy jest skorelowany z tymi pięcioma zaburzeniami.

Inne badania genetyczne powiązały jękanie ze specyficznymi zaburzeniami językowymi, autyzmem i zespołem Tourette'a³⁷.

Zaburzenia autoimmunologiczne

Zespół Tourette'a jest podobny do jękania w wielu aspektach. Osoby z zespołem Tourette'a mają często powtarzające się, półdobrowolne ruchy (tiki), takie jak mruganie okiem, chrząkanie, kasłanie, wyciąganie szyi i wzruszanie ramionami. Tiki te są półdobrowolne w tym sensie, że mogą być świadomie

kontrolowane, ale to zwykle pogarsza te tiki. Osoby z zespołem Tourette'a często kontrolują swoją dolegliwość poprzez zastępowanie swoich tików takimi, które da się łatwiej zaakceptować. Różne typy stresu mogą wywoływać napady i tiki lub im zapobiegać. Zespół Tourette'a jest przedstawiany jako „jąkanie się nogami i rękoma”.

U niektórych osób z zespołem Tourette'a autoimmunologiczny „wyzwalacz” doprowadził do Tourette'a. Infekcja paciorkowcami w dzieciństwie doprowadziła do ataku układu odpornościowego na komórki mózgu w regionie skorupy. Po wyzdrowieniu z gorączki dziecko posiadało zespół Tourette'a. Skorupa kontroluje ruchy dużych mięśni. Anormalnie wysoki poziom dopaminy w rejonach skorupy jest powiązany z zespołem Tourette'a³⁸.

Jest możliwe, że u 14% jękających się dzieci, u których początki jękania były powiązane z chorobą lub skrajnym zmęczeniem³⁹, układ odpornościowy zaatakował komórki mózgu znajdujące się w regionie kontroli mowy lewego jądra ogoniastego, doprowadzając do anormalnej wrażliwości tego obszaru mózgu na dopaminę.

Badania z użyciem obrazowania mózgu

Jak dotąd na małych jękających się dzieciach nie były przeprowadzane badania z użyciem skanowania mózgu⁴⁰. Badania z użyciem skanowania mózgu przeprowadzone na dorosłych wykazały niedoczynność w obszarach odpowiedzialnych za przetwarzanie słuchowe, a także nadmierną aktywność w obszarach kontrolujących ruchy mowy. Dodatkowo jękanie u dorosłych zostało powiązane z wysokim poziomem dopaminy, która jest neuroprzekaznikiem. Wysoki poziom dopaminy może być powiązany z nadmierną aktywnością mięśni mowy.

Niedoczynność procesów przetwarzania słuchowego jest połączona z zaburzeniami fonologicznymi. Spekulacje mówiące o tym, że dzieci zaczynają się jąkać, ponieważ obszary ich mózgu odpowiedzialne za przetwarzanie słuchowe opóźniają się w rozwoju w stosunku do reszty ich mózgu, mogą być uzasadnione.

Nadmierna aktywność kontroli mięśni mowy i/lub wysoki poziom dopaminy może być powiązany ze słabą kontrolą strun głosowych i trudnością w integracji czynności mięśni mowy.

Terapia pośrednia

Terapia jękania Iowa u młodszych dzieci jest terapią pośrednią. Celem tej terapii jest zmniejszenie lęków i niepokoju odczuwanych przez jękające się dziecko poprzez zmianę zachowania jego rodziców. Leczenie mające na celu ukształtowanie płynności mowy jękającego się dziecka zwane jest *terapią pośrednią*.

W erze neurologicznego podejścia do leczenia jękania nie rozwinięto jeszcze terapii jękania małych dzieci. Urządzenia i leki mające zapobiegać jękaniu nie są używane na przedszkolakach. Może terapia fonologiczna byłaby w stanie pomóc młodym jękającym się osobom, jednakże nikt tego jeszcze nie próbował.

Teoria diagnozogeniczna

Jak wspominałem wcześniej (na pierwszej stronie), wszystkie dzieci popełniają błędy w mowie, np. powtarzanie słów i zwrotów, wahanie się, czy wtrącanie w zdania dźwięków takich jak „um” czy „yyy”⁴¹. *Teoria diagnozogeniczna*, stworzona przez Wendella Johnsona w latach 1934-1939 i opublikowana w 1942 roku zakłada, że jąkanie wywoływane jest przez zatroskanych lub perfekcjonistycznych rodziców. Tacy rodzice negatywnie reagują na rozwojowe zaburzenia mowy dziecka. Dziecko takie może z tego powodu przyswoić specyficzne reakcje, które mają na celu przedwczesne wykrycie nieprawidłowości, a następnie prowadzą do fizycznych zmagania z nimi⁴². Te zmagania i próby uników, w połączeniu z przyswojonym strachem i niepokojem, stopniowo prowadzą do jąkania. Johnson napisał, że jąkanie rozpoczyna się „nie w ustach dziecka, a w uchu rodzica”⁴³.

Johnson i jego badacze nie byli w stanie udowodnić, że rodzice jąkających się dzieci istotnie różnią się od rodziców zdrowych dzieci⁴⁴. Postanowili wtedy porównać mowę jąkających się dzieci do mowy zdrowych dzieci zawierającej zwykle błędy. Pierwsze badania przeprowadzone zostały zaraz po wystąpieniu objawów jąkania⁴⁵, a drugie po upływie pewnego czasu (od miesiąca do trzech lat)⁴⁶. Odkryli, że jąkanie zdecydowanie różni się od zwykłych nie płynności.

Jednak Johnson nie chciał pozwolić faktom stanąć na drodze jego teorii. Wierzył, że terapie mowy pogarszają jąkanie i zalecał, aby nie leczyć jąkania u dzieci. Zamiast tego Johnson i jego współpracownicy stworzyli terapię pośrednią. Logopedzi stosujący tę terapię modyfikują zachowanie rodziców bez konieczności zmiany mowy dziecka.

Popularność Johnsona dzisiaj

W dzisiejszych czasach terapia pośrednia Johnsona jest powszechnie praktykowana. Rada dla rodziców od The Stuttering Foundation of America brzmi:

Próbuj modelować powolną i spokojną mowę podczas rozmów ze swoim dzieckiem i naśladoń innych członków rodziny do tego samego... Kiedy twoje dziecko rozmawia z tobą lub zadaje ci pytanie, spróbuj zrobić sekundę pauzy przed twoją odpowiedzią... Zmniejsz ilość pytań, jakie zadajesz swojemu dziecku...⁴⁷.

The National Institute of Deafness and Other Communication Disorders (Narodowy Instytut Głuchoty i Innych Zaburzeń Komunikacyjnych) radzi rodzicom, aby „mówić powoli i spokojnie. Jeśli rodzic mówi w taki sposób, to dziecko także będzie wyrażało się powoli i spokojnie”⁴⁸.

KidsHealth.org radzi rodzicom, aby „Zapewnić spokojną atmosferę w domu. Spróbuj spowolnić tempo życia rodzinnego. Mów powoli i wyraźnie do swojego dziecka, a także do innych, gdy jest ono w pobliżu”⁴⁹.

Skuteczność terapii pośredniej

Z przeglądu literatury wynika, że jest

...mało przekonujących dowodów potwierdzających tezę, że rodzice jąkających się dzieci różnią się od rodziców zdrowych dzieci w sposobie komunikacji ze swoimi dziećmi. Tak samo jest mało obiektywnego wsparcia dla tezy, że sposób mowy rodziców przyczynia się

do jąkania dziecka, oraz że modyfikowanie mowy rodziców ułatwia dziecku osiągnięcie płynności w mowie⁵⁰.

Dziesiątki badań nie znalazły dowodu na to, że modyfikacja zachowania rodziców zmienia mowę dziecka. Badania te nie znalazły różnicy w przypadku:

- Języka matek jąkających się dzieci, a matek dzieci zdrowych; nie znaleziono także różnic między rodzicami dzieci, które wyszły z jąkania, a rodzicami dzieci, które dalej się jąkały⁵¹.
- Pozytywnych wypowiedzi (pochwały, zachęty, zgodności).
- Negatywnych wypowiedzi (krytycyzm, nagany).
- Pytań.
- Rozpoczynania i kończenia tematów⁵².
- Asertywności i elastyczności podczas konwersacji⁵³
- „Opóźnienia czasu reakcji”, czyli czasu, który zajmuje jednej osobie rozpoczęcie mowy po tym, jak inna skończyła⁵⁴.
- Stylu formalnego, a stylu nieformalnego⁵⁵.
- Illokucji (komunikatywny efekt wypowiedzi)⁵⁶.

Niektóre badania wykazały, że terapia pośrednia prowadzi do wyników wręcz przeciwnych do oczekiwanych:

- Jedno z badań wykazało, że matki przerywają wypowiedź swoich dzieci, gdy popełniają one błąd w mowie, a nie przed ich popełnieniem⁵⁷. Wynik ten sugeruje, że nieprzerywanie powoduje wystąpienie jąkania!
- Inne badanie wykryło, że gdy matki mówią szybko, to ich dziecko mówi wolniej⁵⁸. Jeśli rodzice mówią powoli, to tempo mowy ich dziecka wzrasta⁵⁹. Wyniki te sugerują, że wolna mowa rodziców może powodować jąkanie!
- Rodzice jąkających się dzieci częściej używają pozytywnych wypowiedzi (pochwały, zachęty) i mniej negatywnych wypowiedzi (krytycyzm, negatywne uwagi) w porównaniu do rodziców zdrowych dzieci⁶⁰. Obserwacja ta sugeruje, że pochwały i zachęty powodują jąkanie!
- Wieloletnie badania zostały przeprowadzone na 93 dzieciach w wieku przedszkolnym. Na początku żadne z nich się nie jąkało, ale po roku 26 z nich jąkało się. Badacze porównali sposób mowy matek dzieci, zanim niektóre z nich zaczęły się jąkać. Prawie nie było różnic, ale matki jąkających się dzieci używały krótszych, mniej skomplikowanych zdań⁶¹. Wyniki te sugerują, że krótkie i proste zdania powodują jąkanie.

W ostatnich czasach niektórzy psychologowie uważają, że rodzice mają mały wpływ na rozwój zachowania i osobowości swojego dziecka. Około 50% naszych różnic w charakterze jest zapisane w genach, a reszta charakteru dziecka tworzy się poprzez znajomości z rówieśnikami: „...to, co robią rodzice, wydaje się prawie nieistotne”⁶².

Czy terapia pośrednia może zaszkodzić dzieciom?

Praktycy terapii pośredniej zalecają rodzicom używanie prostego języka podczas rozmowy z ich jęczącym się dzieckiem. Jednak

... złożony język dobrze wpływa na późniejszą mowę dziecka – większa finezja w mowie rodziców ma dobry wpływ na biegłość mowy dziecka⁶³.

Innymi słowy, kontakt z językiem we wczesnym dzieciństwie jest powiązany z późniejszymi umiejętnościami mowy i z inteligencją. Upraszczenie mowy podczas komunikacji z dzieckiem może doprowadzić do pogorszenia jakości jego mowy.

Terapia bezpośrednia

W przeciwieństwie do terapii pośredniej, *terapia bezpośrednia* zmienia mowę i zachowania dziecka.

Logopedzi stosujący tę terapię zwykle zalecają leczenie wszystkich jęczących się dzieci, a najlepiej zaraz po wystąpieniu pierwszych objawów. Wierzą oni, że wczesne leczenie jest bardziej efektywne, a także wymaga mniej kosztów i czasu niż późniejsze terapie⁶⁴.

Jednakże prawie żadne badania nie popierają tych teorii. Jeden program był w 100% skuteczny w przypadku wszystkich dzieci, które go ukończyły. Problem w tym, że tylko połowa dzieci, które zaczęły ten program, były w stanie go ukończyć⁶⁵. Inne programy twierdzą, że są skuteczne, ale nie prezentują danych potwierdzających tę tezę⁶⁶. Kolejne programy zdołały przeprowadzić odpowiednie badania, ale nie użyły w nich grupy kontrolnej.

Różne badania używają różnych metod do mierzenia jęczania. Różne badania mają różne ramy czasowe (np. jedne mierzą płynność mowy rok po terapii, a inne trzy lata po terapii). Stosunek wyzdowień może być niższy lub wyższy w zależności od sposobu mierzenia jęczania oraz od wybranej ramy czasowej. Metoda pomiaru może wykazać, że 90% dzieci uczestniczących w programie terapii mówi płynnie trzy lata później – może także wykazać, że 90% dzieci, które nie otrzymały terapii, także mówi płynnie trzy lata później.

Program Lidcombe

Najpopularniejszą terapią bezpośrednią, a także jedyną terapią bezpośrednią, która dowiodła swojej skuteczności, jest program Lidcombe. Wygląda na to, że terapia ta jest bardziej efektywna od innych, ponieważ jest na tyle prosta, że może być stosowana przez rodziców w domu, mimo pozostawiania terapią bezpośrednią.

Terapia ta została stworzona w Australii. Na początku terapii logopeda werbalnie nagradza dziecko za płynną mowę, np. mówiąc „dobrze mówisz”.

Początkowo były także używane negatywne uwagi w przypadku niepełnej mowy, np. „to była nierówna mowa”. Terapeuci mieli stosować jedną negatywną uwagę na każde pięć pozytywnych, jednakże w dzisiejszej formie terapii nie używa się już negatywnych uwag.

Dzieci są czasami proszone o samoocenę, np. „Czy ta wymowa była płynna?”. Terapeuci także aktywnie poprawiają braki płynności w mowie dziecka poprzez płynne powtarzanie słów dziecka. Następnie

dziecko proszone jest o płynne powtórzenie słów, czasami kilka razy.

Następnym krokiem jest wyszkolenie rodziców, aby byli w stanie stosować tę terapię we własnym domu. Domowa terapia zaczyna się od krótkich sesji, a następnie przechodzi w codzienne konwersacje. Terapia ta także zachęca dzieci do samooceny i samodzielnego poprawiania, np. poprzez rozpoznawanie, kiedy nie wyrażają się płynnie, stwierdzenie tego („to słowo było nierówne”), a następnie płynne powtórzenie. Typowe jest jedenaście wizyt klinicznych⁶⁷.

Program Lidcombe jest jednym z niewielu programów kładących duży nacisk na dokumentację postępów w mowie dziecka⁶⁸. Kilka badań, w tym dwa badania z grupą kontrolną, wykazało, że program Lidcombe jest skuteczny⁶⁹. Jedno z badań wykazało, że 43 dzieci w wieku przedszkolnym prawie nie wykazywało jąkania po upływie od dwóch do siedmiu lat od ukończenia terapii⁷⁰.

Program Lidcombe jest nieskuteczny w przypadku dzieci w wieku szkolnym.

Inne bezpośrednie terapie

Do innych terapii bezpośrednich należą:

- Adaptacja terapii *kształtującej płynność* w wersji dla dzieci (oryginalna terapia przeznaczona jest dla dorosłych). Terapia ta polega na wolnej mowie i przedłużaniu samogłosek, redukcji głośności mowy (zwłaszcza przy pierwszej sylabie), oraz łączeniu słów (ciągła fonacja). Na początku terapii używa się tylko jednosylabowych słów, aby po jakimś czasie przejść na dłuższe konwersacje⁷¹. Badania wykazały, że terapia ta jest skuteczna u 30 z 33 dzieci w wieku przedszkolnym, czyli w 91%. Badania te budzą jednak wątpliwości, ponieważ przedstawione były dane tylko jednego dziecka, oraz w badaniu brakowało grupy kontrolnej⁷².
- Terapia *GILCU* (Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance) – stopniowy wzrost długości i złożoności wypowiedzi – używa pozytywnych wyrażen (np. „dobrze”) do wspierania płynnej mowy, zaczynając od słów jednosylabowych, a następnie przechodząc do pięciominutowych konwersacji⁷³. Badania przeprowadzone na pięciorgu dzieciach wykazały, że po 20 godzinach terapii jąkanie zmniejszyło się o ponad 60%⁷⁴.
- Technika Beatrice Stocker (Stocker probe) nagradza dziecko za płynną mowę, podwyższając jednocześnie wymagania lingwistyczne, zaczynając od odpowiedzi z wymuszonym wyborem (np. „Czy jest to okrągłe, czy kwadratowe?”), poprzez jednosłowne odpowiedzi (np. „Co to jest?”), pytania otwarte (np. „Jak można tego używać?”), szczegółowe opisy (np. „Opowiedz mi o tym”), kończąc na tworzeniu nowej treści (np. „Wymyśl własną historię na ten temat”)⁷⁵.
- *Trening ruchów mowy* uczy dziecko jak tworzyć wszystkie dźwięki mowy poprzez mówienie sekwencji bezsensownych sylab w najszybszym tempie, na jakie dziecko może sobie pozwolić (jednocześnie zachowując dokładność)⁷⁶. Badanie przeprowadzone na sześciorgu dzieciach wykazało, że po 24 sesjach jąkanie zostało zmniejszone średnio o 49%⁷⁷.
- *Ludoterapia* analizuje stres w życiu dziecka i jego reakcje na stres, poprawia więzi z matką, bawi i prowadzi interakcje z różnymi osobowościami, itp⁷⁸. Badania przeprowadzone podczas programu ludoterapii w Japonii wykazały 90% skuteczności, jednak nie była zastosowana grupa kontrolna.

Nie słyszałem o żadnych badaniach czy przypadkach jękających się dzieci w wieku przedszkolnym, które otrzymały terapię poprawiającą ich przetwarzanie słuchowe, lub inne sposoby leczenia, w których używane były komputery i inne urządzenia elektryczne.

Gry w bezpośredniej terapii

Logopedzi używają gier, aby zachęcić do mowy, trenować specyficzne umiejętności mowy, lub by wzmocnić płynną mowę.

Gra zwana „Samodzielna zabawa” zachęca do mówienia. Logopeda ma dwa pudełka z zabawkami, jedno dla dziecka, a drugie dla siebie. Na początku oboje bawią się w milczeniu. Logopeda stopniowo zaczyna wydawać dźwięki samochodów lub zwierząt podczas zabawy. Następnie dodaje do tego pojedyncze słowa. Następnie zabawki logopedy zaczynają się zderzać z zabawkami dziecka i współgrają ze sobą przez kilka krótkich chwil. Z biegiem czasu logopeda zaczyna używać krótkich wyrażeń i zdań. Nie ma żadnych wymagań mowy wobec dziecka. Celem jest pozwolenie na wysławianie się dziecka krok po kroku, jeśli czuje ono na to ochotę.

W grze „Rozmowa z żółwiem” logopeda używa marionetki żółwia i wolno nią porusza, gdy dziecko używa wolnej, spokojnej mowy. Gdy dziecko używa szybkiej, napiętej mowy żółw zatrzymuje się i chowa w skorupie. Dziecko musi używać wolnej, spokojnej mowy, aby poprosić żółwia o wyjście ze skorupy. Jeśli nie masz marionetki w kształcie żółwia, możesz jeździć samochodzikiem po stole, unikając przeszkód.

W grze „Powiedz magiczne słowo” logopeda lub rodzic mówi, że myśli o pewnym słowie, a jeśli dziecko zgadnie jakie to słowo, to dostaje ono w nagrodę orzeszka, lub dostaje możliwość zadzwonienia dzwonkiem. Następnie oboje przeglądają książkę z obrazkami bądź wyglądają przez okno. Łatwo jest rodzicowi grać w tę grę, gdy jedzie z dzieckiem samochodem. Gdy dziecko wypowiada wyraz płynnie, rodzic mówi, że było to magiczne słowo, a następnie nagradza dziecko. Nie dostaje ono jednak nagrody, jeśli się zająknie. Rodzic nie musi mieć na myśli żadnego słowa. Ważne jest słuchanie, czy dziecko mówi płynnie.

W grze „Nie złapiesz mnie” jedna osoba dostaje orzeszka, a druga zadaje pytanie. Pierwsza osoba po cichu zjada orzeszka, zanim odpowie na pytanie. Jeśli osoba ta odpowie na pytanie, zanim zje orzeszka, to musi go odłożyć z powrotem na miejsce. Rodzic powinien stracić ich więcej od dziecka poprzez zbyt szybkie odpowiedzi na pytania. Zmniejsza to presję czasu, którą czuje dziecko z powodu szybkiego odpowiadania.

Naśladowanie

Czteroletnia dziewczynka o imieniu Caitlyn, która zaczęła się jąkać podczas rozvodu swoich rodziców, wykazywała zachowania ukazujące, jak wielkie były jej zmagania z jękaniem oraz jak wielkie napięcie ono wywoływało. Jej najbardziej niepokojącym zachowaniem było uderzanie głową w różne rzeczy, gdy miała duże problemy z jękaniem. Po wielu sesjach, podczas których próbowałem usunąć to zachowanie poprzez różne sposoby kształtujące płynność mowy, nie zdołałem ujrzeć poprawy. Pewnego dnia, krótko po tym, jak Caitlyn uderzyła czołem w stół, aby przerwać blokadę mowy, powtórzyłem to samo zachowanie. Caitlyn była zszokowana, ale zignorowała mnie. Gdy powtórzyłem to zachowanie kil-

kukrotnie, zapytała mnie „Dlaczego to robisz? Czy ciebie to nie boli?“, a ja odpowiedziałem „Nie wiem, dlaczego to zrobiłem, ale zdecydowanie nie pozwoliło mi to lepiej się wysłowić!“. Caitlyn nigdy więcej nie uderzyła głową w żaden przedmiot z zamiarem poprawienia własnej mowy. Skończyła terapię sześć lat temu i wciąż mówi płynnie⁷⁹.

Naśladowanie zachowań Caitlyn przez tego logopedę znacznie różniło się od standardowych sposobów leczenia jąkania. Większość terapeutów udawałaby, że nie zauważyli oni tego niepokojącego zachowania Caitlyn. Tacy terapeuci wierzą, że takie zachowanie jest podobne do szydzenia, dokuczania oraz znęcania i może spowodować traumę.

Wyobraźmy sobie jednak taki *eksperyment myślowy*. Nastoletni brat i siostra przeklinają przy stole podczas obiadu z rodzicami. Czy rodzice powinni w przerażeniu natychmiast zakazać swoim dzieciom używania takiego języka?

To oczywiście, że to nie zadziała. Nastolatki ponownie zaczną przeklinać przy pierwszej lepszej okazji tylko po to, żeby mieć ubaw z reakcji swoich rodziców. Zamiast tego wyobraź sobie rodziców natychmiast stosujących dwa razy gorszy język. Ojciec mógłby powiedzieć „O #\$\$%^, to jest *&^% najlepszy kotlet, jaki jadłem w moim @#\$\$% życiu!“. Matka mogłaby odpowiedzieć „Och, mój ty ! @#\$\$, jesteś tak #\$\$%^ seksowny, gdy mówisz w ten sposób!“.

Gwarantuję, że nastolatki byliby straszliwie zakłopotani i nigdy więcej nie użyłyby przekleństw w obecności rodziców.

Na zajęciach z psychologii poświęconych strauumatyzowanym dzieciom obejrzelśmy nagranie przedstawiające dziesięcioletniego chłopca niszczącego biuro psychologa. Chłopiec rzucał każdym przedmiotem, który był w stanie unieść i niszczył całą resztę. Psycholog siedział na miejscu spokojnie, mówiąc chłopcu, żeby przestał niszczyć biuro. W końcu złapał chłopca i przytulił go. Według mnie było to raczej unieruchomienie, ale instruktorka powiedziała, że był to uścisk i tego właśnie potrzebowało to dziecko.

Zapytałem, co by się stało, gdyby psycholog zaczął naśladować zachowanie chłopca, np. gdyby zaczął rzucać rzeczami i je niszczyć. Instruktorka odpowiedziała, że to najgorszy pomysł, jaki usłyszała. Jednak moim zdaniem dziecko przestałoby, zszokowane oglądało, jak psycholog niszczy własne biuro, a następnie zapytało „Dlaczego to zrobiłeś?“. Chłopiec i psycholog mogliby następnie porozmawiać o własnych uczuciach, czego moim zdaniem to dziecko naprawdę potrzebowało.

Celem naśladowania jest zwiększenie świadomości osoby na temat jej własnego zachowania. Ludzie jękający się są w większości nieświadomi własnego jękania lub przynajmniej tego, co robią, gdy się jękają. Wszyscy inni są w stanie dostrzec jękanie, ale nie jękające się osoby. Połączenie nagrań wideo i naśladowania może poprawić samoświadomość jękających się osób.

Naśladowanie rozwiewa także błędne poglądy osób, które myślą, że ich zachowanie jest niewidoczne lub do zaakceptowania, lub że wszyscy inni też tak robią. Jeśli wszyscy ignorują niedogodne zachowanie, to osoba taka może pomyśleć, że wszystko jest w porządku.

Naśladowanie działa tylko wtedy, kiedy logopeda lub klient wiedzą jak zastąpić niechciane zachowanie innym (dobrym) zachowaniem. Na przykład, twój logopeda może naśladować twoje jękanie, ponieważ potem może pokazać ci, jak mówić płynnie. "Romantic Disaster of 1996" (dop. tłum. fragment z książ-

ki autora) mogła uświadomić mi moje jąkanie, ponieważ wiedziałem co zrobić, żeby mówić poprawnie. Nie jest w porządku wytykanie komuś jego problemu, jeśli osoba ta nie wie, jak sobie z tym problemem poradzić.

Jąkanie w wieku szkolnym i nastoletnim

Wśród przedszkolaków jest około dwa razy więcej jąkających się chłopców niż jąkających się dziewczynek⁸⁰.

Ponadto, dziewczynki częściej odzyskują płynność mowy niż chłopcy⁸¹. W piątej klasie na jedną jąkającą się dziewczynkę przypada czterech jąkających się chłopców. Ta proporcja pozostaje niezmienna w wieku dorosłym⁸².

Nie wiadomo dlaczego chłopcy częściej zaczynają się jąkać i rzadziej zdrowieją. Chłopcy zwykle częściej chorują i mają więcej zaburzeń z powodu chromosomu Y, który ma mniej genów od chromosomu X, zatem te dwa chromosomy nie dopasowują się kompletnie. Chłopcy często cierpią na więcej zaburzeń mowy niż dziewczynki, ponieważ są one zazwyczaj lepsze w mowie i języku, zwłaszcza gdy używa się mowy w celach towarzyskich. Mowa i język bywają bardziej stresujące dla chłopców, więc zwykle wolą oni interakcje fizyczne.

W moich nienaukowych obserwacjach zauważyłem, że dziewczynki są w stanie udzielać się towarzysko w wieku pięciu lat, a chłopcy zdobywają tę umiejętność później. Było to widoczne na przyjęciu urodzinowym mojego bratanka. Jednym z prezentów była sprężyna-zabawka. Pokazałem dzieciom co zrobić, żeby sprężyna zesłała po schodach na dół. Trzy dziewczynki, wszystkie w wieku sześciu lat, usiadły razem na szczycie schodów i bawiły się po kolei. Pierwszej dziewczynce bez problemu udało się zmusić sprężynę do zejścia po schodach. Było to trudniejsze dla drugiej dziewczynki, ale jej też się udało. Trzecia dziewczynka nie potrafiła tego zrobić. Jednakże dziewczynki współdziałały i wspierały się wzajemnie.

Dwóch chłopców, także w wieku sześciu lat, chciało spróbować, ale nie potrafili dostać się na szczyt schodów, ponieważ cały czas siłowali się i spadali na dół schodów. Zakazałem walki na schodach, więc zaczęli gonić się po salonie. Po jakimś czasie wrócili z zamiarem pobawienia się sprężyną, ale znowu zaczęli się siłować.

W wieku pięciu lat dziewczynki są w stanie rozpocząć szkołę. Chłopcy nie przestają zachowywać się niedojrzale, dopóki nie osiągną wieku siedmiu lat. Szkoła może być stresująca dla chłopców, którzy nie są na nią gotowi. Najbardziej stresującą częścią szkoły mogą dla nich być wymagania komunikacyjne. Dziewczynki używają komunikacji, aby znaleźć nowych przyjaciół, rozwijając umiejętności społeczne razem z umiejętnościami komunikacyjnymi.

Zapytaj swoje dziecko, czy lubi szkołę. Kiedy byłem w podstawówce, dziewczynki lubiły szkołę, a chłopcy nie. W tym wieku dziewczynki uważają szkołę za miejsce, gdzie mogą nawiązywać kontakty z przyjaciółmi poprzez cichą komunikację werbalną. Chłopcy uważają szkołę za miejsce, gdzie zabrania się im bawić ze znajomymi poprzez fizyczne interakcje, takie jak chuliganienie.

Chłopcy mogą nie być gotowi na kontakty z 25 innymi dziećmi w budynku pełnym innych dzieci. Mój

pies uwielbia bawić się sam na sam z innymi psami, jednakże grupa innych psów przytłacza go i przestaje się on bawić. To, co dla dorosłych wygląda na przyjazną i pełną radości atmosferę, może być bardzo stresujące dla psa lub dziecka.

Na domiar złego, niektóre dzieci spędzają w szkole i świetlicy po 12 godzin dziennie, bez czasu na relaks i chwil dla siebie. Ja byłbym bardzo zestresowany!

Jeśli twój pięcio- czy sześćioletni syn jąka się i wydaje się, że nie jest gotowy do podjęcia nauki w szkole (np. wymiotuje lub moczy majtki w szkole), rozważ zostawienie go w domu na następny rok, lub poszukaj szkoły kooperacyjnej, gdzie rodzic może razem z dzieckiem uczęszczać do szkoły. Możesz także pozwolić mu na chodzenie do szkoły, ale nie zostawiaj go w świetlicy na kolejne sześć godzin każdego dnia.

Umiejętności językowe

Pytanie, czy jękające się dzieci w wieku szkolnym mają marne umiejętności językowe, jest mniej kontrowersyjne, niż to samo pytanie zadane w przypadku jękających się dzieci w wieku przedszkolnym. Większość badań wykazała, że umiejętności językowe jękających się dzieci w wieku szkolnym są podobne do umiejętności ich niejękających się rówieśników⁸³.

Motywacja do podjęcia terapii mowy

Ojciec dziesięcioletniego jękającego się syna chciał zrobić wszystko, żeby mu pomóc. Za poradą logopedy swojego syna, kupił urządzenie mające zapobiegać jękaniu z górnej półki. Logopeda nauczył ojca jak posługiwać się urządzeniem. Ojciec pracował ze swoim synem po 30 minut każdego wieczoru.

Po dwóch miesiącach ojciec oddał z powrotem urządzenie i zażądał zwrotu pieniędzy. Syn mówił w 100% płynnie, gdy używał urządzenia. Chłopiec nie miał zamiaru używać wolnej i spokojnej mowy przez resztę dnia. Jękanie nie przeszkadzało mu podczas gry w baseball lub podczas innych zabaw. W świecie siedmio- do dwunastoletnich chłopców rozmawianie (i terapie mowy) nie są czymś ważnym.

Jednak pozytywna samoocena twojego siedmio- czy dwunastoletniego syna może być obosiecznym mieczem. Trudno jest zmotywować chłopców w wieku szkolnym do terapii mowy. Z tego powodu bardzo ważne jest przeprowadzanie terapii mowy przez rodziców podczas każdej konwersacji. Zapytaj logopedę swojego dziecka, co powinno ono robić (np. wolna mowa z przedłużonymi samogłoskami). Niech twoje dziecko używa umiejętności z terapii w każdym zdaniu, które do ciebie wymówi. Pomagaj swojemu dziecku w terapii.

Logopedzi, rodzice, czy komputery: Kto zapewnia najlepszą terapię?

Badania przeprowadzone na 98 dzieciach w wieku od 9 do 14 lat porównały trzy typy terapii jękania⁸⁴. Te trzy typy terapii to:

- Intensywna terapia kształcząca płynną „równą mowę” stosująca spokojne oddychanie przeponowe; wolne tempo mowy z przedłużonymi samogłoskami; łagodne początki i końce (kontur głośności); delikatne kontakty artykulacyjne; oraz pauzy pomiędzy wyrażeniami. Dzieci używa-

ły tej terapii w klinice mowy przez 35 godzin w ciągu tygodnia.

- Domowa „równa mowa”. Terapia podobna do terapii pierwszej grupy, ale z udziałem rodziców. Rodzice i dzieci byli zachęceni do kontynuowania terapii w domu. Terapia była stosowana w klinice mowy, po 6 godzin na tydzień przez 4 tygodnie (razem 24 godziny).
- Biofeedback EMG. Dzieci używały systemu komputerowego biofeedbacku EMG 6 godzin dziennie przez 5 dni (łącznie 30 godzin). System EMG monitorował aktywność mięśni produkcji mowy dziecka. Dzieci były poinstruowane, aby napinały i rozluźniały swoje mięśnie produkcji mowy. Celem było rozwinięcie świadomości i umiejętności kontroli tych mięśni. Następnie dzieci pracowały na prostych słowach, aby potem przejść do konwersacji, cały czas mając rozluźnione mięśnie produkcji mowy. Gdy dzieci opanowały te umiejętności podczas patrzenia na monitor komputera, wykonywały to samo ćwiczenie, gdy komputer kontrolował, ale nie wyświetlał aktywności ich mięśni. Logopeda nie napracował się zbyt z dziećmi: „Ciągła obecność terapeuty nie była potrzebna, ponieważ komputer zapewniał odpowiednie informacje o tym, czy dziecko poprawnie używało swoich umiejętności”.
- Czwarta (kontrolna) grupa nie otrzymała żadnego leczenia.

Pod koniec każdego programu terapii, wszystkie trzy terapie obniżyły jąkanie średnio poniżej 1%. Grupa kontrolna nie wykazała poprawy w płynności mowy.

Rok po programie terapii, procent dzieci z częstotliwością niepłynności poniżej 2% wyniósł:

- 48% dzieci z programu prowadzonego przez logopedę.
- 63% dzieci z programu z udziałem rodziców.
- 71% dzieci z programu z użyciem komputera.

Rezultaty w przypadku dzieci o częstotliwości niepłynności poniżej 1% były jeszcze bardziej uderzające:

- 10% dzieci z programu prowadzonego przez logopedę.
- 37% dzieci z programu z udziałem rodziców.
- 44% dzieci z programu z użyciem komputera.

Innymi słowy, komputery były najbardziej efektywne, następni byli rodzice, a najmniej efektywni na dłuższą metę byli logopedzi. W przypadku częstotliwości niepłynności poniżej 1%, komputery i rodzice byli około 4 razy bardziej efektywni od logopedów.

Po 4 latach wszystkie trzy grupy miały obniżone jąkanie o średnio od 76% do 79%. Może to być spowodowane tym, że dzieci mające większe problemy z płynnością, otrzymały dodatkowe leczenie⁸⁵.

Rady dla rodziców, autorstwa Magdalene Limy

Badania przeprowadzone przez szkolnych logopedów wykazały, że mniej niż 25% leczonych dzieci zostało uznanych za zdrowe. Średnia długość leczenia tych dzieci wynosiła 3 lata. Nie są to zbyt optymistyczne wyniki⁸⁶.

Szkolny logopeda mówi o swoich doświadczeniach:

Jestem prywatnym logopedą, pracowałam jako szkolny logopeda przez dziewięć lat. Moje rady dla rodziców dzieci z problemami z mówieniem brzmią tak:

Poszukajcie jakichś informacji w tej dziedzinie. Sprawdźcie strony poświęcone zaburzeniom komunikacji. Udajcie się do szkolnego logopedy i podzielcie się z nim swoją wiedzą, a następnie zapytajcie o ich opinię. Najlepiej jest traktować logopedę jak profesjonalistę, warto zaznaczyć, że chcecie tylko zrozumieć wszystkie możliwe sposoby leczenia waszego dziecka. Zaproponujcie pomoc w szukaniu informacji, jeśli logopeda nimi nie dysponuje. Pokażcie logopedzie, że rozumiecie pozycję, w jakiej się znajduje i że jesteście po jego stronie. W ten sposób postępy w znalezieniu odpowiedniego leczenia będą znacznie szybsze niż w przypadku walki z systemem szkolnym.

Jeśli wasze ubezpieczenie pokrywa koszty leczenia lub jeśli was na to stać, udajcie się do prywatnej poradni logopedycznej i PRZYNAJMNIJ przeprowadźcie wstępne badania. Zdobyte w ten sposób informacje mogą bardzo pomóc szkolnemu logopedzie. Rozpocznijcie prywatną terapię, jeśli was na to stać. Dzięki temu wasze dziecko otrzyma leczenie najwyższej jakości, ponieważ logopeda będzie w stanie poświęcić mu całą swoją uwagę.

Moje umiejętności nie zmieniły się drastycznie po przejściu na praktykę prywatną. Zmieniły się warunki pracy i właśnie to poprawiło jakość leczenia. Jako prywatny logopeda zajmuję się trzydziestoma pacjentami, a nie siedemdziesięcioma pięcioma. Każdym z nich zajmuję się osobno, zarabiam więcej niż w szkolny logopeda. Gdy nie widuję się z pacjentami, jestem zajęta szukaniem nowych informacji, wspieraniem rodziców, pisaniem regularnych i szczegółowych sprawozdań oraz planowaniem innowacyjnych terapii. Nie muszę już wykonywać żadnych dyżurów oraz nie muszę już zajmować się obowiązkową papierkową robotą.

Problemem są umiejętności czy warunki pracy?

Chciałabym, aby wszyscy ludzie mający złe zdanie o szkolnych logopedach uświadomili sobie, jakie są warunki ich pracy. W ostatnich trzech latach mojej pracy w szkole zajęcie się wszystkimi pacjentami stało się niewykonalne. Zajmowałam się siedemdziesięcioma pięcioma uczniami, w tym klasą poważnie upośledzonych dzieci, czterema uczniami cierpiącymi na autyzm oraz dziećmi uczącymi się poprawnie mówić. Błagałam moich pracodawców o pomoc. Wiedziałam, że nie mogę zapewnić odpowiedniej opieki, na którą dzieci i ich rodziny zasługiwały. Jednakże jedyną odpowiedzią, jaką dostałam, było „bądź kreatywna, nie mamy więcej środków w budżecie”. Zrozumcie proszę, że starałam się nie zaniedbywać moich pacjentów, ale nie byłam w stanie nic zrobić. Byłam wściekła na naszą administrację. Dlaczego nie zapewnili oni treningu, czasu, personelu i wsparcia wymaganego do pomocy uczniom?

Logopedia: rozwijająca się i zróżnicowana dziedzina

Leczenie zaburzeń w tej dziedzinie oraz opracowane terapie stały się bardzo wyspecjalizowane. Gdy pracowałam w szkole, rodzice dzieci oczekiwali ode mnie eksperckiej wiedzy w takich dziedzinach: jękanie, problemy z przełykaniem, zaburzenia głosu, zaburzenia artykulacji, wypychanie zębów językiem, rozszczep podniebienia, zaburzenia procesów fonologicznych, zaburzenia mowy, autyzm, całościowe zaburzenia rozwoju, obrażenia mózgu wywołane traumą, ADHD, trudności w mówieniu i uczeniu się, zaburzenia słuchu, oraz zaburzenia semantyczno-pragmatyczne. Wybaczcie, ale nie wiem, czy zdajecie sobie sprawę z tego, że tak jak lekarze otrzymują podstawową wiedzę o medycynie, tak logopedzi otrzy-

mują podstawową wiedzę o wyżej wymienionych zaburzeniach. Po ukończeniu studiów zdobywasz doświadczenie i prowadzisz własne badania, dzięki czemu możesz zostać ekspertem w kilku dziedzinach. Zostanie ekspertem w każdej z tych dziedzin, jest praktycznie niemożliwe ze względu na konieczną ilość czasu i energii potrzebnej do osiągnięcia tego celu.

Z tego powodu nasza dziedzina dąży do certyfikatów specjalizacji. Co zrobią wtedy szkoły? Prawdopodobnie będą musiały zatrudniać specjalistów, których potrzebują poszczególni uczniowie.

Wiele różnorodnych problemów w szkołach

Coraz częściej nasza szkoła zatrudniała asystentów mowy, (praktycy mowy, którzy nie muszą spełniać standardów edukacji, nie muszą odbyć praktyki klinicznej ani mieć doświadczenia, aby otrzymać licencję), aby zajęli się dużą ilością pacjentów bez nadzoru uprawnionych logopedów. W szkołach jest niedobór wykwalifikowanych logopedów, ponieważ istnieją znacznie bardziej atrakcyjne i lepiej płatne oferty w lepszych warunkach. Gdy rozmawiałam z zarządcami, szybko zdałam sobie sprawę, jaką presję wywierają na nich rodzice dzieci, państwo i inne agencje, aby spełniali wszystkie wymagania edukacyjne. Na każdego rodzica skarżącego się na niewystarczającą ilość pieniędzy potrzebnych do zapewnienia specjalnej edukacji wysokiej jakości, przypada inny rodzic skarżący się na to, że ich uzdolnione i utalentowane dziecko nie otrzymuje edukacji, na którą zasługuje, ponieważ wszystkie fundusze zasilają programy edukacji specjalnej. Nie wspominam nawet o rodzicach dzieci uczestniczących w programach sportowych, którzy mają własne skargi. Każdy myśli, że to ich sprawa jest najważniejsza, ponieważ kłóć się o swoje dzieci i nikt nie jest w stanie ich przekonać, że ich dziecko nie zasługuje na najlepsze.

Moje problemy zostały rozwiązane po tym, jak porzuciłam pracę w szkole na rzecz praktyki prywatnej – kocham swoją pracę i zapewniam moim klientom usługi wysokiej jakości dające fantastyczne rezultaty! Jednak jakie jest twoje zdanie? Moja własna i ostateczna opinia na ten temat jest taka, że w wielu przypadkach – nie we wszystkich, ale w wielu- szkoły jak najlepiej starają się rozporządzać dostępnymi zasobami, aby zapewnić usługi potrzebne naszym dzieciom. Jednak czasami rodzice mają rację, to za mało. Co zatem zamierzamy zrobić? Czy każdy niezadowolony rodzic będzie miał zamiar pozwać lokalną szkołę? Jeśli tak się stanie, to nasze szkoły skupią się na zapobieganiu pozwom zamiast na tym, jak zapewnić usługi i edukację naszym dzieciom.

Współpraca z administracją/wychowawcami

Czasami wystarczy spotkać się z zarządcą, takim jak Dyrektor Kształcenia Specjalnego, i przedstawić swoją sprawę. Przedstaw także swoje własne sugestie na spotkaniu na temat indywidualnego programu nauczania twojego dziecka. Warto w takim wypadku posiadać jakąś wiedzę i dokumenty, które wesprą twoje sugestie. Twoja postawa i sposób, w jaki się zaprezentujesz, są najważniejsze. Jeśli uznają cię za kogoś zdolnego do kompromisów i współpracy, to będą zdolni do nadstawienia karku za twoją sprawę. Zasugeruj specyficzne rozwiązania, takie jak opłacanie dodatkowych środków przez szkołę albo tymczasowe zatrudnienie konsultanta, który będzie mógł podzielić się swoim doświadczeniem. Pozbądź się strachu podczas rozmowy z tymi ludźmi. Oni także są ludźmi z własnymi problemami i dziećmi. Ich decyzje względem twojej sprawy nie są niezmiennie.

Podsumowanie

Nie mówię o zaprzestaniu walki z ekstremalną niesprawiedliwością i nadużyciem. Mówię, że jest to wielki system z różnymi zmiennymi czynnikami. To jest walka w wymiarze społecznym i rządowym – zwykle nie ma miejsca w twojej lokalnej szkole. Zaangażuj się politycznie razem ze stowarzyszeniem mowy i słuchu – oni zawsze mają dział wywierający nacisk na ustanawianie nowych praw poprawiających jakość usług w szkołach. W międzyczasie pamiętaj o swoim dziecku, które potrzebuje usług wysokiej jakości z dziedziny logopedii. Postaraj się zapewnić mu te usługi, czy to poprzez prywatną terapię, czy poprzez szkolną terapię. Nie przestawaj szukać, dopóki nie znajdziesz najlepszego wyjścia.

Bierzesz na SIEBIE odpowiedzialność za szukanie nowych informacji i za współpracę z ludźmi mającymi wpływ na edukację twojego dziecka.

Wspieranie nastolatków w osiągnięciu płynności mowy

Jestem matką trzynastoletniego jąkającego się chłopca. Do tego roku jąkanie nigdy mu nie przeszkadzało. Rozmowa przez telefon jest dla niego bardzo frustrująca. Jego znajomi cały czas do niego dzwonią, ale on powstrzymuje się od rozmów przez telefon, ponieważ wygląda na to, że jego jąkanie się pogorszyło. Mój mąż i ja zauważyliśmy, że nasz syn traci kontakt ze swoimi rówieśnikami. Zawsze staraliśmy się mu pomóc z jąkaniem. Odbył wiele badań z logopedami, a także spróbował systemu CAFET (rodzaj biofeedback'u komputerowego). Pomagało mu to. Niestety dojazd do najbliższej kliniki zajmował więcej niż dwie godziny. Po roku nie mógł pozwolić sobie na tracenie tak wielu szkolnych zajęć. Z tego powodu musieliśmy zrezygnować. Od tamtej pory nie chciał już pracować z logopedami.

Słyszałem podobne historie o innych nastolatkach, z takimi wspólnymi elementami:

- Nastolatek widywał się ze szkolnym logopedą przez pięć czy dziesięć lat. Jego mowa się nie poprawia. Nie chce kontynuować terapii.
- Mówi płynnie w gabinecie logopedy, ale jąka się w każdym innym miejscu.
- Rodzice zabierali go do innych klinik, ale bezskutecznie.
- Miał dobre nastawienie do mowy i mówił, co tylko chciał. Teraz unika i boi się pewnych słów i sytuacji, w których musi mówić.
- Jego zachowanie społeczne zmieniło się. Traci kontakty z ludźmi.

Wcześniej uważał, że jest taki sam jak inne dzieci i robił te same rzeczy co inni. Zajęcia chłopców w wieku szkolnym, np. baseball, nie wymagają wiele mówienia. Teraz uważa siebie za osobę jąkającą się, inną od reszty nastolatków. Zajęcia społeczne nastolatków, np. chodzenie na randki, czy zdobywanie zawodu, są trudniejsze dla osób jąkających się.

Pod względem jąkania twoje nastoletnie dziecko jest dorosłe. Powinno ono przechodzić terapie przeznaczone dla dorosłych, takie jak:

- Psychologiczna terapia jąkania, trenowanie (fizycznych) umiejętności płynnej mowy.
- Grupa wsparcia dla jąkających się nastolatków.
- Intensywny program terapii mowy lub letni obóz dla jąkających się nastolatków. (Wyszukaj w Google „letni obóz dla jąkających się nastolatków”)

Rozwiń pasję

W rozdziale „Znani jękający się ludzie” dowiesz się, że wielu aktorów i piosenkarzy rozwinęło swoje talenty w liceum jako rezultat jękania się. Jeśli nastolatek odczuwa pasję wobec jakiejś czynności, to może się na niej skupić intensywniej, niż osoba dorosła. Twoim zadaniem, jako rodzica jest pomaganie twojemu dziecku w skupieniu się na czynnościach wspomagających mowę, zamiast skupiania się na grach wideo i zapamiętywania słów piosenek Black Sabbath.

Pomóż swojemu nastoletniemu dziecku zaangażować się w zajęcia wymagające mówienia, poprawiania płynności i rozwijania umiejętności społecznych. Takimi zajęciami są śpiewanie, gra aktorska, dyskusje i nauka języków obcych lub organizowanie grupy wsparcia dla jękających się nastolatków, czy robienie projektu naukowego na temat jękania.

Zaangażuj bliskich w terapię mowy

Twój nastoletni pacjent nie ma zbyt entuzjastycznego podejścia do terapii? No cóż, jeśli jesteś logopedą, to masz przynajmniej 25 lat! Możesz mieć nawet więcej niż 30 lat! Dlaczego nastolatek chciałby rozmawiać z tak starą osobą?

Zamiast tego pozwól nastolatkowi na przyprowadzenie przyjaciela na terapię mowy. Będzie rozmawiał ze swoim przyjacielem o jeździe na deskorolce, grach wideo, a także o innych rzeczach, o których ty nie masz pojęcia. Jeszcze lepiej, możesz nauczyć tego przyjaciela, aby subtelnie przypominał, kiedy nastolatek powinien mówić wolniej lub na temat.

Możesz także odgrywać sceny z życia nastolatków, takie jak umawianie się na randkę.

Najważniejsze dla nastolatka jest poczucie wspólnoty z rówieśnikami, np. bycie uważanym za kogoś, kto jest „cool”. Stosuj terapię mowy jako sposób na zbliżenie z rówieśnikami, a twój nastoletni pacjent będzie chciał terapię tę kontynuować. Możesz na przykład pomóc nastolatkowi uważać siebie za osobę zdolną do umawiania się na randki, a nie za osobę jękającą się.

Naucz się języka migowego

Przez cztery lata uczyłem się języka niemieckiego w liceum i na studiach. Niczego się nie nauczyłem z powodu tego, że nie umiem mówić płynnie.

Nikt nie zasugerował mi nauki amerykańskiego języka migowego. Mógłbym być w 100% płynny w tym języku! Bycie dobrym w czymkolwiek poprawiłoby moje poczucie własnej wartości. Zamiast tego czułem się jak najgłupsza osoba na zajęciach z języka niemieckiego. Gdybym nauczył się języka migowego, mógłbym znaleźć przyjaciół wśród ludzi głuchych lub mógłbym pracować dorywczo, jako tłumacz języka migowego.

- 1 Yairi, E., & Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering* ISBN 0-89079- 985-7, page 5; citing M. R. Adams, 1986.
- 2 Yairi, E., & Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering*. ISBN 89079-985- 7, page 5.
- 3 Yairi, E., & Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering*. ISBN 89079-985- 7, page 6.
- 4 Yairi, E., & Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering*. ISBN 89079-985- 7, page 6.
- 5 Natke, U., Sandrieser, P., Pietrowsky, R., & Kalveram, K.T. (2006). Disfluency data of German preschool children who stutter and comparison children. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 165-176.
- 6 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 313.
- 7 Yairi, E., Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985-7), page 97.
- 8 Guitar, B., & Conture, E. *If You Think Your Child Is Stuttering...* Stuttering Foundation of America, accessed 2008 April 25 <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=6>; Stuttering and Your Child: Help for Parents, <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=492>
- 9 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), pages 314-315.
- 10 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 46.
- 11 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 58.
- 12 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 67.
- 13 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 69.
- 14 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 62-63.
- 15 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 53.
- 16 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 76.
- 17 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 167. Chart on page 177 follows this paragraph.
- 18 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 177.
- 19 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 192.
- 20 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 192.
- 21 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 199.
- 22 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 229.
- 23 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 238.
- 24 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 213.
- 25 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 239. Chart on page 240 follows this paragraph.
- 26 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 237.
- 27 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 256-257.
- 28 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 258-259.
- 29 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 260.
- 30 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 263.
- 31 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 263.
- 32 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 266-267.
- 33 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 266-269.
- 34 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 283.
- 35 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 309.
- 36 Comings, D. (1996). Polygenic Inheritance of Tourette Syndrome, Stuttering, Attention Deficit Hyperactivity, Conduct, and Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Medical Genetics* 67, 264-288.
- 37 Wittke-Thompson, J.K., Ambrose, N., Yairi, E., Roe, C. Cook, E., Ober, C., & Cox, N.J. (2007). Genetic studies of stuttering in a founder population. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 33-50.
- 38 ADVANCE For Speech-Language Pathologists, July 6, 1998, page 22.
- 39 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 62-63.
- 40 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 144.
- 41 Guitar, B., Conture, E. "If You Think Your Child Is Stuttering..." Stuttering Foundation of America website, accessed 2008 April 27 <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=6>
- 42 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, pages 305-306.
- 43 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, pages 58-59.
- 44 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson.

- ISBN 978-1-4180-4203-5, page 306.
- 45 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering*, Sixth Edition. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 307.
- 46 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering*, Sixth Edition. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 313.
- 47 Stuttering Foundation of America, "If You Think Your Child Is Stuttering..." <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=6>; and "7 Ways to Help the Child Who Stutters," accessed 2008 April 25 <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=38>
- 48 National Institute of Deafness and Other Communication Disorders, "Stuttering," <http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/stutter.asp>, accessed 2008 April 25
- 49 KidsHealth, "Stuttering," <http://www.kidshealth.org/parent/emotions/behavior/stutter.html>, accessed 2008 April 25
- 50 Nippold, M., & Rudzinski, (1995). M. Parents' Speech and Children's Stuttering: A Critique of the Literature. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38.
- 51 Miles, S. & Bernstein Ratner, N. (2001). Parental language input to children at stuttering onset. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 1116- 1130.
- 52 Meyers, S.C., & Freeman, F.J. (1985a) Are mothers of stutterers different? An investigation of social-communicative interaction. *Journal of Fluency Disorders*, 10, 193-209.
- 53 Weiss, A.L., & Zebrowski, P.M. (1992). Disfluencies in the conversations of young children who stutter: Some answers about questions. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1230-1238.
- 54 Kelly, E.M. & Conture, E.G. (1992). Speaking rates, response time latencies, and interrupting behaviors of young stutterers, non-stutterers, and their mothers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1256-1267; 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; 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. (1997). Utterance Timing and Childhood Stuttering, *Journal of Fluency Disorders*, 22, 263-286.
- 55 Howell, P., Kapoor, A., & Rustin, L. The Effects of Formal and Casual Interview Styles on Stuttering Incidence. In *Speech Production: Motor Control, Brain Research and Fluency Disorders*, edited by W. Hulstijn, H.F.M. Peters, and P.H.H.M. Van Lieshout, Amsterdam: Elsevier, 1997.
- 56 Rommel, D., Häge, A., Johannsen, H., & Schulze, H. Linguistic Aspects of Stuttering In Childhood. In *Speech Production: Motor Control, Brain Research and Fluency Disorders*, edited by W. Hulstijn, H.F.M. Peters, and P.H.H.M. Van Lieshout, Amsterdam: Elsevier, 1997.
- 57 Meyers, S.C., & Freeman, F.J. (1985b). Interruptions as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 428-435.
- 58 Meyers, S.C., & Freeman, F.J. (1985c). Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 436-444.
- 59 Stephenson-Opsal, D., & Bernstein Ratner, N. (1988). Maternal speech rate modification and childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 13, 49-56.
- 60 Meyers, S.C. (1990). Verbal behaviors of preschool stutterers and conversation-al partners: Observing reciprocal relationships. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 706-712.
- 61 Kloth, S.A.M., Janssen, P., Kraaimaat, F.W., Brutton, G.J. (1995). Communicative Behavior of Mothers of Stuttering and Nonstuttering High-Risk Children Prior to the Onset of Stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 365-377.
- 62 Gladwell, Malcolm. (1998 Aug 17). Do Parents Matter? *The New Yorker*, reviewing *The Nurture Assumption: Why Children Turn Out the Way They Do*, by Judith Rich Harris, 1998, ISBN 0684857073.
- 63 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering*, Sixth Edition. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 366.
- 64 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 414.
- 65 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 449, referencing Starkweather, Gottwald, and Halfond (1990).
- 66 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 450.
- 67 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 431-432.
- 68 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering*, Sixth Edition. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 369.
- 69 Lattermann, C. Euler, H. & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in Ger-man-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 52-65. Mark Jones; Mark Onslow; Ann Packman; Sue O'Brian; Anna Hearne; Shelley Williams; Tika Ormond; & Ilsa Schwarz. (2008). Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43, 649-661.
- 70 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 452.

- 71 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 428-429.
- 72 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 450.
- 73 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 429-430.
- 74 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 451.
- 75 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 430-431.
- 76 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 432-433.
- 77 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 451.
- 78 Yairi, E., & Ambrose, N.G. *Early Childhood Stuttering*. (2005, ISBN 89079-985- 7), page 433-36.
- 79 Mary Wallace and Patty Walton, *Fun With Fluency: Direct Therapy With The Young Child* (Imaginart, 1998).
- 80 Yairi, E, & Ambrose, N. (2005). Early childhood stuttering. Austin, TX: Pro-Ed, Inc. Kloth, S., Janssen, P., Kraaimaat, F. & Brutton, G. (1995). Speech-motor and linguistic skills of young stutterers prior to onset. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 157-170.
- 81 Yairi, E. (Fall 2005). On the Gender Factor in Stuttering. *Stuttering Foundation of America newsletter*, page 5.
- 82 Craig, et al., 2002; Craig, A. Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiol-ogy of stuttering in the communication across the entire life span. *Journal Speech, Language, Hearing Research*, 45, 1097-1105.
- 83 Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (2007). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Thomson. ISBN 978-1-4180-4203-5, page 214.
- 84 Craig, A. (1996). A Controlled Clinical Trial for Stuttering in Persons Aged 9 to 14 Years. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39:4, 808-826.
- 85 Hancock. (1998). Two- to Six-Year Controlled-Trial Stuttering Outcomes for Children and Adolescents,” *Journal of Speech and Hearing Research*, 41, 1242- 1252.
- 86 Kalinowski, J., Saltuklaroglu, T., Dayalu, V., & Guntupalli, V. Is it possible for speech therapy to improve upon natural recovery rates in children who stutter? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40(3) 349-358.