

Terapia jękających się dzieci w wieku przedszkolnym na przykładzie Lidcombe Program

Tomasz Woźniak

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

STRESZCZENIE

Artykuł omawia założenia, teoretyczne podstawy i przebieg terapii według Lidcombe Program (LP), metody opracowanej w Australii, obecnie szeroko rozpowszechnionej na świecie, która jest przeznaczona do pracy z jękającymi się dziećmi do szóstego roku życia. LP jest jedną z niewielu metod terapii bezpośredniej, przeznaczonych dla jękających się dzieci, która została wystandaryzowana, a skuteczność jej działania jest potwierdzona statystycznie.

SŁOWA KLUCZOWE

jąkanie wczesnodziecięce, terapia logopedyczna

SUMMARY

The article discusses the assumptions, theoretical basis and the course of therapy according to the Lidcombe Program (LP), a method developed in Australia, now widely distributed in the world, which is designed to work with stuttering children up to 6 years old. LP is one of the few methods of direct stuttering children therapy that has been standardized and the effectiveness of action is confirmed statistically

KEY WORDS

childhood stuttering, speech- language therapy.

WPROWADZENIE

Lidcombe Program (LP) wziął swoją nazwę od nazwy dzielnicy w Sydney, w Australii, gdzie znajduje się Wydział Nauk o Zdrowiu University of Sydney, na którym kształcą się logopedów. Program powstał we wczesnych latach 90., w wyniku współpracy badaczy z uniwersytetu i klinicystów z oddziału terapii osób jękających się (Stuttering Unit) z Bankston Health Service w Sydney (Onslow i wsp., 2003). Pierwotnie był przeznaczony dla dzieci poniżej szóstego roku życia, które się jękają, ale obecnie zwraca się uwagę na skuteczność LP także w przypadku dzieci w wieku szkolnym (do dwunastego roku życia) – trwają zaawansowane prace nad empirycznym udowodnieniem tego faktu. Co więcej, stosowanie programu rozprzestrzeniło się daleko poza Australię – LP jest stosowany w wielu krajach, na przykład w: Danii, Kanadzie, Niemczech, Holandii, Nowej Zelandii, Singapurze, Republice Południowej Afryki, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Oznacza to możliwość jego stosowania przez terapeutów i rodziny pochodzące z różnych kultur (Harrison i wsp., 2010, s. 151).

Najciekawszą okolicznością w przypadku LP jest fakt złamania dotychczasowych zasad terapii – w przypadku jękających się dzieci poniżej szóstego roku życia przeważała zasada stosowania terapii niebezpośredniej, to jest: niezwracania uwagi na nie płynność, braku bezpośredniej pracy z objawami jękania, współpracy z rodzicami ukierunkowanej na zapewnienie dziecku poczucia akceptacji i bezpieczeństwa w celu swobodnego, pozbawionego lęku wypowiedzania się. Natomiast w wypadku LP mamy do czynienia z formą terapii bezpośredniej; stosujemy: bezpośrednie oddziaływanie na nie płynność i sposób mówienia dziecka, zwracanie uwagi na występujące nie płynności, instruktaż rodziców ma na celu wsparcie dziecka w jego radzeniu sobie z jękaniem.

LP opiera się na założeniach terapii behawioralnej, jego celem jest osiągnięcie wolnej od nie płynności mowy (etap I) i utrzymanie tego efektu, jego stabilizację (etap II). Praca w programie jest wykonywana głównie przez rodziców i polega na koncentrowaniu uwagi dziecka na jego płynnych wypowiedziach i eliminowaniu wypowiedzi nie płynnych podczas codziennych konwersacji. Zadaniem logopedy jest wyszkolenie rodziców w odpowiednim reagowaniu na wypowiedzi dziecka i wykonywaniu pomiarów nasilenia nie płynności oraz zapewnienie odpowiedniego tempa realizacji programu.

LP wymaga znacznego zaangażowania rodziców. Podczas codziennych wymian dialogowych, w wielu różnych sytuacjach, w zmiennym otoczeniu, rodzice okazjonalnie komentują wypowiedzi dziecka, zarówno płynne, jak i niepełne. Zadaniem logopedy jest nauczenie rodziców takiego sposobu komentowania, aby było ono przyjemne dla dziecka i nie ingerowało znacząco w formułowanie samej wypowiedzi. A. Packman określił cel LP jako mówienie bez jąkania w naturalnym otoczeniu, pomimo „szorstkich” wymagań komunikacji dnia codziennego (Onslow i wsp., 2003, s. 204).

Kolejną zasadą LP jest to, aby dzieci dobrze bawiły się przy jego realizacji. Nikt nie oczekuje od nich zrozumienia tego, co się dzieje, chodzi tylko o to, aby w rozmowach z rodzicami znajdowały przyjemność. Jeśli dziecko w trakcie realizacji LP nie chce „bawić się” w rozmowy z rodzicami, to jest to wyraźnym sygnałem tego, że coś idzie „nie tak” i wówczas albo logopeda, albo rodzice muszą dokonać szybkiej zmiany sposobu prowadzenia terapii (Harrison, Onslow, 2010, s. 119).

TEORETYCZNE I EMPIRYCZNE PODSTAWY LIDCOMBE PROGRAM

Powstanie i rozwój LP nie wynikało z jakichś szczególnych inspiracji teoretycznych na temat natury czy podłoża jąkania. U podstaw programu leżały raczej obserwacje praktyczne, wskazujące, że zmniejszenie napięcia w sylabach inicjalnych i „zwolnienie” mowy dziecka prowadzi do znacznej poprawy płynności. Rozległe badania kliniczne, prowadzone przez długi czas, uwzględniające dokładne pomiary procentu niepełnych sylab (%NS) i rygorystyczną ocenę statystyczną wyników dowiodły, że u dzieci, które chwali się za momenty płynnego, nienapiętego, wolniejszego sposobu mówienia, podczas konwersacji terapeutycznych w bezpośrednim kontakcie, ale także na odległość, przy pomocy telełączy (*telehealth*, telemedycyna – to rozwiązanie często stosowane w Australii), pojawia i utrzymuje się poprawa płynności mowy. Co ciekawe, mimo obaw, wyrażanych przez niektórych autorów, o bezpieczeństwo emocjonalne dzieci, którym zwraca się uwagę na niepełność, badania statystyczne nie wykazały wzrostu lęku czy niepokoju po terapii LP (Harrison, Onslow, 2010).

Przyznać należy, że mechanizm leżący u podłoża skuteczności LP jest obecnie nieznany. Można sformułować jedno przypuszczenie – silna pozytywna stymulacja ze strony otoczenia modeluje i restrukturyzuje sposób artykulacji jąkających się dzieci. Dzieje się to w drodze warunkowania instrumentalnego. Osiągnięty wzorzec nowego mówienia w jakiś sposób stabilizuje się w rozwijającym się organizmie dziecka, dochodzi do reorganizacji i utrwalenia się nowych wzor-

ców motorycznych, które wiążą się u dziecka z poczuciem przyjemności. Ma to prawdopodobnie związek z neuroplastycznością mózgu, ale teza taka wymaga wymaga dalszych badań i udowodnienia.

Światowy sukces LP można uznać za bardzo dobry przykład stosowania zasad praktyki opartej na dowodach (*Evidence Based Practice*) w logopedii. Solidne udokumentowanie efektów praktycznych pozwala stosować program mimo istnienia ogólnego poglądu przeciwnego stosowaniu terapii bezpośredniej u małych dzieci oraz braku teorii wyjaśniającej w wystarczającym stopniu mechanizm oddziaływania metody.

PRZEBIEG PROGRAMU¹

Rodzice i dzieci zazwyczaj w etapie I uczestniczą w zajęciach co tydzień, czas trwania sesji wynosi 45–60 minut, zaś we wczesnej fazie etapu II spotkania są co dwa tygodnie, po 30 minut. Potem następuje przerwa 16 tygodniowa, po której odbywa się ostatnia wizyta. Całość realizacji programu, uwzględniająca okazjonalne niemożności odbycia wizyty, wakacje i choroby, waha się: etap I od 4 do 7 miesięcy (16 do 30 wizyt) i etap II to około 10–12 miesięcy (7 do 10 wizyt).

Jak wspominaliśmy wcześniej, jest to terapia behawioralna, której celem jest likwidacja niepełnej mowy, ale w czasie terapii dzieci nie są instruowane, jak należy mówić – nie muszą zmieniać swojego sposobu mówienia w szczególny sposób. Również rodzice nie zmieniają swojego zwykłego sposobu mówienia ani stylu życia rodzinnego. Zalecenia ograniczają się do wprowadzenia konwersacji/ćwiczeń przewidzianych w LP. Realizacja programu nadzorowana jest przez logopedę, a zadania rodziców odnoszą się do momentów płynnych i niepełnych wypowiedzi dziecka w czasie sesji treningowych i naturalnych konwersacji.

Codziennie rodzice dokonują pomiaru ciężkości jąkania, przy pomocy narzędzia *Severity Rating Scale*, które łatwo ściągnąć ze stron internetowych. Dodatkowo otrzymują także darmowy pakiet treningowy, który zawiera urządzenia, a także aplikacje na smartfony i komputery, służące na przykład do obliczania procentu niepełnych sylab (%NS). Ocena %NS była standardem w początkowych wersjach LP, obecnie jest opcją dodatkową, stosowaną głównie w gabinecie logopedycznym. Pomiary jąkania dokonuje się w 9-stopniowej skali, gdzie: 0 = nie jąka się wcale, 1 = bardzo łagodne jąkanie, 9 = ekstremalnie ciężkie jąkanie. Obok codziennego pomiaru jąkania drugim istotnym komponentem są komentarze rodziców podczas wypowiedzi dziecka. Konsekwencja w stosowaniu

¹ Obszerne informacje na temat pracy i materiałów wykorzystywanych w Lidcombe Program można znaleźć na stronach: <http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/downloads/index.shtml> oraz https://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/lp_treatment_guide_2015.pdf

komentarzy jest głównym czynnikiem powodującym zmianę mowy dziecka. Zalecane jest rejestrowanie (nagrywanie, filmowanie) przeprowadzanych konwersacji, zarówno w poradni, jak i w domu. Proponuje się, aby ocena była dokonywana w zmiennym czasie i okolicznościach przez około 10 minut za każdym razem: w poniedziałek przy śniadaniu, we wtorek przy kolacji, w środę w drodze z przedszkola itp.

W wywiadzie przeprowadzonym przed podjęciem terapii ustalamy, czy mamy do czynienia z jękaniem wczesnodziecięcym. Do terapii kwalifikujemy dzieci, które mają co najmniej trzy lata i jękają się co najmniej sześć miesięcy lub dzieci młodsze, jękające się krócej niż sześć miesięcy, ale u których występują określone czynniki: występowanie jękania w rodzinie, obciążenia psychiczne u dziecka lub rodziców, obserwowane nasilenie objawów jękania i/lub problemów psychicznych i środowiskowych.

Etap I

Terapia jest prowadzona w czasie 45–60-minutowych, cotygodniowych, sesji. Spotkania są ustrukturyzowanymi konwersacjami, w czasie których logopeda szkoli jednego z rodziców w prowadzeniu zajęć terapeutycznych poza gabinetem. Rodzic ma za zadanie realizować ćwiczenia przez 10–15 minut dziennie, najpierw w sytuacjach ustrukturyzowanych, zachęcając dziecko do mówienia i chwalać jego płynne wypowiedzi. W czasie zabaw wskazana jest atrakcyjność tematyki i formy zajęć: gry, książeczki z obrazkami, dopuszczalne są układanki, puzzle, klocki oraz nagradzanie ulubionymi pokarmami. Dąży się do tego, aby w czasie rozmowy poziom jękania nie przekraczał poziomu 1.

Rodzice uczeni są formułowania wypowiedzi, zawierających komentarz z oceną mowy dziecka (*verbal contingencies*). Komentarze te odnoszą się do wypowiedzi płynnych dziecka i są to: **pochwały** (np. „to było cudowne, tak płynnie mówisz”, „dobra mowa, bez zacięć”), **prośby o ocenę własnej wypowiedzi** (np. „czy gładziutko to powiedziałeś?” – jeśli spodziewana odpowiedź jest „tak”), **stwierdzenia uświadamiające** płynność („super mowa”, „brak zacięć”). Stwierdzenia uświadamiające mogą odnosić się także do wypowiedzi niepłynnych (np. „to było zacięcie”). Do wypowiedzi niepłynnych stosujemy także **prośby o poprawę własnej wypowiedzi** (np. „czy mógłbyś powiedzieć to lepiej?”). Dzieci przeważnie poprawiają wówczas swoje wypowiedzi, a jeśli nie uda im się tego zrobić, rodzic nie powinien nalegać. W oryginale pięć pochwał przypada na jedną prośbę o korektę, a w modyfikacji niemieckiej nawet dziesięć pochwał w stosunku do jednej prośby o korektę (Boroń, 2017). Pochwały powinny być naturalne, dostosowane do stylu komunikacji rodzica i otoczenia kulturowego. Stwierdzenia i prośby powinny być formułowane tonem neutralnym.

Jeżeli dziecko w wypowiedziach poza ćwiczeniami zaczyna osiągać stopień 4. oceny ciężkości jąkania i zaczyna rysować się tendencja spadkowa, można przechodzić stopniowo do pochwał w sytuacjach codziennych, nieustrukturyzowanych. W dalszej kolejności mogą to być także prośby o poprawę. Przejście z sytuacji ćwiczeniowych do sytuacji codziennych powinno się dokonać stopniowo i naturalnie. Zakończenie etapu I następuje, gdy nasilenie jąkania w codziennych sytuacjach wynosi 1, a % NS mierzony w czasie spotkań w gabinecie wynosi 1%, przy czym stan ten utrzymuje się minimum trzy tygodnie. W II etapie sytuacje nieustrukturyzowane są podstawą utrwalania płynności.

Etap II

Głównym celem etapu drugiego jest ustabilizowanie nabytych umiejętności płynnego mówienia (z dopuszczalną niewielką nie płynnością) w warunkach codziennej komunikacji. Wizyty u logopedy odbywają się co dwa tygodnie i są krótsze mniej więcej o połowę. Jeśli następuje pogorszenie się płynności mowy następuje powrót do częstszych wizyt u logopedy i ćwiczeń także w sytuacjach ustrukturyzowanych (powrót do etapu I), które trwają aż do momentu osiągnięcia wyników kwalifikujących do etapu II. Ćwiczenia i obserwacje są realizowane przez okres mniej więcej około roku, choć rodzice są instruowani, aby zwracali uwagę na objawy także po zakończeniu programu.

Dyskusja

LP jest jedyną formą terapii bezpośredniej stosowaną u dzieci jąkających się do 6. roku życia. Jednak pomimo różnic w podejściu do objawów jąkania w przypadku różnych metod terapii warto zwrócić uwagę na podobieństwa ujawniające się w różnych formach pracy z dziećmi jąkającymi się – mam tu na myśli program usuwania wczesnego jąkania oparty na założeniach Ch. Van Ripera, program usuwania jąkania w zabawie u dzieci przedszkolnych I. Wygotskiej, program Palin Parent-Child Interaction. Znajduję aż sześć takich podobieństw.

1. Wszystkie metody podkreślają konieczność włączenia do terapii rodziców, często w interakcjach sam na sam z dzieckiem.
2. Wszystkie podkreślają konieczność przeznaczenia czasu w celu „specjalnych oddziaływań”: czy to zabaw, relaksacji, wolniejszego mówienia do dziecka, czy stosowania pochwał i próśb o korektę.
3. W każdym przypadku ćwiczenia mają być dobrą zabawą, a nie nudnym obowiązkiem.
4. Wszystkie podejścia terapeutyczne podkreślają konieczność zbudowania kontaktu z dzieckiem opartego na zaufaniu i wzajemnej akceptacji oraz zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa i wiary we własne siły.

5. Rola logopedy sprowadza się w większości przypadków do cotygodniowego instruktażu, wspierania i kontroli terapii rodziców. Bardzo ważne jest rozbudzenie nadziei i wiary w powodzenie terapii u rodziców, zachęcanie ich do konsekwentnego i długotrwałego wysiłku. Konieczna jest likwidacja negatywnych emocji, często występujących u rodziców, związanych z występowaniem jąkania u dziecka, czy poczucia winy.
6. Czas trwania terapii zwykle wynosi minimalnie 3 miesiące, ale wymaga przedłużenia nawet do ponad 12 miesięcy.

BIBLIOGRAFIA

- Boroń A., 2017, *Bezpośrednie podejście w terapii jąkania wczesnodziecięcego na przykładzie metod Lindocbe Program i Mini-KIDS*, [w:] *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu*, red. L. Jankowska-Szaflarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, Kraków, s. 116–124.
- Harrison E., Bruce M., Shenker R., Koushik S., 2010, *The Lindcombe Program with School-Age Children Who Stutter*, [w:] *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, red. B. Guitar, R. McCauley, Lipincott Williams&Wilkins, Philadelphia, s. 150–166.
- Harrison E., Onslow M., 2010, *The Lindcombe Program for Preschool Children Who Stutter*, [w:] *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, red. B. Guitar, R. McCauley, Lipincott Williams&Wilkins, Philadelphia, s. 118–140.
- Onslow M., Packman A., Harrison E., 2003, *The Lindcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinicians' Guide*, Pro-Ed Austin.
- <http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/downloads/index.shtml>
- https://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/lp_treatment_guide_2015.pdf