



Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci w praktyce – studium przypadku

Palin PCI – Parent-Child Interaction Therapy for stuttering children
in practice – a case study

Abstract: The speech fluency disorder is a global phenomenon as it occurs in all societies. At the same time, there are many speech therapy methods for stuttering. The article presents the results of a study on the results obtained through one of these methods: the Palin PCI, or the Parent-Child Interaction Therapy, used to treat a five-year-old boy who stutters. The study used a qualitative case-study research method, which included the use of several data sources: desk research, observation, as well as individual in-depth interviews with the parents. The study has shown that the use of the Palin PCI method reduced the boy's disfluency and significantly changed the parents' attitudes towards the boy's stuttering.

Key words: stuttering/stammering, therapy, Palin PCI – Parent-Child Interaction Therapy, case study, qualitative research

Abstrakt: Zaburzenia płynności mowy stanowią pewien globalny fenomen, gdyż występują we wszystkich społeczeństwach. Jednocześnie istnieje wiele metod terapii logopedycznych dotyczących jąkania się. W artykule przedstawiono wyniki badania dotyczące efektów jednej z nich, tj. Palin PCI – terapii interakcyjnej rodzic – dziecko, zastosowanej w przypadku pięcioletniego jąkającego się chłopca. W badaniu wykorzystano jakościową metodę *case study*, w której ramach wykorzystano kilka źródeł danych: analizę dokumentów z terapii, obserwację, a także indywidualne wywiady pogłębione z rodzicami. Badanie wykazało, że zastosowanie programu Palin PCI przyczyniło się do zmniejszenia niepłynności mowy chłopca, a także znacznej zmiany postaw rodziców względem jąkania się syna.

Słowa kluczowe: jąkanie się, terapia, program Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko, *case study*, badanie jakościowe

Zaburzenia płynności mowy towarzyszą ludzkości od zarania dziejów (Woźniak, 2020). Są one zjawiskiem globalnym, gdyż dotyczą wszystkich społeczeństw i żyjących w nich ludzi niezależnie od języka, rasy i kultury (Dezort, 2018; Kelman, Whyte, 2018). Szacuje się, że na świecie jąka się około 70 milionów ludzi, co stanowi około 1% globalnej populacji (Dezort, 2018), aczkolwiek odsetek osób, które kiedykolwiek doświadczyły w swoim życiu

jąkania się, szacowany jest na około 4–5% (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008, za: Boroń, Węsierska, Agius, 2020). Jąkanie się jako kompleksowe zaburzenie komunikacji językowej zaczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa – najczęściej pomiędzy drugim a piątym rokiem życia (Boroń i in., 2020) i dotyczy około 5% dzieci. Ostatecznie większości z nich udaje się poradzić sobie z tym problemem, choć mniej więcej jedno dziecko na 100, które zmagало się z niepełnościami w dzieciństwie, może jąkać się także w życiu dorosłym (Kelman, Whyte, 2018). Czynniki wskazującymi na możliwość ustąpienia jąkania się są m.in.: wczesny moment wystąpienia objawów (przed trzecim rokiem życia), płeć żeńska oraz historia ustępowania jąkania się u członków rodziny (Yari, Ambrose, 2005, za: Boroń i in., 2020). I choć, jak było to wspomniane, znaczna część dzieci poniżej siódmego roku życia, doświadczających jąkania samodzielnie osiąga zwykłą płynność, to część potrzebuje fachowej pomocy. Wśród metod dostępnych terapii dla grupy wiekowej dzieci poniżej siódmego roku życia w pierwszej kolejności wyróżnia się terapie pośrednie i bezpośrednie. Pierwsze z nich polegają na oddziaływaniu na dziecko przez jego środowisko i otoczenie, tak aby ułatwić mu wypowiedzanie się. Przykładem może być program Charlesa Van Ripe-ra, ale także poradnictwo, terapia interakcyjna z rodziną czy terapia przez zabawę. Z kolei metody pracy w terapii bezpośredniej mają na celu poprawę w zakresie płynności mowy dziecka lub całkowite ustąpienie jąkania się. W tym wypadku warto wskazać chociażby na Lidcombe Program, opierający się na założeniach terapii behawioralnej (Boroń i in., 2020; Woźniak, 2020). Niemniej jednak wachlarz dostępnych i stosowanych podejść i metod wsparcia jest bardzo szeroki, co pokazują m.in. wyniki międzynarodowego sondażu (Boroń i in., 2020). Warto również zaznaczyć, że większość z wymienionych metod terapii ma udokumentowaną skuteczność (zob. Boroń, 2017; Mielewska, Węsierska, 2013; Węsierska, 2013) i prowadzona jest wedle zasady *evidence-based practice* – praktyki opartej na dowodach. Aczkolwiek nie powinno to zwalniać praktyków z systematycznego weryfikowania efektów stosowanych podejść terapeutycznych, a także rezultatów własnej pracy, zważywszy na to, że coraz częściej podkreśla się potrzebę indywidualizacji terapii, a także łączenia różnych podejść (zob. Saad-Merouwe, 2020). Motywacją do swoistej autoewaluacji własnej pracy może być też trudność w odpowiedzi na pytanie: Czym jest sukces w terapii jąkania się? – o czym w pasjonujący sposób debatowali „podwójni eksperci” (zob. Blanchet i in., 2020).

Biorąc pod uwagę wskazany kontekst, chcemy, by celem niniejszego artykułu było przedstawienie wyników analizy studium indywidualnego przypadku pięcioletniego jąkającego się chłopca (zob. Janas-Kaszczyk, Tarkowski, 1991; Yin, 1994) – rezultatów terapii prowadzonej na podstawie programu Palin PCI – terapii interakcyjnej rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci. Analiza przeprowadzona została z wykorzystaniem różnych źródeł danych – tzw. triangulacji danych (zob. Konecki, 2000): analizy dokumentów wypracowanych w ramach terapii (diagnoza, nagrania z poszczególnych sesji); obserwacji logopedy oraz pogłębionych wywiadów jakościowych (Babbie, 2008; Flick, 2010; Kaufmann, 2010; Kvale, 2010). Jej rezultaty zaś miały pełnić podwójną funkcję: ewaluacji programu oraz autoewaluacji pracy terapeuty (zob. punkt: 2. Metoda badawcza).

1. Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci – główne założenia programowe

Program Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci (Palin PCI) wykorzystywany jest w terapii jąkania się u dzieci do siódmego roku życia. Łączy w sobie elementy podejścia pośredniego i bezpośredniego. Rozpoczyna się dokładną diagnozą składającą się z wywiadu, badania dziecka, a także obserwacji interakcji zachodzących między rodzicami i dzieckiem w czasie zabawy.

W terapii Palin PCI wykorzystuje się trzy główne elementy:

- 1) strategii interakcyjne – należą do nich m.in.:
 - przejmowanie przez dziecko inicjatywy w zabawie,
 - udzielanie większej liczby komentarzy niż zadawanych pytań,
 - dostosowanie języka do poziomu dziecka,
 - dostosowanie tempa mówienia do możliwości percepcji dziecka,
 - stosowanie pauz,
 - utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
 - dbanie o odpowiednią pozycję ciała;
- 2) strategii rodzinne – należą do nich m.in.:
 - budowanie w dziecku wiary w siebie,
 - uczenie dziecka naprzemienności w dialogu,
 - radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka,
 - otwarte mówienie o jąkaniu się;
- 3) strategii ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem – należą do nich:
 - trzy rodzaje mowy: żółwikowa, autobusikowa i samolocikowa,
 - nauka utrzymywania kontaktu wzrokowego, skupienia uwagi i zwięzłości wypowiedzi (Kelman, Nicholas, 2013).

Cały proces odbywa się w czasie sześciu cotygodniowych sesji w gabinecie logopedy (pierwszy etap), a przez następne sześć tygodni (drugi etap) dokonuje się praca w domu i utrwalanie efektów z niewielkim wsparciem logopedy (ang. *home consolidation period*). Najważniejszym punktem pierwszego etapu terapii (komponent pośredni) są rodzice dziecka. W ramach tej części programu korzysta się ze strategii interakcyjnych i rodzinnych. Zadaniem logopedy jest nawiązanie partnerskiej relacji z opiekunami, a następnie wydobywanie zasobów, które umożliwią im zwiększenie poczucia kompetencji w radzeniu sobie z trudnościami dziecka. W czasie każdej z sesji wykorzystuje się w tym celu *videocoaching*. Rodzice wdrażają wyznaczone cele w ramach *czasu specjalnego*, który jest formą pięciminutowej zabawy z dzieckiem, odbywającej się w domu trzy do pięciu razy w tygodniu między sesjami u logopedy. Po tym okresie następuje badanie kontrolne, które pozwala podjąć decyzję, czy wskazane jest przejście do terapii bezpośredniej, czy też nie, i czy proces terapeutyczny może zostać zakończony. W tym drugim wypadku przechodzi się do etapu monitoringu. Zgodnie z zaleceniami autorów programu należy dokonać kontroli uzyskanych efektów w trzymiesięcznych interwałach (trzy i sześć miesięcy po zakończonej terapii) (Kelman, Nicholas, 2013; Węsierska, 2013).

2. Metoda badawcza

Materiał empiryczny stanowiący podstawę dalszych rozważań zebrany został za pomocą metody studium przypadku (*case study*), czyli rodzaju badania polegającego na skoncentrowaniu się na danym zjawisku (przypadku), które ze względu na swoją złożoność lub unikatowość wymaga pogłębionej analizy (Yin, 1994). Innymi słowy jest to forma badania definiowana przez zainteresowanie konkretnym zjawiskiem, a nie zastosowaniem określonych metod (Stake, 2010). Forma ta stosowana jest także w ramach badań logopedycznych, w których wykorzystywana jest m.in. ze względu na jej walory opisowo-eksploracyjne (diagnostyczne) oraz weryfikacyjne (ewaluacyjne) (Janas-Kaszczyk, Tarkowski, 1991; Węsierska, 2013). Wskazane zalety oraz specyfika studium przypadku¹ stanowiły istotną przesłankę do wyboru metody, a także zwiększały prawdopodobieństwo osiągnięcia zakładanych celów. Przede wszystkim zastosowanie wybranej procedury badawczej miało umożliwić ocenę skuteczności² prowadzonych działań terapeutycznych na podstawie programu Palin PCI. Tym samym miało stanowić swoistą ewaluację programu w odniesieniu do analizowanego przypadku. Jednocześnie badanie miało dostarczyć odpowiedzi dotyczących bezpośrednio pracy terapeuty, a w tym przypadku – pełnić funkcję swego rodzaju autoewaluacji, wszakże na skuteczność programu składają się także osoba oraz sposób pracy terapeuty. Niezależnie od założeń programu i opisanych w podręcznikach kroków postępowania istotne znaczenie ma również postawa terapeuty, umiejętność nawiązania relacji z rodzicami, a także zmotywowania ich do realizacji kolejnych kroków terapeutycznych i utrzymania odpowiedniego poziomu zaangażowania.

Zgodnie z założeniami metody zastosowano kilka technik badawczych, czyli tzw. triangulację metod (Konecki, 2000; Stake, 2010): analizę dokumentów wypracowanych w ramach terapii (diagnozy, nagrań z poszczególnych sesji); obserwację logopedy oraz indywidualne wywiady pogłębione (*Individual In-depth Interview* – IDI) z rodzicami chłopca (Babbie, 2008; Flick, 2010; Kvale, 2010). Wywiady zostały przeprowadzone przez specjalistę ds. badań pół roku po zakończeniu programu. Realizacja wywiadów przez zewnętrznego badacza miała ograniczyć ewentualny wpływ terapeuty prowadzącego program na wypowiedzi rodziców, a tym samym umożliwić otrzymanie bardziej wiarygodnych danych na temat programu i pracy logopedy.

3. Opis i analiza przypadku

3.1. Ogólna charakterystyka chłopca

Chłopiec w dniu pierwszego kontaktu rodziców z logopedą miał 3 lata i 10 miesięcy. Jąkanie występowało u niego od 8 miesięcy. Nie uczęszczał wcześniej na terapię logopedyczną związaną z niepłynnością, był jedynie na konsultacji w związku z opóźnionym rozwojem mowy. Rodzice odbyli również konsultację u neurologa. Wynikała ona z nad-

¹ Stosowanie wielu źródeł danych i technik: analizy dokumentów, obserwacji, wywiadów.

² Skuteczność w tym wypadku rozumiana jest jako osiągnięcie celów zakładanych na początku procesu terapeutycznego.

wrażliwości sensorycznej, którą zauważyli u syna. Lekarz nie stwierdził jednak żadnych niepokojących objawów neurologicznych.

W wywiadzie rodzinnym stwierdzono obciążenie jąkaniem, mama chłopca doświadczała niepełności, kiedy była dzieckiem, do dziś pozostały u niej niepełności pojawiające się w czasie silnego stresu. Nie stanowi to jednak dla niej problemu, nie wpływa na jakość jej życia ani na komunikowanie się z innymi. Chłopiec wychowywał się w rodzinie pełnej, nie miał rodzeństwa, oboje rodzice byli pochodzenia polskiego, w związku z czym dziecko posługiwało się jedynie językiem polskim. Chłopiec uczęszczał do przedszkola, miał trudności adaptacyjne, ale nie trwały one długo.

3.2. Badanie logopedyczne

Pierwszym etapem konsultacji logopedycznej w przypadku niepełności mówienia pojawiającej się u dzieci jest wstępne badanie przesiewowe, które pozwala na podjęcie decyzji, jakie działania na tym etapie będą najlepszym rozwiązaniem. W dalszej kolejności możliwe jest wykonanie pełnego badania logopedycznego lub jedynie udzielenie ogólnych wskazówek rodzicom i monitorowanie mowy dziecka. Z badania przesiewowego przeprowadzonego 6.05.2019 roku uzyskano następujące informacje:

- obecność objawów niepełności w mowie dziecka od ośmiu miesięcy,
- zmienna liczba obserwowanych przez rodziców niepełności,
- historia jąkania się w rodzinie (matka chłopca),
- brak świadomości chłopca o występowaniu trudności w jego mowie (wg rodziców),
- przejawianie przez rodziców wysokiego poziomu obaw względem jąkania się syna (oboje na skali od 0 do 7 ocenili swój niepokój na 5),
- nasilenie objawów jąkania się – ocena między 4 a 5 na skali od 0 do 7 u obojga rodziców,
- nieharmonijny rozwój mowy chłopca.

Logopeda wraz z rodzicami podjął decyzję o potrzebie wykonania pełnego badania logopedycznego. Czynniki ryzyka, które ujawniły się w przesiewowym badaniu, wskazywały na taką właśnie potrzebę. Pierwsze spotkanie odbyło się 23.08.2019 roku – był to wywiad z rodzicami, drugie spotkanie odbyło się 30.08.2019 roku – było to badanie chłopca i nagranie zabawy rodziców z dzieckiem. W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: arkusz wywiadu, arkusz badania logopedycznego dziecka (Kelman, Nicholas, 2013, s. 220–224, 232–240); KiddyCAT® test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym (Vanryckeghem, Brutten, 2015); logopedyczny test dla dzieci i młodzieży (Michalak-Widera, 2009).

Niepełności, jakie zaobserwowano w mowie chłopca, miały charakter kloniczny. Powijały się powtórzenia dźwięków, sylab (zarówno nagłosowych, jak i wygłosowych), wyrazów jednosylabowych oraz powtarzanie fragmentów zdań. Występował również głośny wdech, któremu towarzyszyło napięcie, głośne wciąganie śliny oraz bardzo szybkie tempo mówienia. Nasilenie niepełności utrzymywało się w granicy 6,4% w czasie mowy spontanicznej i odpowiadania na pytania, oraz na poziomie 4% w czasie nazywania obrazków. Powtórzenia dźwięków występowały przeciętnie trzy razy, np. *a-a-a-autko*. Dzięki wykonaniu testu KiddyCAT® uzyskano informację, że chłopiec miał świadomość trudności pojawiających się w jego mowie, uznawał mówienie za trudne i miał przekonanie, że rodzicom

nie podoba się to, w jaki sposób mówi. Nie powodowało to jednak wycofywania się czy rezygnacji z wypowiedzania się.

Ponadto stwierdzono, że możliwości odbiorcze chłopca plasowały się na adekwatnym do jego wieku poziomie, zauważono jednak, że szybko się rozprasza, chciałby wykonywać kilka czynności jednocześnie, konstruuje przy tym bardzo długie i złożone zdania. Jego wymowa była na poziomie odpowiednim do wieku, chłopiec realizował poprawnie wszystkie głoski, które mieściły się wówczas w normie rozwojowej. Zaobserwowano jednak trudności w mowie opowieściowej i dialogowej. Chłopiec miał problem z zaplanowaniem wypowiedzi, budował bardzo długie zdania, których treść często parokrotnie modyfikował, powracając do wcześniej wypowiedzianych myśli, miał trudności z zakończeniem wypowiedzi, nie umiał czekać na swoją kolej, przerywał rozmówcy w czasie dialogu i nie kończył odpowiedzi na pytania, a jedynie przechodził do kolejnego wątku, nie pozostawiając przestrzeni na komentarz drugiej osoby.

W czasie oceny interakcji rodzic – dziecko zaobserwowano, że matka mówi w czasie zabawy z synem zdecydowanie więcej niż on, a także buduje złożone zdania, używając trudnego słownictwa. Ojciec natomiast zadawał chłopcu bardzo dużo pytań otwartych i nie wysłuchiwał do końca odpowiedzi, których syn udzielał, bo (jak stwierdził) nie wystarczało mu cierpliwości.

Po przeprowadzonym badaniu logopedycznym można było stwierdzić, że potencjalnymi czynnikami fizjologicznymi i lingwistycznymi, które mogły mieć wpływ na zaistnienie nie płynności mówienia w wypowiedziach chłopca, były płeć dziecka, historia jąkania w rodzinie, nieharmonijny rozwój mowy, duże trudności z planowaniem wypowiedzi. Jeżeli chodzi o czynniki środowiskowe i psychologiczne, które mogły przyczynić się do utrwalenia trudności z płynnym mówieniem, zidentyfikowano wysoki poziom lęku rodziców odnośnie do przyszłości syna, złość pojawiającą się u matki w związku z jąkaniem się syna, zniecierpliwienie występujące u ojca w czasie wypowiedzi syna. Chłopca charakteryzowała natomiast duża wrażliwość i emocjonalność, którą starał się ukrywać. Liczyła się dla niego ocena innych i to, w jaki sposób zostanie odebrany, co powiedzą na jego temat rodzice. Jednocześnie szybko wpadał w złość, zdarzało mu się gryźć i bić tatę.

3.3. Przebieg terapii i jej rezultaty

Opierając się na wynikach diagnozy logopedycznej, zdecydowano o zastosowaniu programu Palin PCI, postanowiono skorzystać z etapu terapii pośredniej, pozostawiając decyzję o ewentualnej terapii bezpośredniej na późniejszy okres, uzależniając ją od postępów i potrzeb. Realizacja programu rozpoczęła się 11.10.2019 roku i trwała do 29.11.2019 roku. Wizyty w gabinecie logopedycznym odbywały się co tydzień przez sześć tygodni. W sesjach brali udział rodzice i ich syn. W czasie pierwszej wizyty wprowadzono technikę nazwaną przez autorów programu *czasem specjalnym*, która polega na pięciominutowej zabawie z dzieckiem, trzy do pięciu razy w tygodniu. W kolejnych tygodniach dokonywano nagrań zabawy każdego z rodziców z dzieckiem i na podstawie ich analizy rodzice dokonywali wyboru celów, które będą realizować w ramach *czasów specjalnych*, odbywających się w domu. Duże zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny i wsparcie logopedy umożliwiły realizację następujących celów w ramach strategii interakcyjnych:

- dostosowanie języka do możliwości percepcji i wieku dziecka,
- stosowanie krótszych zdań,
- zmniejszenie liczby pytań otwartych (zamiana ich na pytania zamknięte lub na komentarze),
- parafrazowanie wypowiedzi dziecka,
- utrzymywanie z chłopcem kontaktu wzrokowego,
- umożliwienie dziecku przejmowania inicjatywy w zabawie.

Z kolei w ramach strategii rodzinnych wprowadzono:

- mówienie po kolei,
- czekanie na swoją kolej,
- naprzemiennosc w działaniu,
- wspieranie dziecka w radzeniu sobie z emocjami, a także budowanie wiary w siebie i poczucia pewności siebie.

Po zakończeniu pierwszego etapu terapii rodzice rozpoczęli, trwający sześć tygodni, drugi etap, który polega na samodzielnej pracy w domu i realizowaniu *czasów specjalnych* z niewielkim wsparciem logopedy, który pozostawał z rodzicami w kontakcie mailowym. Terapeuta co tydzień otrzymywał arkusze *czasu specjalnego*, które matka i ojciec uzupełniali po zabawie z synem. Analizie poddawane były trudności występujące w czasie zabawy (np. chłopiec nie chciał kończyć *czasów specjalnych* i próbował wydłużać ich trwanie). Po sześciu tygodniach pracy w domu odbyło się kolejne spotkanie terapeuty/logopedy z dzieckiem i jego rodzicami. Niepłynności mówienia chłopca spadły do poziomu 5,3% w czasie mowy narracyjnej oraz odpowiadania na pytania i do 2% w czasie nazywania obrazków. Chłopiec zdecydowanie lepiej radził sobie z planowaniem wypowiedzi, czekał na swoją kolej, robił pauzy, dawał sobie czas na zastanowienie się (mówił: „czekaj, muszę pomyśleć”). W czasie spotkania nie pojawiły się napięcia przy wdechu, które były widoczne w diagnozie początkowej.

W związku z dużą poprawą w mowie syna rodzice wraz z logopedą uznali, że terapia bezpośrednia nie będzie wskazana na tym etapie. W dalszej kolejności w związku z trudnościami organizacyjnymi logopeda pozostawał z rodzicami jedynie w kontakcie telefonicznym. Rozmowy wskazywały na utrzymującą się poprawę w mowie syna, rodzice relacjonowali, że czasem zdarzają się trudniejsze momenty, ale występują jedynie w czasie silnych emocji i przyspieszonego tempa mówienia chłopca, które spowodowane jest wspomnianymi emocjami. W życiu codziennym niepłynności nie pojawiają się na tyle często i nie są tak intensywne, żeby utrudniały w jakikolwiek sposób komunikację chłopca z otoczeniem. W tym czasie zrealizowane zostały także pogłębione wywiady indywidualne z rodzicami.

3.4. Dane z indywidualnych wywiadów z rodzicami

Nie ulega wątpliwości, że badaniom ilościowym przypisuje się zdecydowanie ważniejszą rolę niż jakościowym (Silverman, 2007), gdyż dostarczają one danych w sposób szybki i zrozumiały – najczęściej procentowy. Jako społeczeństwo przyzwyczajeni jesteśmy do liczb i procentów. Dla czytelnika zapewne łatwiejsze w odbiorze byłoby sformułowanie, że „80% badanych rodziców uważa program za skuteczny”. Z kolei badania jakościowe zamiast liczb wykorzystują słowa i tekst jako materiał empiryczny (Flick, 2010). Sprawia to, że jedną z ich kluczowych zalet jest możliwość uzyskania głębszego i pełniejszego zrozumienia danego

zjawiska. Prowadząc badania jakościowe, można rozpoznać zdecydowanie więcej niuansów w postawach i zachowaniach badanych, które mogą zostać niedostrzeżone przez badaczy stosujących inne metody (Babbie, 2007; Flick, 2010). Możliwość uzyskania pogłębionego obrazu zjawiska, a w szczególności przyjrzenia się postawom i ich zmianom, sprawiły, że w ramach opisywanego studium przypadku zdecydowano się zastosować także technikę indywidualnego wywiadu pogłębionego. Jest to jakościowa technika uzyskiwania danych, która opiera się na bezpośredniej komunikacji o zróżnicowanym stopniu standaryzacji, przybierająca formę mniej lub bardziej ukierunkowanego dialogu, w którym rola prowadzącego (badacza) polega głównie na słuchaniu respondenta (Niedbalski, 2012). Ideę wywiadu swobodnego najlepiej oddają słowa norweskiego psychologa. Steinare Kvale (2010, s. 28) pisze:

Jeżeli chcesz dowiedzieć się, w jaki sposób ludzie rozumieją swój świat i swoje życie, to dlaczego z nimi o tym nie porozmawiasz? Rozmowa jest podstawową formą interakcji międzyludzkiej. Ludzie rozmawiają ze sobą, wchodzą w interakcje, zadają pytania i udzielają odpowiedzi. Dzięki rozmowie poznajemy innych, ich doświadczenia, uczucia, nadzieje i świat, w którym żyją. Przeprowadzając wywiad, badacz pyta i słucha tego, co ludzie sami mają do powiedzenia o swoim świecie życia, na temat swoich marzeń, lęków i pragnień, słyszy wyrażane przez nich poglądy i opinie ujęte w ich własne słowa, poznaje ich sytuację w szkole i pracy, ich rodzinę oraz życie społeczne.

Ujmując to najprościej, indywidualny wywiad pogłębiony to rozmowa, której celem jest zdobycie określonych informacji. Powinien przypominać rozmowę prowadzoną w życiu codziennym w warunkach niebadawczych. Wywiad moderuje badacz, opierając się na tzw. dyspozycjach, czyli luźno sformułowanych problemach/tematach, które należy poruszyć z rozmówcą. Taką procedurę zastosowano w ramach niniejszego przypadku. Badanymi byli rodzice chłopca, z którymi po zakończeniu programu przeprowadzono czterdziestominutowe wywiady. Z każdym z rodziców rozmawiano indywidualnie. Celem wywiadów było z jednej strony uzupełnienie informacji zebranych w trakcie terapii (głównie na podstawie obserwacji logopedy), z drugiej – poznanie opinii opiekunów na temat potencjalnych zmian w zachowaniu chłopca wynikających z realizacji programu, a także zmian w nich samych. Rodziców zapytano o spostrzeżenia dotyczące zmiany zachowania i emocji dziecka w trzech momentach: przed, w trakcie i po terapii. Ponadto poruszone zostały kwestie dotyczące zmian postaw samych rodziców. W ramach wywiadów zapytano opiekunów o ich działania, emocje i wiedzę na temat jąkania się w odniesieniu do trzech wspomnianych momentów. Dodatkowo każde z rodziców wypełniło krótką ankietę oceniającą za pomocą skali trzy elementy: kontrolę mowy, umiejętności komunikacyjne oraz pewność siebie dziecka³. Elementy te oceniane były w odniesieniu do dwóch momentów: przed realizacją programu i po jego realizacji, za pomocą dziesięciopunktowej skali.

³ Na potrzeby badania „kontrolę mowy” określono jako wolniejsze mówienie, robienie pauz, łączenie słów i łagodniejsze wymawianie niektórych głosek; z kolei „umiejętności komunikacyjne” jako mówienie na zmianę, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, słuchanie oraz koncentrowanie się na wypowiedziach innych. Natomiast „pewność siebie” opisana została jako radzenie sobie z wyzwaniem i trudnymi sytuacjami. Opisy te zostały opracowane, aby ujednoczyć i ułatwić rodzicom dokonanie oceny.

Za zgodą rodziców wywiady zostały nagrane, co w kolejnym kroku umożliwiło przygotowanie transkrypcji, które poddano kodowaniu oraz analizie jakościowej. Kodowanie polegało na przypisywaniu i nadawaniu nazw (kodów) danemu fragmentowi tekstu, zatem w tym wypadku zastosowano tzw. kodowanie rzeczowe (Konecki, 2000). Następnie fragmenty o identycznych kodach były z sobą zestawiane i porównywane w celu wyciągnięcia wniosków. Kody w większości przypadków opracowywane były na podstawie dyspozycji do wywiadów, np. komponent emocjonalny przed programem u matki; komponent poznawczy przed programem u ojca. Poniżej przedstawione zostały najważniejsze informacje uzyskane w trakcie rozmów z rodzicami.

3.4.1. Zmiany w zachowaniu chłopca w opinii rodziców

Na wstępie rozmowy matka chłopca przyznała, że zaczął on mówić dość późno, choć – jak dodała – mówił dużo, ale „w swoim języku”. Jej zdaniem mogło to niekorzystnie wpływać na kontakty z rówieśnikami, a także dorosłymi. Sytuację tę opisała następującymi słowami: „[...] i myślę, że już wtedy były takie problemy, że on się nie dogadywał np. z innymi dziećmi i dorosłymi, bo nikt go nie rozumiał”. W późniejszym okresie, gdy chłopiec zaczął mówić, pojawiło się także jąkanie. W tym czasie wspólnie z mężem zauważyli, że chłopiec dystansuje się od innych. Przyczyn upatrywali w fakcie, że dziecko do czwartego roku życia przebywało głównie z mamą, a tym samym nie nabyło stosownych kompetencji społecznych. Z kolei ojciec, na początku rozmowy, przyznał, że chłopiec prawdopodobnie jeszcze przed rozpoczęciem terapii zdawał sobie sprawę z tego, że się jąka, gdyż podejmował próby korygowania swoich niepełnych wypowiedzi. Świadomość jąkania się – zdaniem ojca – nie wpływała jednak na samopoczucie i samoocenę chłopca:

[...] wydaje mi się, że to jemu w niczym nie przeszkadzało. Być może on to zauważał i próbował korygować czy coś, ale nie było tak, że, nie wiem, przestawał mówić, bo się jąkał, mówił do skutku, nie zauważałem, żeby coś mu przeszkadzało w tym, że się wstydzi, że się jąka.

Podobną opinię na temat dziecka i jego jąkania się miała przed terapią również matka, choć jej zdaniem źródłem informacji dla chłopca o tym, że się jąka, mogły być jej reakcje, a nie samoobserwacja. Jak podkreślała, syn mógł zauważać i wyczuwać, że ona nie wie do końca, jak powinna się zachować ze względu na jego sposób mowy. Niemniej jednak, podobnie jak ojciec, uważała, że nie miało to odzwierciedlenia w jego emocjach ani samopoczuciu.

W trakcie trwania programu rodzice wspólnie zauważyli zmianę, która związana była z zakładanym przez nich celem, a mianowicie oboje zaobserwowali, że chłopiec więcej i częściej zastanawia się nad tym, co mówi i jak mówi. Dla ojca była to najwidoczniejsza zmiana, z kolei matka opisała to następującymi słowami:

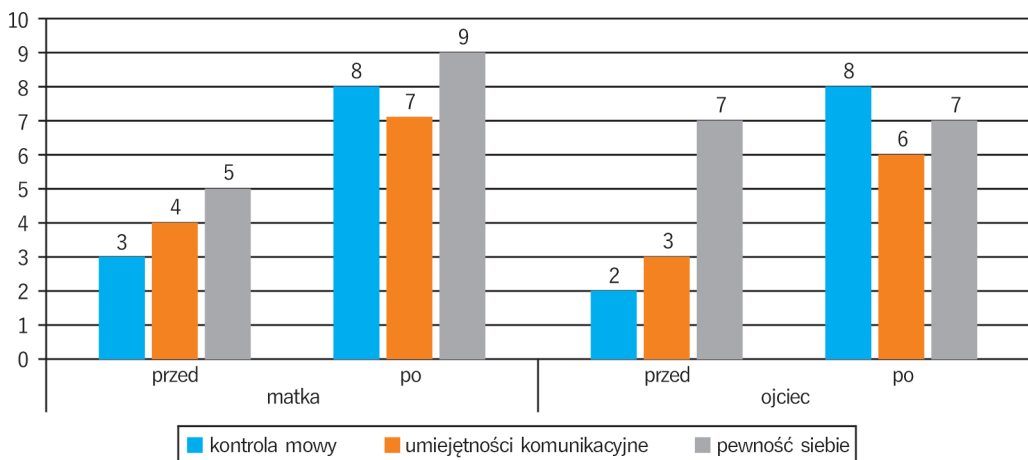
[...] więc ja go chwaliłam za różne rzeczy, kiedy mu się zdarzało zastanawiać, albo zwracałam uwagę na to, że coś zrobił i to było bardzo przemyślane, że zbudował budowlę i to wymagało zastanawiania, więc on stał się dzieckiem, które się zastanawia, i ma teraz takie teksty: „nie wiem, muszę się zastanowić” albo musi to przemyśleć, i to jest super!

Dodatkowo zauważyła, że syn nawiązał nowe relacje koleżeńskie, a także mówi z większą łatwością. Co więcej, zmiany te dostrzeżone zostały także przez wychowawczynię z przedszkola, co obrazuje wypowiedź mamy: „[...] ale na pewno on nie ma oporu w mówieniu, to mówią też przedszkolanki, że on mówi dużo, być może jest to też częściowo zasługa tego programu”. Warto jednak zaznaczyć, że oboje rodzice nie mają pewności, że opisane zmiany wynikają jedynie z oddziaływania programu. Choć mama szczególną uwagę zwróciła na to, że chłopcu bardzo podobały się *czasy specjalne*: „Jemu się na pewno bardzo podobały te wizyty, *czas specjalny* mu się bardzo podobał, czekał co tydzień na to i przypominał, że ten *czas specjalny* mamy robić »pobaw się ze mną w *czas specjalny*«”.

Zmiany zaobserwowane w trakcie realizacji programu utrwaliły się i były dostrzeżane przez rodziców także po zakończeniu terapii. Zdaniem ojca chłopcu udało się wypracować umiejętność zatrzymywania się i zastanawiania się. Zaobserwował on też mniej niepełności. Z kolei matka szczególną uwagę zwróciła na samopoczucie dziecka. Jej zdaniem chłopiec stał się pewniejszy, mimo nadal wysokiego poziomu wrażliwości i empatii. Zauważyła także brak lęku przed mówieniem oraz wskazała na inną „jakość” niepełności:

Nie ma oporów absolutnie z mówieniem, nie wiedzę, żeby to, że on się zaczyna, jakoś tam denerwowało. On kiedyś się zaczynał, jak był podekscytowany, natomiast teraz mniej jest takich sytuacji, kiedy on jest nakręcony, ale zaczyna się też na spokojnie.

Podsumowując, należy stwierdzić, że rodzice zauważyli u chłopca istotne zmiany. W aspekcie behawioralnym jest to częstsze zatrzymywanie się i zastanawianie się, a także spokojniejsze mówienie, co owocuje, jak zauważyła matka, inną „jakością” niepełności, a może raczej należałoby powiedzieć: inną „jakością” mowy. Z kolei w aspekcie emocjonalnym, dostrzeganym jedynie przez matkę, wskazać można na wzrost pewności siebie chłopca. Konstatacje te znajdują także potwierdzenie w odniesieniu do wyników ankiet (zob. rys. 1). Na zakończenie rozmowy każde z rodziców wypełniło krótki formularz.



Rysunek 1. Wyniki ankiety – ocena kontroli mowy, umiejętności komunikacyjnych i pewności siebie przed programem i po programie. Źródło: opracowanie własne.

Wyniki dowodzą, że rodzice dostrzegli istotne zmiany w obszarze kontroli mowy i umiejętności komunikacyjnych syna. Co więcej, matka chłopca zadeklarowała, że zaobserwowała także znaczną poprawę w poziomie pewności siebie dziecka. Warto jednak wyraźnie zaznaczyć, że rodzice opisywanych w rozmowach zmian nie przypisywali jedynie programowi, aczkolwiek jednocześnie nie negowali jego istotnego wpływu.

3.4.2. Zmiana postaw rodziców

Poza dyskusją na temat zmian zaobserwowanych u syna znaczna część rozmowy poświęcona została zmianom w postawie rodziców, których zapytano o posiadaną wiedzę na temat jąkania się, emocje z nim związane i podejmowane w związku z nim działania. Omówione zostały trzy momenty czasowe: przed rozpoczęciem programu, w jego trakcie i po zakończeniu. Na wstępie oboje przyznali, że przed rozpoczęciem programu brakowało im wiedzy na temat jąkania się. Matka chłopca posiadała pewną wiedzę z przekazów rodzinnych, że niepełności mogą być powodowane stresem i mogą też samoistnie ustąpić. Aczkolwiek jak przyznała, przed terapią poruszali się z mężem po omacku i nie wiedzieli, co należy zrobić. W podobnym tonie wypowiedział się ojciec, który potwierdził, że zanim rozpoczął udział w programie, brakowało mu jakiegokolwiek wiedzy na temat rozwoju mowy dziecka. Wspominał, że syn stosunkowo późno zaczął mówić, ale nie wiedział, czy to opóźnienie jest zgodne z jakąś normą, czy nie. Analogicznie prezentowała się sytuacja z jąkaniem, ojciec przyznał, że trudności syna wydawały mu się dziwne, ale nie wiedział, czy jest to „normalne”. Jedynym z nielicznych źródeł wiedzy w jego przypadku było dokonywanie porównań syna z dziećmi w podobnym wieku. O posiadanej przed rozpoczęciem terapii wiedzy na temat jąkania się mówił w następujący sposób: „Myślę, że żadna lub niewielka, nie mieliśmy jakieś wiedzy, czy to w ogóle jest coś, co mu minie, nie minie, czy to trzeba się tym interesować i tak dalej”.

W odniesieniu do drugiego komponentu – emocjonalnego – mama chłopca przyznała, że emocji było bardzo dużo. Począwszy od lęku, przez poczucie winy, że to może ona zrobiła coś nieprawidłowo, np. „przebodźcowała” chłopca, aż po złość na zaistniałą sytuację, a także innych ludzi. Towarzyszące emocje opisywała następująco:

Poza tym złość, bo on się jąka i mówi, i czekam, i czekam, a on się nie może wypowiedzieć... czekam, to czasem było straszne, bo on długo potrzebował, żeby się wypowiedzieć. Czyli lęk, złość... no jakieś takie poczucie winy, szukanie winnego, plus złość na innych ludzi, którzy np. przerywają mu albo mówią mu: uspokój się, którzy zachowują się nie tak, jak powinni się zachowywać.

Z kolei ojciec wskazywał jedynie na zniecierpliwienie związane z przedłużającymi się wypowiedziami syna, aczkolwiek, jak dodał, nie było to zdenerwowanie kierowane na syna: „To nie było zdenerwowanie, że on coś źle robi, tylko takie zniecierpliwienie”.

W ramach rozważań dotyczących komponentu behawioralnego matka chłopca w pierwszej kolejności odniosła się do swoich predyspozycji związanych z jąkaniem się. Wskazała, że w sytuacjach stresowych lub w trakcie spotkań towarzyskich zdarza jej się „zaciąć” i wtedy pomocne bywa wolne mówienie. W związku z tym jeszcze przed rozpoczęciem

spotkań w ramach programu starała się mówić do syna, stosując wolne tempo. Opisała to w następujący sposób:

Ponieważ ja pamiętam, że w dzieciństwie miałam takie problemy, znaczy nie pamiętam, moja mama twierdzi, że ja się jąkałam, jak byłam dzieckiem. Jąkałam się, ponieważ byłam w przedszkolu i panie powiedziały, żeby mnie wypisać z tego przedszkola, bo przez to się jąkam i faktycznie, wypisano mnie z przedszkola i przestałam się jąkać później..., ale jakby widzę to u siebie, że mam takie predyspozycje, jak gdzieś jest jakiś stres albo w kontaktach towarzyskich, takich jak chcę dużo powiedzieć na raz. To drugie chyba nawet bardziej, to się zacinam, to mi brakuje słów i nie mogę się wypowiedzieć i mi pomaga coś takiego, że zaczynam mówić bardzo wolno i w ten sposób starałam się zwracać do syna.

Wśród pozostałych czynności, jakie wymieniła, było aktywne słuchanie, dawanie możliwości do „wyszalenia się”, co, jej zdaniem, mogło być pomocne, oraz systematyczne kontaktowanie się z poradnią psychologiczno-pedagogiczną w celu uzyskania informacji, czy zwolniło się miejsce na terapię. Zupełnie inaczej przedstawiają się działania ojca, który przyznał, że przed udziałem w projekcie to, co często stosował, uznając, że jest pomocne, to kończenie wypowiedzi za syna i podpowiadanie mu brakujących słów: „Wydaje mi się, że z takich najczęstszych, to było jakieś tam koniecznie zdań lub podpowiadanie mu słów lub ewentualnie poprawianie, ale to już bardziej związane z wymową, a nie z jąkaniem”. Dodatkowo starał się uspokajać chłopca, sugerując, aby mówił powoli, a także aby wykonywał tylko jedną czynność na raz.

Oboje rodzice zgodnie stwierdzili, że w trakcie trwania terapii zdobyli bardzo dużo wiedzy na temat jąkania i zasad komunikowania się. Matka chłopca wspominała o wiedzy ogólnej i szczegółowej. W przypadku tej pierwszej miała na myśli głównie wiedzę na temat źródeł jąkania się. Fakt, iż jest ono uwarunkowane wieloczynnikowo, a sama mowa jest procesem bardzo złożonym, sprawił, że przestała się obwiniać za to, jak mówi syn. Z kolei w przypadku wiedzy szczegółowej przyznała, że uzyskała bardzo dużo informacji i konkretnych wskazówek na temat sposobów zachowywania się w stosunku do niepełności mówienia syna. W tym miejscu wspomniała m.in. o niepoprawianiu mowy dziecka. Z kolei ojciec chłopca przyznał, że w trakcie programu zdecydowanie poszerzona została jego wiedza. Wskazywał na otrzymane od logopedy materiały, a w szczególności na wspólne analizy filmów z zabawy z chłopcem, jako główne źródła nowej wiedzy. Dyskusje nad nagraniami w znacznym stopniu zmieniły jego perspektywę i dostarczyły licznych praktycznych wskazówek. W tym miejscu wspomniał o zmianie sposobu zadawania pytań synowi, a także zastępowaniu pytań stwierdzeniami. Mówił o tym tak:

Ja wielu tych rzeczy nie widziałam, nawet na filmie... to jakby wiedza typu, że to pomaga... nie wiem zadawanie krótkich pytań, pomaga na to, że syn odpowie krótko, a nie zdaniami wielokrotnie złożonymi. Jak zadam pytanie otwarte, to daje mu taką przestrzeń, jak zadam krótkie to tyle...

Matka chłopca zapytana o emocje, jakie jej towarzyszyły w trakcie realizacji programu, w pierwszej kolejności wskazała na dumę związaną z tym, że jej rodzina mogła wziąć udział w tego typu przedsięwzięciu. Jak dodała, program bardzo jej się podobał i uważa go za bardzo innowacyjne przedsięwzięcie. W tym miejscu odniosła się do swoich wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych, które opierały się głównie na przekazywaniu informacji, jak należy ćwiczyć z dzieckiem. Poza dumą, kolejną emocją towarzyszącą była radość i satysfakcja z postępów:

[...] więc cieszyłam się, że to działa, no nie powiem, czasami byłam już zmęczona, że kolejny tydzień musimy przyjść na wyznaczoną godzinę, cały weekend mam zajęty i ja czasem już po tej pracy ledwo, ledwo..., ale też się cieszyłam, że systematycznie pracujemy codziennie czy co drugi dzień na tych *czasach specjalnych*.

Co więcej, pojawiła się też postawa akceptująca jąkanie się – matka chłopca wypowiadała się na ten temat w następujący sposób: „[...] że jakby *clou* to jest zaakceptować, nie ma co się złościć, że dziecko się jąka, bo to tylko same negatywy wychodzą, jak będę się złościć, a jak akceptuję, ułatwiam mu różne rzeczy [...]”. Wyższy poziom akceptacji jąkania się zadeklarował także ojciec. Dodał, że jest bardziej cierpliwy w stosunku do jąkania się syna niż przed rozpoczęciem terapii, aczkolwiek zaznaczył, że zniecierpliwienie nadal mu towarzyszy. Pojawiło się też wyraźne zadowolenie ojca z dostrzeganych postępów: „Na pewno byliśmy zadowoleni z tego..., ja nawet zobaczyłem to pierwszy o dziwo, że on ma przestoje w mówieniu, gdzie widać, że się zastanawia, więc to był namacalny efekt”. Niemniej jednak pomimo satysfakcji z poprawy, większego poziomu akceptacji, ojcu nieustająco towarzyszyły także obawy o przyszłość syna, a konkretniej – obawa o jego stygmatyzację. Jego zdaniem chłopiec w przyszłości może doświadczać zachowań dyskryminacyjnych, których efektem może być depresja lub stany lękowe.

Matka chłopca zwróciła uwagę na to, że w trakcie programu i dzięki niemu wiele się nauczyła, a wypracowane umiejętności zaczęła wprowadzać w codziennych kontaktach z chłopcem. Wspomniała o nauce wynikającej z analizy nagrań oraz uzyskanych informacjach zwrotnych, co zaowocowało tym, że obecnie daje chłopcu więcej przestrzeni, a także stosuje konstruktywne komplementy:

Mi dużo dało, że się obejrzałam na tych nagraniach i informacja zwrotna różnego rodzaju i np. tak zauważyłam, że zagarniam przestrzeń syna w tej zabawie, że go kieruje i on biedny ma robić to, co ja mu mówię, co ma robić, ustawiam mu zabawki w rzędku... Nauczyłam się, że mogę spokojnie puścić to dziecko i ono sobie super da radę. Doszłam do dużej wprawy w chwaleniu go...

Ponadto przyznała, że dzięki zarówno udziałowi w programie, jak i pracy z logopedą zmieniła swoje postępowanie i zachowanie jako matka w wielu obszarach życia. Zmiany w obszarze komponentu behawioralnego były także zauważalne u ojca. W jego przypadku również pozyskanie nowej wiedzy wiązało się z jej bezpośrednim zastosowaniem w praktyce, w życiu codziennymi. I tak jego pierwszym krokiem była zmiana pewnych nawyków,

np. w postaci rad i wskazówek kierowanych do syna, aby ten mówił wolniej. Wypowiadał się o tym w następujący sposób:

Na pewno starałem się wyeliminować rzeczy, które były określone, jako takie, które nie pomagają, czyli mów wolniej itd. Coś, co dla mnie było naturalne, bo dla mnie to było naturalne, jak widzę, że się spieszy i to mu przeszkadza, no to mu mówię: mów wolniej.

Dodatkowo, co ojciec sam uznał za największą wartość, to było ograniczenie zadawania chłopcu pytań otwartych, a później nawet zastąpienie pytań stwierdzeniami, co, jego zdaniem, sprawiło, że wypowiedzi syna stały się krótsze, a także, że chłopiec nie odczuwał presji, że musi odpowiedzieć: „Jak mu zadam pytanie, to musi odpowiedź, a jak coś stwierdzę, to albo odpowie, albo nie, jak będzie miał ochotę”. Kolejnym elementem tej swoistej transformacji było poświęcanie chłopcu większej uwagi w trakcie, gdy mówi. Zmianę tę ojciec opisał następującymi słowami:

Dawniej pewnie robiłem tego mniej, teraz koncentruje się na tym, że jak widzę, że syn mówi, to staram się być przy nim, żeby on widział, że ja tylko i wyłącznie się koncentruje na tym, co on mówi..., żeby on też jakby nie musiał walczyć o moją uwagę, bo to też było tak, że jedną z odpowiedzi było to, żeby syn wiedział, że ma czas na wypowiedź, żeby się nie musiał spieszyć, bo ja zaraz sobie pójdę.

Matka chłopca zapytana, czy po programie poszukiwała dodatkowych informacji na temat jąkania się, odpowiedziała w następujący sposób: „[...] to, czego mieliśmy się nauczyć, to na ten moment już się nauczyliśmy, a teraz zobaczymy, co będzie dalej”. Jednocześnie dodała: „[...] na razie jest ok”, a gdyby chłopcu nasiliły się niepełności, to jest gotowa szukać pomocy u specjalistów. Z kolei ojciec stwierdził, że ze względu na brak czasu nie podejmował działań podnoszących jego wiedzę, ale zadeklarował, że ma pełną gotowość do zdobywania nowych informacji, gdyby zaszła taka potrzeba. Co więcej, dodał, że po programie preferowanym źródłem wiedzy są dla niego specjaliści o stosownych kompetencjach, a nie materiały zamieszczane w internecie.

W warstwie emocjonalnej ojca po zakończeniu terapii zaobserwowano z jednej strony zadowolenie z osiągniętych efektów, a z drugiej – nieustająco towarzyszące mu obawy o przyszłość syna:

No na pewno to nie jest emocja, tylko stwierdzenie faktu – jesteśmy zadowoleni, szczęśliwi, że widać jakąś poprawę... nadal nie jest super i nadal zauważamy te sytuacje, gdzie on się jąka, więc nadal obawa, czy to całkowicie zniknie, czy nie. Tak jak mówię, mam świadomość, że jąkanie to nie jest plama na czole i wszyscy widzą, ale mam świadomość, że to może utrudnić.

Z kolei w przypadku matki zdecydowanie bardziej widoczna była akceptacja jąkania się syna, wynikająca prawdopodobnie z pozytywnych rezultatów programu w postaci mniejszej liczby niepełności. Poprawa ta przypuszczalnie sprawia, że kobieta zadeklarowała, że nadal

ma nadzieję, iż niepełności mówienia syna kiedyś całkowicie ustąpią. Choć jednocześnie przyznała, że chłopiec poradzi sobie w życiu niezależnie od sposobu jego mowy. O swoich emocjach po zakończeniu terapii opowiadała w następujący sposób:

Emocje mam takie, że jestem z tym pogodzona, jest tego mniej niż kiedyś, więc na pewno nie ma tego lęku. Mam większą wiarę w to, że to przejdzie, trochę dlatego, bo działaliśmy i może on też wyrośnie z tego. Jestem gotowa uznać też to, że jeżeli będzie się jąkał, to nie będzie to jakaś tragedia życiowa. Mam takie przemyślenia... akurat to jest ważne naprawdę, kiedyś sobie tak tego nie wyobrażałam, że... Boże, on się będzie jąkał? No nieee! A teraz, co będzie, to będzie!

Z kolei w sferze odnoszącej się do działań uwidoczniło się utrwalenie nowych wzorów zachowań, które stały się pewnymi automatyzmami. Z wypowiedzi matki chłopca wynikało, że wypracowane z logopedą w trakcie terapii wskazówki rozwiązania zostały przez nią zinternalizowane i obecnie stosuje je niemalże bezrefleksyjnie:

Natomiast teraz to jest chyba tak, że ja zinternalizowałam... i to mi się złoło i mam taki sposób odnoszenia się do syna, który myślę, że częściowo wynika z tego programu... Jak się kontaktujemy z synem, rozmawiamy, to zwracamy uwagę na to, żeby dać mu tę przestrzeń, żeby go nie poganiać...

W podobnym tonie wypowiedział się ojciec chłopca: „Cały czas staramy się... to, co pamiętamy... stosować, więc w codziennych zabawach i sytuacjach stosujemy dużo tych rzeczy, które tu poznaliśmy, i okazało się, że to może być ważne i to może być pomocne”. Choć w przeciwieństwie do matki przyznał, że stosowanie wypracowanych w ramach programu rozwiązań wymaga od niego jeszcze skupienia i koncentracji. Co więcej, powiedział, że w momentach mniejszej koncentracji zdarza mu się zrobić coś, co nazwał „robieniem po staremu”.

W kontekście przedstawionych rozważań uzasadniona wydaje się konstatacja, że w wyniku prowadzonych działań terapeutycznych istotnej zmianie uległy postawy rodziców względem jąkania się ich syna, co w sposób syntetyczny ilustruje tabela 1. Zmiany widoczne są we wszystkich trzech komponentach. Rodzice zadeklarowali, że w znacznym stopniu poszerzyli zakres swojej wiedzy na temat jąkania się, a także szerzej – komunikowania się z dzieckiem. Co więcej, wiedza ta nabrała charakteru praktycznego. Innymi słowy, już w trakcie trwania programu rodzice zaczęli ją stosować, co w ich opinii przyczyniło się do znacznej poprawy nie tylko mowy ich syna. Te pozytywne rezultaty przełożyły się na ich sferę emocjonalną. W pierwszej kolejności była to duma z udziału w projekcie, zadowolenie z poprawy, a także zaakceptowanie atypowości mowy dziecka. Niemniej jednak warto zauważyć, że pewne obawy o przyszłość syna towarzyszyły i nadal towarzyszą jego ojcu.

Tabela 1
Komponenty postawy rodziców względem jąkania się przed, w trakcie i po terapii

| Czas | Komponent | | | | | |
|-------------------|---|--|--|---|--|--|
| | poznawczy | | emocjonalny | | behawioralny | |
| | matka | ojciec | matka | ojciec | matka | ojciec |
| Przed terapią | brak odpowiedniej wiedzy; przekonanie, że jąkanie się jest spowodowane stresem; wiedza o możliwości samistnego ustąpienia | brak wiedzy na temat jąkania się | lęk; poczucie winy; złość, w tym złość na innych | znicięripliwienie i zdenerwowanie w stosunku do jąkania się syna | stosowanie wolnego tempa mówienia; mówienie; cierpliwe słuchanie syna; kontakty z PPP | kończenie wypowiedzi za syna; uspokajanie syna w trakcie wypowiedzi |
| W trakcie terapii | uzyskanie licznych i konkretnych wskazań | podniesienie wiedzy w szczególności w zakresie stosowanych pytań | większy spokój; duma i zadowolenie z udziału w projekcie; satisfakcja z efektów; pogodzenie się z jąkaniem się syna | większa cierpliwość i akceptacja jąkania się syna; obawy o przyszłość syna | akceptacja jąkania się syna; znacząca zmiana zachowania wobec syna: podążanie za nim w rozmowie, dawanie czasu i przestrzeni na wypowiedź, konstruktywne chwalnie oraz świadome wykorzystywanie i stosowanie mowy ciała | znacząca zmiana zachowania wobec syna: czekanie na wypowiedź syna, koncentracja uwagi na dziecku i jego wypowiedziach, stosowanie stwierdzeń zamiast pytań, reagowanie na komunikaty syna – stosowanie naprzemienności |
| Po terapii | bazowanie na wiedzy uzyskanej w trakcie programu | gotowość do dalszego podnoszenia wiedzy na podstawie informacji uzyskiwanych od specjalistów (logopedów) | zadowolenie z prawy; pogodzenie się z jąkaniem syna | zadowolenie z prawy; obawa o przyszłość syna | internalizacja wypracowanych zasad – automatyzm w codziennym stosowaniu | kontynuowanie stosowania zasad wypracowanych w ramach programu; stosowanie „konkretnych” pytań |

Źródło: opracowanie własne.

4. Podsumowanie

Celem artykułu było przedstawienie wyników analizy studium indywidualnego przypadku pięcioletniego jękającego się chłopca, wobec którego zdecydowano się zastosować program Palin PCI, a konkretniej etap terapii pośredniej polegającej w głównym stopniu na pracy logopedy z rodzicami. Analiza – zgodnie z założeniami metody *case study* – przeprowadzona została na podstawie źródeł danych: analizy dokumentów, obserwacji logopedy oraz pogłębionych wywiadów jakościowych, które zostały przeprowadzone przez osobę niezaangażowaną w proces terapeutyczny. Uzyskane w ten sposób rezultaty analizy miały pełnić podwójną funkcję: ewaluacji programu oraz autoewaluacji pracy terapeuty. Innymi słowy, miały dostarczyć informacji na temat ewentualnej skuteczności programu w tym konkretnym przypadku. Dodatkowo miały stanowić swego rodzaju informację zwrotną dla logopedy, dotyczącą także jego pracy.

Na podstawie porównania wyników z diagnozy początkowej i diagnozy wykonanej po zakończonym programie stwierdzono, że liczba niepełności zmniejszyła się. Zmiany zostały zauważone również przez rodziców chłopca, na co wskazuje analiza wywiadów swobodnych. W szczególności zwrócili oni uwagę na większą koncentrację w trakcie planowania wypowiedzi przez syna, zastanawianie się, a także mniejszą liczbę niepełności. Niemniej jednak najważniejsze wydają się zmiany postaw rodziców wobec jękania. Pozwalając sobie na pewien subiektywny przegląd, możemy przyjąć, że najważniejszą zmianą było zaakceptowanie jękania się syna, a także uzyskanie informacji, iż ma ono wielorakie źródła, co zredukowało obawy matki o popełnienie błędów wychowawczych. Kolejnym ważnym elementem było poszerzenie wiedzy rodziców, która stosunkowo szybko została przełożona na praktykę. W tym miejscu warto podkreślić, że nowe ścieżki postępowania, w szczególności w przypadku matki, zostały w krótkim czasie utrwalone i stały się swego rodzaju automatyzmami. W przypadku ojca stosowanie nowych rozwiązań nadal wymaga pewnego poziomu koncentracji. Co więcej, w jego przypadku nadal dość silne są obawy o przyszłość syna ze względu na niski poziom akceptacji osób jękających się w społeczeństwie. I choć nie można tego stwierdzić za pomocą procentów – uniemożliwia to zastosowana metoda – to wydaje się, że przedstawione argumenty dowodzą, iż program Palin PCI był istotnym elementem uzyskanej zmiany w zachowaniach zarówno chłopca, jak i jego rodziców. Potwierdzają to słowa matki, które stanowią mogą swoiste podsumowanie ewaluacji program oraz autoewaluacji pracy terapeuty:

Bardzo mi się ten program podobał, bardzo mi się podobał sposób, w jak pani logopeda z nami pracowała, uważam, że ma ogromne predyspozycje i energię i że jest świetna... w związku z tym programem oprócz tego, że byłam dumna, że bierzemy w nim udział..., uważałam, że to działa, że ma sens, że jest innowacyjne, że nie polega na tym, że mam teraz usiąść z dzieckiem i ćwiczyć, bo dostałam kiedyś takie zalecenia... chyba po pierwszej wizycie u logopedy i to nic nie dawało, on się wkurzał tylko na mnie i nie chciał tego robić.

Jednak wyraźnie i jednoznacznie należy zaznaczyć, że zaprezentowane wnioski odnoszą się wyłącznie do omawianego przypadku i nie należy ich generalizować. Warto jednak

zastanowić się nad możliwością wykorzystania zaproponowanego podejścia do przeprowadzenia szerzej zakrojonych badań.

Bibliografia

- Babbie, E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Przeł. W. Betkiewicz [et al.]. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Blanchet, P., Boroń, A., Chmielewski, G., Everad, R., Haase, T., Gładosz, Z., Jankowska-Szafarska, L., Ravid, B., St. Louis, K.O., Węsierska, K. (2020). Sukces w terapii jąkania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”. W: K. Węsierska i M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 13–31). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Boroń, A. (2017). Bezpośrednie podejście w terapii jąkania wczesnodziecięcego na przykładzie metod Lidcombe Program i Mini-KIDS. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara i K. Kupiec (red.), *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 116–124). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Boroń, A., Węsierska, K., Agius, J. (2020). Wczesna interwencja w jąkaniu na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 133–149). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Dezort, J. (2018). Studium przypadku terapii jąkającego się czeskiego siedemnastolatka z uwzględnieniem modelu ICD. W: K. Węsierska przy współpracy K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy* (s. 208–223). Harmonia Universalis.
- Flick, U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Przeł. P. Tomanek. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janas-Kaszczuk, J., Tarkowski, Z. (1991). *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*. Polska Fundacja Zaburzeń Mowy.
- Kaufmann, J.-C. (2010). *Wywiad rozumiejący*. Przeł. A. Kapciak. Oficyna Naukowa.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym*. Przeł. M. Kądzioła. Harmonia Universalis.
- Kelman, E., Whyte, A. (2018). *Zrozumieć jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i terapeutów*. Przeł. P. Dobrowolski. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Konecki, K.T. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kvale, S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Przeł. A. Dziuban. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalak-Widera, I. (2009). *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*. Unikat 2.
- Mielewska, A., Węsierska, K. (2013). Zastosowanie metod Palin PCI i Lidcombe Program w terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Skibska (red.), *Wspieranie rozwoju małego dziecka* (s. 93–120). Wydawnictwo Naukowe ATH, Wydawnictwo LIBRON.
- Niebalski, J. (2012). Wywiad swobodny (Free interview). W: K.T. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*. Difin SA.
- Saad-Merouwe, S. (2020). Terapia dopasowana do potrzeb osoby jąkającej się – studium przypadku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 205–222). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Silverman, D. (2007). *Interpretacja danych jakościowych*. Przeł. M. Głowacka-Grajper, J. Ostrowska. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stake, R.E. (2010). Jakościowe studium przypadku. W: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych* (s. 623–654). Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Vanryckeghem, M., Brutton, G.J. (2015). *KiddyCAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękkających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Przekł. i adapt. K. Węsierska. Harmonia Universalis.
- Węsierska, K. (2013). Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jękkania u polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku. *Nowa Logopedia*, 4, 295–316.
- Woźniak, T. (2020). Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 35–49). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Sage Publications.

