Metoda **RESTART-DCM**

Marie-Christine Franken, Ellen Laroes, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit i Lottie Stipdonk

Metoda **RESTART-DCM**

Marie-Christine Franken, Ellen Laroes, Joeri van Ormondt,

Femke de Smit i Lottie Stipdonk

Prawa autorskie
Żadna część tej pracy nie może być pobierana, przesyłana ani rozpowszechniana bez zgody autorów, z wyjątkiem ściśle osobistego, indywidualnego użytku.

Copyright © Fundacja Centrum Logopedyczne

Dokument powinien być cytowany w następujący sposób:
Franken, M.C., Laroes, E., Ormondt, J. van, Smit, F., de i Stipdonk, L. (2025). *Metoda RESTART-DCM.* Wydanie poprawione 2025, wersja 3.0. https://www.restartdcm.nl

Opracowanie wersji polskiej: Fundacja Centrum Logopedyczne

FUNDACJA CENTRUM LOGOPEDYCZNE

Tłumaczenie z języka angielskiego: Anna Murzańska

Redakcja językowa i korekta: Joanna Szymczakowska, Monika Pakura, Bartłomiej Krysiak

Skład: Anna Bubel

Wersja polska została opracowana dzięki dofinansowaniu udzielonemu przez Narodowy Instytut Wolności (52/RPWROP13/2024)

KOMITET DO SPRAW POŻYTKU PUBLICZNEGO

NIW Narodowy Instytut Wolności Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego

Rządowy Program Wspierania Rozwoju Organizacji Poradniczych na lata 2022–2033 Organizacje Poradnicze

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

Podziękowanie

Przede wszystkim chcemy wyrazić naszą wdzięczność badaczom i terapeutom, na których pracy oparta była pierwsza wersja metody RESTART-DCM. Jesteśmy szczególnie zobowiązani dr. Woodruffowi Starkweatherowi, dr Jeanne Riley i dr Glyndonowi Rileyowi, dr Edwardowi Conture oraz dr Hugo Gregory'emu.

Po drugie, ponownie z całego serca dziękujemy wszystkim logopedom (specjalistom od jąkania), którzy przyczynili się do powstania pierwszej wersji metody RESTART-DCM (2007). Szczególne podziękowania, ku pamięci, kierujemy do Durdany Putker-de Bruijn†, współautorki pierwszej wersji metody RESTART-DCM.

Opracowanie tego dokumentu było wspierane przez oddział laryngologii szpitala Erasmus MC. Układ graficzny i projekt okładki wykonała Erika Endrődiné Benkő (Home-made Graphics). Niniejszy dokument został przetłumaczony z oryginału w języku niderlandzkim przez Karen Laird. Tłumaczenie zostało sfinansowane przez Fundusz Damsté-Terpstra na rzecz praktycznej i prewencyjnej terapii logopedycznej.

Damsté-Terpstra Fonds
voor praktische en preventieve Logopedie
www.dtfonds.nl

Erasmus MC
University Medical Center Rotterdam

Spis treści

Wstęp 7
1.1 Geneza metody RESTART-DCM 8
1.2 Kiedy terapia RESTART-DCM? 8
1.3 Cele terapii RESTART-DCM 9
1.4 Ogólny przegląd metody RESTART-DCM 10

Diagnoza 12
2.1 Diagnoza rodzica (rodziców) 12
2.2 Analiza interakcji wideo 12
2.3 Diagnoza dziecka 13
2.4 Formularz podsumowujący diagnozę RESTART-DCM 14

Pierwsze spotkanie z rodzicami 16

Terapia metodą RESTART-DCM 18
4.1 Ogólne Aspekty 18
4.2 Schemat sesji terapeutycznej 18
4.3 Trzy poziomy praktyki: podczas sesji terapeutycznych, w trakcie Czasu Specjalnego oraz w codziennej komunikacji 19

Faza I: Redukowanie wymagań 21
5.1 Zmniejszanie Wymagań Motorycznych 21
5.2 Zmniejszanie Wymagań Językowych 23
5.3 Zmniejszanie Wymagań Emocjonalnych 24
5.4 Zmniejszanie Wymagań Poznawczych 26
5.5 Przenoszenie Redukcji Wymagań w Fazie 1 27

Faza II: Zwiększanie Możliwości dziecka 28
6.1 Zwiększanie Możliwości Motorycznych Dziecka 29
6.2 Zwiększanie Możliwości Językowych Dziecka 29
6.3 Zwiększanie Możliwości Emocjonalnych Dziecka 31
6.4 Zwiększanie Możliwości Poznawczych Dziecka 32

Zakończenie terapii 35

Bibliografia² 37

Załączniki 40
ZAŁĄCZNIK 1 Formularz interakcji rodzic-dziecko Restart-DCM 41
ZAŁĄCZNIK 2 Formularz podsumowania diagnozy 42
ZAŁĄCZNIK 3 Rozpoczęcie terapii RESTART-DCM: informacje dla rodziców 45
ZAŁĄCZNIK 4 Równowaga w modelu RESTART-DCM 46
ZAŁĄCZNIK 5 Komunikacja przy obniżonych wymaganiach emocjonalnych – dwa kroki 47

1 Wstęp

W ramach projektu badawczego „Opłacalność terapii opartej na Modelu Wymagań i Możliwości (Demands and Capacities Model – DCM) w porównaniu do programu Lidcombe", szerzej znanego jako badanie RESTART (De Sonneville-Koedoot i in., 2015), w 2007 roku opracowano protokół terapeutyczny oparty na modelu terapii DCM. Celem było, aby wszyscy logopedzi (specjaliści od jąkania) uczestniczący w projekcie stosowali podobne podejście terapeutyczne oparte na DCM. Niemal 15 lat później protokół ten wymagał uaktualnienia. Niektóre jego części były niepotrzebnie związane wyłącznie z tym projektem badawczym lub dotyczyły jedynie sytuacji w Holandii. Zawartość innych sekcji wymagała aktualizacji – na przykład załącznik dla rodziców zawierający informacje na temat jąkania. Doświadczenie zdobyte podczas przeprowadzania warsztatów na temat tej metody terapii ujawniło potrzebę zmiany sposobu formułowania lub struktury niektórych części protokołu. W związku z tym, w 2021 roku opublikowano zaktualizowaną wersję modelu terapeutycznego RESTART-DCM (wersję 2.0.)

Rozwój terapii jąkania na całym świecie, w tym zmiany wynikające z paradygmatu neuroróżnorodności oraz używania terminu „płynność", a także doświadczenia praktyczne doprowadziły do kolejnej, częściowej rewizji modelu terapii w 2025 roku. Okazało się, że cel terapii RESTART-DCM – „optymalna płynność" – w niektórych przypadkach był niejasny, dlatego ten aspekt został ponownie przemyślany. Otrzymaliśmy również wiele pytań od uczestników kursów związanych z wdrożeniem Fazy III. Faza ta była opcjonalna dla dzieci, u których wskazana była dalsza forma techniki modyfikacji jąkania. Terapia modyfikacji jąkania wykracza jednak poza zakres modelu DCM. W związku z tym zdecydowaliśmy się powrócić do podstawowego założenia modelu RESTART-DCM, opartego na dwuetapowej strategii: Faza I „Redukcja wymagań" oraz Faza II „Zwiększenie możliwości dziecka". Kilka interwencji opisanych w Fazie III, które miały na celu zwiększenie możliwości dziecka, zostały teraz włączone do Fazy II. Ostatecznie dwa z załączników zostały nieznacznie zmodyfikowane.

Można uznać za zbędne podkreślenie, że metoda RESTART-DCM zakłada podstawową wiedzę logopedy na temat jąkania oraz różnych dostępnych metod terapii. Na podstawie dokładnego wywiadu oraz wstępnego badania jąkania, logopeda wspólnie z rodzicami (proces Wspólnego Podejmowania Decyzji) decyduje czy należy (natychmiast) rozpocząć terapię. Jeśli terapia jest wskazana, metoda RESTART-DCM może być jedną z opcji, w zależności od preferencji rodziców oraz indywidualnych cech dziecka.

Co więcej, opis tej metody nie zastępuje jednak udziału w warsztatach. Podczas warsztatów RESTART-DCM (podstawowych i zaawansowanych) uczestnicy zdobywają praktyczne umiejętności niezbędne do współpracy z rodzicami nad wyznaczonymi celami terapeutycznymi. Logopedzi, którzy wzięli udział w warsztatach, uzyskują dostęp do dodatkowych materiałów na stronie internetowej RESTART-DC

1.1 Geneza metody RESTART-DCM

W latach 70. XX wieku kilku badaczy zaczęło opracowywać metody terapeutyczne dla małych dzieci z niepłynnością mowy. Opierali się oni na założeniu, że jąkanie jest wynikiem braku równowagi. Jak zauważył Starkweather (1987, s. 75): „Kiedy dziecku brakuje możliwości, by sprostać wymaganiom płynności mowy, pojawia się jąkanie lub coś podobnego". Idea ta została sformalizowana w Modelu Wymagań i Możliwości (Demands and Capacities Model, DCM), opisanym między innymi przez Starkweathera (1987), Starkweathera i in. (1990), Starkweathera i Franken (1991) oraz Starkweathera i Givens-Ackerman (1997). Terapia oparta na tym modelu ma na celu osiągnięcie równowagi między możliwościami (umiejętnościami i kompetencjami) dziecka w obszarach: motorycznym, językowym, emocjonalnym i poznawczym a wymaganiami (wewnętrznymi i zewnętrznymi) wobec komunikacji małych dzieci lub przedszkolaków, które się jąkają (wiek rozwojowy 2–6 lat).

Początkowo zakładano, że dzięki terapii uda się przywrócić równowagę, a jąkanie ustąpi. Obecnie wiadomo, że nie dzieje się tak we wszystkich przypadkach. Chociaż dokładna przyczyna jąkania wciąż nie jest w pełni wyjaśniona, istnieją dowody na to, że zarówno czynniki genetyczne, jak i neurologiczne, w połączeniu z czynnikami rozwojowymi, mogą decydować o tym, czy dziecko zaczyna się jąkać i czy jąkanie się utrzymuje (Franken i in., 2024). Terapia oparta na modelu DCM może wpływać na te czynniki rozwojowe do pewnego stopnia. Hipoteza zakłada, że u niektórych dzieci terapia DCM przyspiesza ustępowanie jąkania, podczas gdy u innych zapobiega, by jąkanie stało się istotnym problemem. Wstępne wyniki badań kontrolnych wspierają te hipotezy (Koenraads i in., 2025).

W porównaniu z pierwotną terapią opartą na modelu DCM (Starkweather i in., 1990), podejście RESTART różni się w kilku aspektach: (1) struktura terapii została bardziej usystematyzowana, (2) dodano specjalną metodę redukcji Wymagań Emocjonalnych, (3) trening Możliwości został poszerzony, obejmując m.in. program treningu motoryki mowy opracowany przez Riley i Riley (1985), oraz (4) modelowanie celów terapeutycznych dla rodziców zostało uznane za kluczowy element metody terapii RESTART-DCM. Podejście RESTART-DCM nigdy nie ogranicza się wyłącznie do udzielania porad rodzicom. W zależności od potrzeb, terapia mowy (jąkania) koncentruje się na współpracy z rodzicami w celu wprowadzenia zmian w zachowaniach językowych oraz na treningu konkretnych umiejętności.

1.2 Kiedy terapia RESTART-DCM?

Kiedy małe dziecko (w wieku rozwojowym od 2 do 6 lat) zaczyna się jąkać, rodzice często mają wiele pytań i obaw. Same dzieci mogą również czuć się zaniepokojone, gdy zauważą nagłe zmiany w swojej mowie w porównaniu do tego, jak mówiły wcześniej. W krótkim czasie mogą rozwinąć się i nasilić reakcje unikania lub walki. W takich przypadkach dziecko jest kierowane do logopedy lub rodzice samodzielnie nawiązują kontakt z takim specjalistą. Konsultacja z logopedą w celu uzyskania porady i wsparcia jest wskazana, nawet jeśli jąkanie jest ledwie zauważalne lub rozwija się bardzo stopniowo.

Badanie RESTART dotyczące długoterminowych wyników terapii jąkania zgodnie z podejściem RESTART-DCM oraz terapią Lidcombe u małych dzieci (Koenraads i in., 2025) pokazuje silną korelację między wiekiem dziecka na początku terapii a jej późniejszym przebiegiem: im młodsze dziecko na początku terapii, tym większa szansa, że zachowania związane z jąkaniem okażą się tylko przejściowe. Dlatego obecnie ogólna rekomendacja jest taka, aby rozpocząć terapię zaraz po badaniu dziecka. Jeśli w trakcie tej diagnozy jąkanie zacznie się samoistnie zmniejszać, terapeuta i rodzice mogą wspólnie ocenić, czy odłożenie rozpoczęcia terapii jest możliwe.

U dzieci do szóstego roku życia zachodzą liczne zmiany w systemie komunikacyjnym, które umożliwiają rozwój wzorców mowy. Terapia może wspierać komunikację oraz pomagać w kształtowaniu lub wzmacnianiu tych wzorców. Można również zapobiec rozwojowi wtórnych objawów jąkania lub je ograniczyć.

Terapia RESTART-DCM przeznaczona jest dla dzieci w wieku rozwojowym od 2 do 6 lat. Zasady DCM mogą jednak także wspierać łatwiejszą komunikację u młodzieży lub dorosłych z deficytami intelektualnymi.

1.3 Cele terapii RESTART-DCM

Celem terapii RESTART-DCM jest stworzenie optymalnej równowagi między Możliwościami dziecka a Wymaganiami związanymi z komunikacją lub podejmowanym przez nie wysiłkiem komunikacyjnym tak, aby mogło ono wyrażać się z jak największą łatwością (jąkając się lub nie).

WYJAŚNIENIE:

- **Optymalna równowaga:** najbardziej sprzyjający stopień harmonii między Możliwościami a Wymaganiami, zależnie od indywidualnych czynników dziecka i otoczenia.
- **Dziecko:** maluch lub przedszkolak, który się jąka (wiek rozwojowy 2-6 lat).
- **Możliwości:** motoryczne, językowe, emocjonalne i poznawcze umiejętności dziecka, które mają wpływ na jego zdolność do wyrażania siebie (z większą łatwością).
- **Wymagania:** motoryczne, językowe, emocjonalne i poznawcze wyzwania, które tworzą presję mówienia; wynikające zarówno z wewnętrznych cech dziecka (wewnętrzne), jak i z otoczenia (zewnętrzne).
- **Wyrażanie siebie z jak największą łatwością (jąkając się lub nie):** głównym celem jest, aby dziecko mogło być sobą i wyrażać siebie, nie czując, że jąkanie jest przeszkodą. Eliminowanie jąkania nie jest więc głównym celem. Jąkanie zazwyczaj ustępuje szybciej lub częściej po osiągnięciu optymalnej równowagi. Są trzy powody, dla których eliminacja jąkania nie jest celem terapii:
    1. *Utrzymujące się jąkanie:* około jedna czwarta dzieci nadal się jąka, nawet po terapii. Ponadto są dzieci, których otoczenie nie zauważa już jąkania, ale które same nadal odczuwają, że się jąkają. Dlatego ważne jest, aby nauczyć wszystkie dzieci, że choć jąkanie może być nieco innym sposobem mówienia, jest ono całkowicie w porządku. Przesłanie „jąkanie jest w porządku” stanowi fundament terapii na każdym jej etapie. Dzięki temu

wszystkie dzieci, niezależnie od przyszłego wzorca mowy, mogą czuć się akceptowane. Skupienie się na płynnej mowie może osłabić tę akceptację.

2. *Wpływ na rodzinę:* Kiedy terapia koncentruje się na zmniejszeniu lub wyeliminowaniu jąkania, a dziecko przestaje się jąkać, rodzice mogą odczuwać ulgę. Jednak w rodzinach, w których jąka się więcej niż jedno dziecko, nacisk na płynność mowy może negatywnie wpłynąć na inne dziecko, które nadal się jąka.
3. *Rozczarowanie:* Rodzice mogą czuć frustrację lub rozczarowanie, jeśli jąkanie nie ustępuje (lub ustępuje zbyt wolno), nawet gdy ich dziecko zaczyna mówić z większą swobodą i pewnością siebie. Mogą martwić się o przyszłość, szczególnie o to, że ich dziecko może być wyśmiewane z powodu jąkania. To może wpłynąć na ich motywację i zaangażowanie w terapię. Często nie dostrzegają efektów terapii i odrzucają je, mówiąc: „To i tak nic nie daje". Dlatego kluczowe są regularne konsultacje z rodzicami i przypominanie im, jaki jest główny cel terapii, a także wyjaśnianie zgłaszanych przez nich obaw. Cel terapii zostaje osiągnięty, gdy dziecko, rodzice i logopeda zgadzają się, że zrobiono wszystko, co możliwe, aby zmniejszyć obszary presji w komunikacji i wzmocnić zdolności dziecka do wyrażania siebie. Innymi słowy: kiedy zostanie osiągnięta równowaga między możliwościami dziecka (motorycznymi, językowymi, emocjonalnymi i poznawczymi) a wewnętrznymi i zewnętrznymi wymaganiami.

1.4 Ogólny przegląd metody RESTART-DCM

Podejście RESTART-DCM opiera się na ustalonej strukturze. W pierwszej kolejności przeprowadzana jest diagnoza, która obejmuje wywiad z rodzicami, analizę interakcji rodzic--dziecko oraz diagnozę dziecka (zob. rozdział 2, Diagnoza). Po zakończeniu diagnozy organizowane jest *spotkanie z rodzicami*, podczas którego szczegółowo omawiane są jej wyniki. Dodatkowo zostaje wprowadzony czas specjalny rodzic-dziecko oraz rodzice zachęcani są do prowadzenia dziennika (szczegóły w rozdziale 3: Pierwsze spotkanie z rodzicami). Spotkanie to stanowi pomost między etapem diagnozy a właściwą terapią RESTART-DCM.

Uwaga: Modyfikacje w zachowaniach językowych, których rodzice uczą się podczas **Fazy I**, są tymczasowymi dostosowaniami. Ich celem jest umożliwienie dziecku osiągnięcia lepszej równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami. Takie modyfikacje, jak np. wyjątkowo wolne mówienie, mogą wydawać się rodzicom nienaturalne. Faktycznie, są one „nienaturalne", ponieważ stanowią część terapii. Dostosowania te są jednak niezbędne w związku z ograniczonymi możliwościami dziecka do swobodnej mowy i są

Terapia RESTART-DCM jest podzielona na dwie fazy. Każdy program terapeutyczny rozpoczyna się od Fazy I (szczegóły w rozdziale 5.4: Faza I: Redukcja wymagań). Celem Fazy I jest zmniejszenie zewnętrznych wymagań, czyli tych, które dotyczą środowiska komunikacyjnego dziecka. Na stałej (częstszej) podstawie tworzone są warunki, które umożliwiają dziecku swobodne wyrażanie siebie w oparciu o jego aktualne Możliwości. Wymagania dla danego dziecka są redukowane poprzez poradnictwo i wsparcie skierowane do rodziców oraz innych kluczowych osób mających wpływ na życie dziecka. Faza II terapii (szczegóły w rozdziale 6: Faza II: Zwiększanie możliwości) obejmuje bezpośredni trening możliwości dziecka, aby umożliwić mu mówienie z większą swobodą. Jest ona dodawana do Fazy I, jeśli zajdzie taka potrzeba. Dlatego podczas treningu możliwości dziecka logopeda nadal monitoruje postępy osiągnięte w Fazie I w zakresie redukcji wymagań zewnętrznych. W trakcie całej terapii logopeda dba o utrzymanie poziomu zredukowanych wymagań w komunikacji z dzieckiem, aż

stopniowo wycofywane pod nadzorem terapeuty pod koniec terapii.

do momentu świadomego wycofania tego podejścia. W trakcie Fazy II programu redukowanie wymagań dotyczących komunikacji dziecka w codziennym życiu pozostaje stałym punktem dyskusji podczas sesji terapeutycznych.

Ponadto, w obu fazach systematycznie omawiane są cztery obszary: Motoryczny, Językowy, Emocjonalny i Poznawczy. Obszary te są analizowane w stałej kolejności, która obowiązuje w obu fazach: najpierw obszar Motoryczny, potem Językowy, następnie Emocjonalny, a na końcu Poznawczy. Warto jednak zauważyć, że omawiane są wyłącznie te obszary (lub ich elementy), które są istotne dla danego dziecka. Każda sesja w Fazie I i II ma także ustaloną strukturę (zob. rozdział 4.2). Sposób, w jaki rodzic wdraża zmiany w zachowaniu, wypracowane podczas ćwiczeń (Czasu Specjalnego) w codziennej komunikacji, również przebiega według mniej więcej stałego schematu. (zob. rozdział 4.3 i 5.5).

2 Diagnoza

Głównym celem szczegółowej diagnozy przeprowadzanej przed rozpoczęciem terapii jest uzyskanie kompleksowego obrazu Możliwości dziecka oraz stawianych mu Wymagań – zarówno przez otoczenie, jak i te, które dziecko nakłada na siebie samo. Na podstawie wyników diagnozy formułuje się hipotezy dotyczące potencjalnej nierównowagi między Możliwościami a Wymaganiami. Analiza obejmuje diagnozę obecnych (niewystarczających) Możliwości dziecka, Wymagań pochodzących z otoczenia oraz Wymagań, które dziecko sobie narzuca. Istotne jest również określenie braku równowagi między tymi elementami. Dzięki powyższym działaniom można zidentyfikować kluczowe obszary, które powodują presję w komunikacji. Interpretacja uzyskanych danych pozwala na sformułowanie celów terapeutycznych.

2.1 Diagnoza rodzica (rodziców)

Zazwyczaj na początku organizowane jest spotkanie z rodzicami. Podczas tej sesji omawiane są następujące kwestie:

- historia przypadku – medyczna – jąkanie,
- przyczyny jąkania (według rodziców),
- przemyślenia i emocje związane z jąkaniem (rodzica i dziecka),
- temperament dziecka,
- postrzegane nasilenie i obciążenie związane z jąkaniem (na przykład za pomocą skali VAS),
- bardzo krótki opis modelu DC, zilustrowany rysunkiem (zob. Załącznik 4),
- wyjaśnienie, co obejmie dalsza część diagnozy (analiza interakcji wideo oraz diagnoza dziecka),
- ewentualnie dodatkowe kwestionariusze dla rodziców (np. dotyczące temperamentu dziecka) lub otoczenia (np. nauczyciela, opiekuna grupy przedszkolnej/żłobku).

2.2 Analiza interakcji wideo

Rodzic i dziecko są zaproszeni na sesję interakcji rodzic-dziecko. Jeśli historia przypadku (zob. wyżej) wskazuje, że obserwacja interakcji z obojgiem rodziców, a możliwe, że również z rodzeństwem, mogłaby pomóc w identyfikacji presji komunikacyjnej, osoby te mogą zostać zaproszone do udziału w diagnozie. Jeśli ich udział okaże się istotny na późniejszym etapie, można to zorganizować w późniejszym terminie. Nagrywane są dwie różne scenki/zabawy: jedna swobodna, niezorganizowana oraz druga, bardziej zorganizowana; całkowity czas nagrania wynosi około 15 minut. Rodzice i dziecko proszeni są o wspólną zabawę – tak, jak robią to w domu. Otrzymują przedmioty do swobodnej zabawy (np. Playmobil) i bawią się

przez około 7-8 minut – w tym samym czasie są nagrywani. Następnie otrzymują zestaw układanek o różnych poziomach trudności i kolejne 7-8 minut poświęcają na ich rozwiązywanie – co również jest nagrywane.

Zapisaną w formie wideo sesję interakcji rodzic-dziecko analizuje się i ocenia przy użyciu Formularza Interakcji Rodzic-Dziecko (zob. Załącznik 1). W lewej kolumnie umieszczony jest odpowiedni wymóg: M (Motoryczny), J (Językowy), E (Emocjonalny) lub P (Poznawczy). W prawej kolumnie zapisuje się, w jakim stopniu lub z jaką częstotliwością dane zachowanie występuje lub jest obserwowane podczas interakcji. Zaleca się (szczególnie jeśli terapeuta ma ograniczone doświadczenie w ocenie interakcji rodzic-dziecko) transkrypcję dwóch pięciominutowych fragmentów sesji. Pozwoli to na dokładniejsze określenie szczegółów, np. liczby pytań otwartych, dynamiki wymiany zdań w trakcie rozmowy oraz adekwatności reakcji – zarówno rodzica, jak i dziecka. Zawsze mierzy się tempo mowy dziecka, które następnie jest przeliczane.

2.3 Diagnoza dziecka

Dziecko zawsze przechodzi formalne, standaryzowane testy językowe, nawet jeśli nie ma obaw ani wątpliwości co do jego rozwoju w tym zakresie. Aby określić równowagę między Możliwościami a Wymaganiami, ważne jest, by ustalić, czy może występować niezgodność w postaci zmniejszonych Możliwości (słabszy rozwój mowy i języka) lub zwiększonych Wymagań (wyższy poziom rozwoju językowego lub nieharmonijny profil językowy). Aby zidentyfikować możliwą nierównowagę w umiejętnościach językowych, ocenie poddawane są zarówno rozumienie, jak i produkcja językowa na poziomie słów i zdań. Produkcję dźwięków mowy testuje się zarówno fonologicznie, jak i fonetycznie.

Jeśli wyniki nie będą przewidywalne (np. z powodu unikania, lęku przed porażką lub słabej współpracy ze strony dziecka), ten element zostanie przeanalizowany na późniejszym etapie terapii.

W odniesieniu do bardziej szczegółowych testów dotyczących jąkania, zalecamy:

- Skalę Oceny Motoryki Oralnej – Oral Motor Assessment Scale OMAS (Riley i Riley, 1985)
- KiddyCAT (Vanryckeghem i Brutten, 2007)
- SSI-4 (Riley, 2009)

Dodatkowe informacje są zbierane przez logopedę na podstawie wypowiedzi rodziców podczas wywiadu związanego z historią przypadku, dotyczących świadomości dziecka na temat jego jąkania. Może to obejmować zadawanie dziecku pytań lub obserwację jego reakcji na celowe jąkanie się logopedy. Ponadto, podczas krótkiej sesji próbnej, można zaobserwować reakcję dziecka na zmiany (wzrost lub spadek) presji komunikacyjnej.

2.4 Formularz podsumowujący diagnozę RESTART-DCM

W tym formularzu (zob. Załącznik 2) opisane są kluczowe informacje z historii przypadku, a także wyniki diagnozy. Formularz składa się z 3 części:

- **Część 1** zawiera kluczowe informacje uzyskane z ogólnego wywiadu oraz istotne dane z punktu widzenia medycznego. Zawarte jest również podsumowanie informacji dotyczących jąkania, wynikających z historii przypadku.
- **Część 2** zawiera przegląd danych diagnostycznych. Najpierw przedstawione są dane dotyczące jąkania: zawarte są zarówno opisy jakościowe, jak i ilościowe; typy jąkania, zachowania wtórne, wyniki SSI-4 (Riley 2009) oraz oceny obciążenia. Następnie przedstawione są dane diagnostyczne dotyczące Wymagań i Możliwości w obrębie czterech obszarów. Przy opisywaniu tych danych pomocne jest zachowanie następującej kolejności:
    - Najpierw w sekcji Możliwości zapisuje się dane pochodzące z diagnozy dziecka.
    - Następnie wypełnia się informacje uzyskane z analizy sesji interakcji rodzic--dziecko w odniesieniu do odpowiadającego Wymagania (pokazanego w lewej kolumnie formularza interakcji rodzic-dziecko). Wpisuje się również odpowiednie informacje pochodzące z dodatkowych kwestionariuszy, przeznaczonych dla rodziców/nauczycieli.
    - Następnie, przed przejściem do części trzeciej formularza (cele terapii), formułowane są hipotezy dotyczące obszarów presji komunikacyjnej, które stanowią podstawę planu terapeutycznego. W tym celu analizujemy ocenione Możliwości dziecka w świetle odpowiadających im zewnętrznych Wymagań. Uwaga: wewnętrzne Wymagania będą omawiane później, w Fazie 2. Oto kilka przykładów:
        - Dziecko z wysokim wynikiem w testach oceniających ekspresyjne umiejętności językowe. Zapisuje się to w następujący sposób: silne umiejętności językowe ekspresyjne przypisuje się jako Możliwość w obszarze językowym. Jednocześnie silne ekspresyjne umiejętności językowe traktowane są jako (wewnętrzne) Wymagania motoryczne, ponieważ dłuższe wypowiedzi wymagają większego planowania motorycznego i są zwykle wypowiadane szybciej. Używanie dłuższych zdań zatem zwiększa Wymaganie wobec Możliwości motorycznych dziecka. Językowy wkład rodziców zaobserwowany podczas interakcji rodzic-dziecko u dziecka z rozwiniętymi umiejętnościami ekspresyjnymi również często charakteryzuje się złożonym językiem. Na formularzu zbiorczym zapisuje się to jako (zewnętrzne) Wymaganie w obszarze językowym. Nawet jeśli złożony język rodzica nie zostanie zaobserwowany podczas interakcji, to i tak odnotowuje się to jako możliwy obszar wymagający uwagi, ponieważ rodzice narażają dziecko na kontakt z językiem i (nieświadomie) stymulują rozwój językowy.
        - Sytuacja odwrotna: dziecko z niskimi wynikami w testach ekspresyjnych umiejętności językowych. Zapisuje się to jako słabe Możliwości ekspresyjne w Obszarze Językowym. Językowy wkład rodziców odpowiedni do wieku dziecka jest wtedy odnotowany jako silne zewnętrzne Wymaganie w Obszarze Językowym, ponieważ musi być on zestawiony ze słabszymi Możliwościami językowymi dziecka. Te przykłady ilustrują brak równowagi na dwóch

poziomach: 1. w obrębie samego dziecka, między rozumieniem a ekspresją językową, 2. między zdolnościami językowymi dziecka a wkładem językowym ze strony otoczenia.

- Dziecko o silnych reakcjach emocjonalnych („temperamentne dziecko"), które np. pozostaje w stanie radości, złości, strachu lub smutku przez dłuższy czas. Zapisuje się to jako słabsza Możliwość w Obszarze Emocjonalnym (niewystarczająca zdolność do regulacji emocjonalnej). Następnie badane są odpowiadające zewnętrzne Wymagania: czy otoczenie reaguje w sposób, który łagodzi wystąpienie tej intensywnej emocji (bez tłumienia jej przez dziecko)? Jeśli nie, oznacza to podwyższone zewnętrzne Wymaganie w Obszarze Emocjonalnym, które następnie zaznaczane jest w odpowiedniej kolumnie.

— W **Części 3** formułowane są cele terapii, oparte na hipotezach dotyczących presji komunikacyjnej spowodowanej Wymaganiami i Możliwościami. Wszystkie uwagi zapisane w poszczególnych obszarach stanowią wskazówki dla terapii.

3 Pierwsze spotkanie z rodzicami

Po zakończeniu diagnozy i wypełnieniu formularza podsumowującego wyniki diagnozy, odbywa się spotkanie z rodzicami (bez obecności dziecka). Jego cele to:

a. Przekazanie ustnej i pisemnej informacji na temat jąkania (zobacz Załącznik 3).
b. Przedstawienie wyników diagnozy.
c. Wprowadzenie piętnastominutowego Czasu Specjalnego dla rodzica i dziecka.
d. Wprowadzenie dziennika.

ad a. Celem jest doprowadzenie do sytuacji, w której rodzice zdadzą sobie sprawę, że jąkanie wynika zarówno z czynników dziedzicznych/wrodzonych, jak i rozwojowych. Z tego powodu dziecko obecnie ma ograniczone lub niezrównoważone Możliwości, co prowadzi do rozwoju zachowań związanych z jąkaniem. Zwykle całkowicie normalne Wymagania dotyczące komunikacji mogą być po prostu poza obecnymi Możliwościami danego dziecka. Mając to na uwadze, rodzice są proszeni, aby przy wsparciu terapii znacząco ograniczyli presję komunikacyjną, w celu poprawy równowagi między Wymaganiami stawianymi dziecku (przez otoczenie lub samego siebie) a jego Możliwościami. Dopiero wtedy możliwe będzie wzmocnienie Możliwości dziecka. Zasadniczo umożliwia to osiągnięcie pozytywnej równowagi, w której Możliwości przewyższają Wymagania (są silniejsze). W wyniku tej korzystnej równowagi u średnio 75% dzieci jąkanie zostanie zmniejszone. W pewnym stopniu jąkanie utrzymuje się u około ¼ dzieci. U wszystkich dzieci celem osiągnięcia równowagi między Możliwościami a Wymaganiami jest umożliwienie dziecku swobodnej i pewnej komunikacji (jąkając się lub nie). Stopień zmniejszenia jąkania jest kwestią drugorzędną.

ad b. Podczas rozmowy z rodzicami, za pomocą wizualizacji modelu DC przedstawiane są wyniki diagnozy, a następnie szczegółowo wyjaśniane (zobacz Załącznik 4). Podsumowuje się główne wnioski, a rodzice otrzymują ilustracyjne przykłady (aby uniknąć przeładowania ich informacjami). Pokazanie rodzicom niskiego wyniku dziecka w skali OMAS (obniżone Możliwości motoryki mowy) może np. ułatwić im zrozumienie, dlaczego wolniejsze tempo mówienia w otoczeniu może być korzystne.

Wyjaśnienie modelu DC, szczególnie w odniesieniu do dziecka, stanowi podstawę współpracy z rodzicem. Rodzic, który potrafi stworzyć środowisko sprzyjające łatwej i skutecznej komunikacji, wspiera rozwój dziecka, postrzegając to jako pozytywny krok naprzód, a nie jako naprawę wcześniejszych błędów. Taki rodzic zazwyczaj uczestniczy w terapii w sposób aktywny i konstruktywny. W trakcie terapii mogą być dostarczane dodatkowe informacje w odniesieniu do poszczególnych obszarów – w momencie, gdy dany obszar będzie poruszany. Ważne jest, aby przez całą terapię regularnie sprawdzać, czy rodzice nadal wykonują ćwiczenia zaczerpnięte z modelu DC. Warto więc wracać do tego tematu w trakcie terapii, nawet po początkowym wywiadzie z rodzicami.

ad c. Rodzicom wyjaśnia się, na czym polega piętnastominutowy Czas Specjalny rodzic--dziecko. Chodzi o to, aby rodzic codziennie, przez *co najmniej* pięć dni w tygodniu, poświęcił dziecku 15 minut, spędzając z nim ten czas sam na sam, poświęcając mu swoją pełną uwagę. To pierwsze zadanie do wykonania w domu: ustalenie Czasu Specjalnego na nadchodzący tydzień. Czas Specjalny to moment, w którym rodzic ćwiczy z dzieckiem ustalone wcześniej Możliwości w celu zmniejszenia Wymagań. W fazie II terapii ten czas jest wykorzystywany na ćwiczenia zorientowane na rozwój Możliwości dziecka.

ad d. Rodzic zostaje poproszony o rozpoczęcie prowadzenia dziennika, w którym zapisywane będą szczegóły dotyczące Czasu Specjalnego. Logopeda i rodzic zobowiązują się również notować informacje podczas sesji terapeutycznych. W pierwszym tygodniu rodzic zapisuje wyłącznie czas, długość oraz przedmioty do zabawy, użyte podczas Czasu Specjalnego. Począwszy od pierwszej sesji (w której bierze udział także dziecko), zarówno logopeda jak i rodzic będą notować szczegóły związane z przebiegiem tychże spotkań. Od momentu wdrożenia zmian w sposobie komunikowania się z dzieckiem, rodzic zostanie zobligowany, by zapisywać, którą konkretnie zmianę wprowadził i jaki był jej rezultat. Następnie rodzice przestaną zapisywać szczegóły każdego Czasu Specjalnego, a w zamian podejmą się przygotowywania ogólnego opisu ćwiczeń przeprowadzonych w minionym tygodniu. W takiej relacji muszą zostać uwzględnione reakcje rodzica i dziecka na zmienione zachowanie osoby dorosłej. Istotne mogą się również okazać wszelkiego rodzaju pytania i obserwacje.

W dzienniku rodzic może śledzić nasilenie i natężenie jąkania, używając np. 8-punktowej skali Yairi i Ambrose (Yairi i Ambrose, 1999) lub 10-punktowej skali stosowanej w Programie Lidcombe (Onslow i in., 2020). W niektórych przypadkach rodzice zaczynają od codziennego zapisywania wyników, ale później wystarczy zapisać typowy wynik za cały miniony tydzień (ewentualnie z najwyższym wynikiem na przestrzeni całego tygodnia). Rodzice, którzy zbytnio koncentrują się na jąkaniu dziecka, mogą zostać poproszeni o codzienne wymienienie pięciu przykładów łatwej komunikacji u dziecka (z jąkaniem lub bez). W ten sposób można skierować uwagę z powrotem na łatwą komunikację, zamiast na jąkanie. Praktycznie w każdym przypadku rodzice odkryją, że w większości sytuacji jąkanie dziecka ma mniejszy wpływ na komunikację niż początkowo sądzili.

4 Terapia metodą RESTART-DCM

4.1 Ogólne Aspekty

Wszystko zaczyna się od trzech czynników – dobrej współpracy między terapeutą a rodzicami, ustalenia nadrzędnego celu terapii oraz postawy logopedy. Ta postawa mówi: *praktykuj to, co głosisz*: w każdej sesji, każdym zdaniu, każdym spojrzeniu. „Jąkanie jest w porządku, to twój sposób mówienia." Dzięki temu przesłaniu pomagamy dzieciom i ich rodzinom znaleźć równowagę między Możliwościami a Wymaganiami. To niemal zawsze pomaga złagodzić objawy jąkania. Efekt będzie bardziej widoczny u niektórych dzieci w porównaniu do innych.

Dwa etapy terapii, złożone z czterech obszarów, które stanowią całokształt podejścia RESTART-DCM, zostały opisane powyżej (patrz 1.2 Ogólny przegląd metody RESTART-DCM). Na początku rodzice i dziecko będą uczestniczyć w sesjach terapeutycznych trwających 45-60 minut tygodniowo. Częstotliwość sesji może się zmieniać w trakcie terapii, w zależności od postępów. W fazie utrzymania długość sesji zazwyczaj zostaje skrócona do pół godziny. Zasadniczo, po czterech sesjach z rodzicami i dzieckiem, odbywa się kolejny wywiad z rodzicami, w którym dziecko nie bierze już udziału. Na sesję zaprasza się oboje rodziców. Ta sesja daje możliwość omówienia tematów związanych z jąkaniem dziecka, które najlepiej poruszać pod nieobecność dziecka. Powstaje również przestrzeń na to, aby rodzice mogli wyrazić trudne emocje, które przeżywają, porozmawiać o poczuciu winy lub wyrazić ciężar odpowiedzialności, jaki odczuwają w związku z próbą wyeliminowania jąkania. Inny częsty temat rozmowy dotyczy roli każdego z rodziców oraz sposobu, w jaki może on/ona uczestniczyć w terapii. Ponadto pojawiają się kwestie wychowawcze, oczywiście o ile mają one wpływ na jąkanie. Sesje tylko z rodzicami są zaplanowane tak długo, jak jest to wskazane/konieczne.

4.2 Schemat sesji terapeutycznej

Każda sesja odbywa się według stałego schematu:

- Logopeda *modeluje* zmodyfikowane zachowanie językowe podczas zabawy z dzieckiem; rodzic obserwuje i zapisuje swoje spostrzeżenia w dzienniku.
- Rodzic próbuje zastosować zachowanie modelowane przez logopedę podczas zabawy z dzieckiem.
- Logopeda i rodzic krótko omawiają próbę rodzica.
- Logopeda wspólnie z rodzicem formułuje plan zastosowania zmodyfikowanego zachowania w nadchodzącym tygodniu (w domu).
- Logopeda prosi rodzica o podsumowanie terapii, którą będzie realizować w nadchodzącym tygodniu.

- Na końcu pozostaje czas na pytania, dalsze dyskusje, rozwiązywanie problemów dotyczących wdrażania sesji treningowych w warunkach domowych.
- Logopeda (od czasu do czasu wspólnie z rodzicem) ocenia, czy cel terapii jest dla rodziców jasny, czy (i w jaki sposób) podejmowane działania przyczyniają się do jego osiągnięcia oraz czy logopeda i rodzice są wystarczająco zgodni w kwestii przebiegu terapii.

Od drugiej sesji (z udziałem dziecka) każde spotkanie *rozpoczyna się* od:

- Zaprezentowania przez rodzica (podczas zabawy z dzieckiem), jak ćwiczono poszczególne aspekty terapii w ciągu ostatniego tygodnia.
- Gdy dziecko może kontynuować zabawę, logopeda i rodzic omawiają dziennik, elementy terapii z poprzedniego tygodnia oraz demonstrację na początku sesji.

Jak wynika z powyższych informacji, rodzic uczy się zmodyfikowanych zachowań w trakcie mówienia, trenując i ćwicząc je razem z logopedą podczas sesji terapeutycznych. Ponownie podkreślamy, że *program terapii RESTART nigdy nie polega wyłącznie na udzielaniu porad*. Logopeda modeluje zmodyfikowane zachowanie komunikacyjne i ćwiczy je razem z rodzicem. Rodzic praktykuje nowe zachowanie w domu podczas Czasu Specjalnego. Rodzic jest proszony o rozpoczęcie takich ćwiczeń dopiero wtedy, gdy logopeda jest przekonany, że potrafi poprawnie stosować zmodyfikowane zachowanie językowe. Czasami potrzeba kilku sesji, aby nauczyć rodzica konkretnej modyfikacji zachowania komunikacyjnego.

4.3 Trzy poziomy praktyki: podczas sesji terapeutycznych, w trakcie Czasu Specjalnego oraz w codziennej komunikacji

Ostatecznym celem terapii jest wprowadzenie wyuczonych zmian zachowań do codziennej komunikacji. Jest to jednak proces, do którego dąży się stopniowo. Zmiana (zautomatyzowanych) nawyków językowych wymaga świadomego wysiłku. Dlatego pierwszym krokiem jest ćwiczenie zmodyfikowanego zachowania językowego – na przykład zmniejszenia tempa artykulacji podczas sesji terapeutycznych. To samo dotyczy Możliwości dziecka: najpierw są one ćwiczone w trakcie terapii, po czym rodzic sam będzie ćwiczyć zmodyfikowane zachowania językowe lub Możliwości dziecka podczas Czasu Specjalnego. Po opanowaniu zmodyfikowanego zachowania, rodzic zostaje poproszony o jego wdrożenie również w ciągu całego dnia, a nie tylko podczas Czasu Specjalnego. Na początek wybierana jest jedna stała, codzienna sytuacja, np. pora snu lub czas spędzany w łazience, a następnie stopniowo rozszerza się to o kolejne sytuacje.

W Fazie 1 terapii Czas Specjalny nadal pełni funkcję momentu przeznaczonego na ćwiczenie *nowego* sposobu modyfikacji zachowania. Wprowadzona niedawno zmiana zachowania jest *dodawana* do wcześniej wypracowanej modyfikacji. Po opanowaniu dodatkowego zachowania, rodzic zaczyna stosować je w trakcie komunikacji z dzieckiem w wybranych codziennych

sytuacjach – poza 15-minutowym Czasem Specjalnym. Dzięki temu Czas Specjalny zostaje przeznaczony na ćwiczenie kolejnego elementu. Ten element jest wybierany przez logopedę na podstawie specyficznych wskazań dotyczących dziecka i ponownie jest nauczany oraz ćwiczony jako kolejny uzupełniający *komponent*.

W Fazie 2 (polegającej na zwiększaniu Możliwości dziecka) Czas Specjalny zaczyna służyć do ćwiczenia umiejętności dziecka, podczas gdy rodzic stosuje w trakcie mówienia modyfikacje zachowań opanowane w fazie pierwszej. Umiejętności, które dziecko ćwiczy podczas Czasu Specjalnego w fazie drugiej, nie są od niego wymagane w codziennym życiu, ponieważ stanowiłoby to zbyt duże Wymaganie. Zakłada się, że dziecko automatycznie zacznie stosować te umiejętności w życiu codziennym, gdy tylko je opanuje, np. krótko coś opowiadając lub poprawnie oczekując na swoją kolej w trakcie rozmowy.

Czasami logopeda może mieć wątpliwości odnośnie do sposobu, w jaki rodzic wdraża terapię w codziennym życiu. Dobrym rozwiązaniem w takim przypadku jest poproszenie rodzica o regularne nagrywanie konkretnych sytuacji, w których następuje transfer tych umiejętności. Rodzic i logopeda mogą wspólnie oglądać te nagrania podczas sesji terapeutycznych. Konstruktywna informacja zwrotna od logopedy oraz omówienie tych sytuacji z perspektywy rozwiązywania problemów, mogą pomóc rodzicowi w skutecznym przenoszeniu zmodyfikowanego zachowania do codziennego życia.

5 Faza I: Redukowanie wymagań

Diagnoza może ujawnić więcej niż jeden objaw w różnych obszarach. Obszary te *zawsze omawiane są w ustalonej kolejności*, jak opisano poniżej. Terapia rozpoczyna się od pierwszego wskazania w Obszarze Motorycznym. Transfer umiejętności odbywa się zgodnie ze schematem opisanym wcześniej.

Możliwe jest, że osiągnięcie jednej zmodyfikowanej formy zachowania spowoduje samoistne ustąpienie innego objawu. Na przykład w niektórych przypadkach wskazanie dotyczące mówienia krótszymi zdaniami (bardziej dostosowanymi do poziomu umiejętności gramatycznych dziecka) jest realizowane spontanicznie, tj. gdy rodzic redukuje tempo swojej artykulacji. Wolniejsze tempo mowy prowadzi do stosowania krótszych zdań. Może się również zdarzyć, że terapia nie będzie już konieczna, na przykład po zredukowaniu Wymagań jedynie w obszarach Motorycznym i Językowym. Te modyfikacje mogą spowodować całkowite ustąpienie jąkania, a to sprawia, że dalsza terapia nie jest już potrzebna (patrz: rozdział 7, Zakończenie terapii).

Tylko te Wymagania, które są istotne dla danego rodzica i dziecka, podlegają terapii. Logopeda przekłada wszystkie wskazania terapeutyczne (w miarę możliwości) na konkretne ćwiczenia – tak, aby umożliwić rodzicowi zdobycie praktycznego doświadczenia z każdym zmodyfikowanym zachowaniem. Prośba, by rodzic powstrzymał się od pewnych działań i/lub ćwiczenie z rodzicami ograniczania określonych zachowań, przynosi zazwyczaj niewielki efekt (np. „proszę nie zadawać pytań”). Bardziej produktywne jest modelowanie alternatywnego zachowania (np. „używaj stwierdzeń zamiast pytań”).

5.1 Zmniejszanie Wymagań Motorycznych

TYPOWE WSKAZANIA:

- Rodzic artykułuje szybciej niż dziecko w płynnych zdaniach.
- Dziecko artykułuje stosunkowo szybko (> 3,5 sylaby na sekundę).
- Rodzic i/lub dziecko używają krótkiego czasu interakcji lub przerywają sobie nawzajem.
- Rodzina prowadzi nieustannie szybkie tempo życia i działa w pośpiechu.
- Rodzina zwyczajowo mówi w szybkim tempie w momentach, gdy brakuje czasu.

(Odniesienie m.in. do analizy interakcji wideo, rozdział 2c, d, 4c i 5.)

CEL:

Zmniejszenie presji czasu i tempa mówienia ma na celu ograniczenie ryzyka, że planowanie i realizacja wypowiedzi przez dziecko przekroczy w danym momencie zakres jego Możliwości.

MOŻLIWE ZMIANY W ZACHOWANIU RODZICA:

- Mówienie w spokojny, zrelaksowany sposób, z płynnymi ruchami artykulacyjnymi, w naturalnym tempie podczas rozmowy z dzieckiem. Zasada pomocna w znalezieniu odpowiedniego tempa jest następująca: tempo artykulacji dziecka podczas płynnych wypowiedzi, które przebiegają swobodnie, w przypadku małego dziecka rzadko przekracza 3,5 sylaby na sekundę. Jeśli dziecko nie tworzy płynnych i swobodnych wypowiedzi i mówi w stosunkowo szybkim tempie, rodzic musi nauczyć się mówić wolniej, tworząc wewnętrzny wzorzec wolniejszego tempa artykulacji. Może to wymagać sporej praktyki. Niektóre dzieci nieświadomie zwalniają tempo mowy, gdy rodzic mówi wolniej, podczas gdy inne dzieci kontynuują mówienie w swoim normalnym tempie. Jednakże nawet w takich przypadkach mogą odczuwać większy spokój podczas mówienia. Obniżenie tempa artykulacji dziecka nie jest celem! Uwaga: Dla uproszczenia, w rozmowach z rodzicami mowa jest o tempie mowy, a nie o tempie artykulacyjnym.
- Wprowadzenie dłuższego czasu reakcji (około 1-2 sekundy) oraz zdecydowane **unikanie** nakładania się wypowiedzi podczas zabierania głosu.
- Zapewnienie dziecku wystarczającej ilości czasu na opowiedzenie swojej historii. Jeśli aktualny moment nie sprzyja rozmowie, rodzic informuje dziecko, że to nie jest odpowiedni czas na opowiadanie i proponuje przełożenie rozmowy na później, gdy warunki będą bardziej sprzyjające.
- Reagowanie w sposób niewerbalny w celu wspierania spokojnej wymiany zdań, na przykład poprzez pokazanie gestu „stop", gdy dziecko przerywa. W takim momencie rodzic unika kontaktu wzrokowego z dzieckiem, jednocześnie utrzymując kontakt wzrokowy z osobą, która ma teraz przejąć głos.
- Utrzymywanie odpowiedniego kontaktu wzrokowego, zgodnego z normami kulturowymi i zwyczajami rodziny. Kontakt wzrokowy wspiera płynność rozmowy, ułatwiając spokojną wymianę zdań między osobami mówiącymi oraz zapobiega nakładaniu się wypowiedzi: pozwala dostrzec sytuacje, w których rozmówca kończy mówić lub wciąż mówi i ma coś do dodania.
- Monitorowanie ogólnego tempa życia w rodzinie (spokojne przejścia między kolejnymi czynnościami, wystarczająca ilość „pustego" czasu). W przypadku presji czasowej lub szybkiego tempa życia, rodzic uczy się mówić krótkimi i spokojnymi zdaniami oraz odkładać rozmowy/dyskusje na bardziej odpowiedni moment.

5.2 Zmniejszanie Wymagań Językowych

TYPOWE WSKAZANIA:

- Dziecko rozwija się językowo na wyższym poziomie.
- Dziecko niemal wcale nie stosuje (naturalnych) przerw podczas opowiadania historii.
- Rodzic zadaje stosunkowo dużo pytań.
- Liczba zdań wypowiadanych przez rodzica jest raczej niska.
- Liczba wypowiedzi rodzica na jedną „turę" w rozmowie jest znacznie wyższa niż liczba wypowiedzi dziecka.
- Język rodzica jest znacznie bardziej złożony (zdania złożone, trudniejsze słowa, długie zdania, zdania odwrócone lub w stronie biernej), co jest nieodpowiednie do wieku rozwojowego dziecka.
- Rodzic często zmienia temat rozmowy.

(Odniesienie m.in. do analizy interakcji wideo w rozdziałach 1a, b, 2a, b oraz 4a, d, e.)

CEL:

Dostosowanie języka rodzica do poziomu i profilu językowego dziecka. Unikanie nadmiernej stymulacji rozwoju językowego. Zmniejszenie (nadmiernych) wymagań w zakresie przetwarzania i ekspresji językowej.

MOŻLIWE ZMIANY W ZACHOWANIU RODZICA:

- Używanie głównie stwierdzeń (zamiast pytań) i słów odpowiednich pod względem długości i złożoności do wieku rozwojowego i profilu językowego dziecka (zgodnie z diagnozą logopedy).
- Zapewnienie równowagi między *liczbą wypowiedzi* rodzica a liczbą wypowiedzi dziecka *w jednej rozmowie*.
- W miarę możliwości, podążanie za inicjatywą dziecka z uwagą i z użyciem wspierającego języka.
- Zadawanie głównie pytań wymuszających wybór (lub pytań zamkniętych) zamiast pytań otwartych – szczególnie, jeśli dziecko ma tendencję do jąkania się w odpowiedzi na pytania otwarte.
- Częste przekształcanie wypowiedzi dziecka w formie stwierdzenia, czasami z dodaniem odpowiedniego komentarza (Dziecko: „Chcę pogłaskać psa." Rodzic: „O tak, pogłaszcz psa. Lubisz psa."). Rodzic powinien zawsze starać się poprawiać wypowiedź dziecka (jeśli jest ona niepoprawna gramatycznie) w sposób spokojny i neutralny, bez wyraźnego korygowania go, np.: „Wybierałam dziewczynkę." „Tak, wybrałaś dziewczynkę."
- Unikanie bezpośredniego proszenia dziecka o powtórzenie zdania, którego jeszcze nie potrafi poprawnie wymówić.
- Zademonstrowanie, że nie zawsze trzeba wiedzieć, jak nazwać coś poprawnie i opisywanie danej rzeczy (np. „Rodzaj konia w paski"), aby dziecko nie czuło presji w znalezieniu właściwego słowa szybko i poprawnie.
- Poświęcanie kilku zdań na przekazanie tej samej informacji w rozmowie (tzw. „redundancja leksykalna"). Dziecko spotyka się z tym samym słowem w różnych kontekstach, co sprzyja zapamiętywaniu zarówno jego formy, jak i treści. Zmniejsza

to również ilość informacji w rozmowie, a tym samym redukuje wymagania pod względem zdolności przetwarzania informacji przez dziecko. Podobne zasady stosuje się w odniesieniu do struktury zdań (tzw. „redundancja gramatyczna"). Świadome wprowadzanie minimalnych zmian w wypowiedzi wymaga mniej przetwarzania ze strony dziecka. Dodatkowo, dziecku łatwiej jest naśladować powtarzającą się strukturę. Uwaga: Dziecko wielokrotnie otrzymuje informacje werbalne w nieznacznie zmienionej formie, **bez oczekiwania**, że samo będzie je powtarzało.

- Rozpoznanie potrzeby „mówienia mniej" w określonych sytuacjach. W dni, kiedy jąkanie występuje (wyraźnie) częściej niż zwykle, można poszukać aktywności, które wymagają mniej mówienia, takich jak: gry ruchowe, układanki, kolorowanie, zabawa plasteliną, jazda na rowerze, cięcie nożyczkami, słuchanie muzyki – bez wywoływania u dziecka wrażenia, że powinno mówić mniej. W ten sposób rodzic uczy się, że uwaga i mówienie (rozmowa) nie muszą być ze sobą nierozerwalnie związane.
- Jeśli dziecko nie robi naturalnych pauz, rodzic może pokazać znak „stop" i podsumować w 2-3 słowach to, co usłyszał, zanim da dziecku możliwość kontynuowania wypowiedzi.

5.3 Zmniejszanie Wymagań Emocjonalnych

TYPOWE WSKAZANIA:

- Związek między nasileniem jąkania dziecka a silnymi emocjami.
- Dziecko ogólnie obawia się popełniania błędów lub reaguje w sposób wrażliwy na swoje jąkanie.
- Interakcja rodzic-dziecko charakteryzuje się ogólnie wysokim stopniem emocjonalności. To powoduje pobudzenie/napięcie u dziecka.
- Reakcje rodzica na komunikację dziecka wydają się niespokojne, pełne stresu, lęku, zmartwienia itp.; jest to odzwierciedlone w zachowaniu dziecka.
- Reakcja rodzica (otoczenia) na zachowanie dziecka jest źle dopasowana do jego temperamentu (*słabe dopasowanie*).
- Rodzice unikają rozmów z dzieckiem na temat jąkania, mimo że wszyscy o tym wiedzą i są świadomi, że powoduje to u niego problemy (*zmowa milczenia*).

(Odniesienie m.in. do analizy interakcji wideo w rozdziałach 1c, 3, 4b, f, 6a, b, c, d.)

CEL:

Rodzic pokazuje, że słyszy dziecko i je dostrzega. W słowach i czynach wyraża akceptację dziecka i jego mowy. Tworzy spokojną bazę emocjonalną, redukując momenty presji komunikacyjnej u dziecka. Nie wszystkie aspekty można przełożyć na ćwiczenia, niektóre będą głównie omawiane podczas sesji z rodzicem. Niemniej jednak logopeda będzie starał się stosować modelowanie, ćwiczenia i trening umiejętności w trakcie sesji.

MOŻLIWE ZMIANY W ZACHOWANIU RODZICA:

- Nauka zachowywania spokoju (prewencyjnie) oraz kontrolowania własnych intensywnych emocji w obecności dziecka.
- Zapewnienie struktury, a tym samym bezpieczeństwa i przewidywalności. Wiele dzieci w wieku przedszkolnym uspokaja się dzięki rutynie i przewidywalności (na przykład regularność posiłków). Rodzice mogą zobrazować plan tygodnia na schematach z piktogramami. Ważne wydarzenia, takie jak przyjęcie urodzinowe, mogą być zaznaczone na schemacie. W ten sposób częstotliwość i moment, kiedy coś się wydarzy, są wyraźnie ustalone i widoczne, przez co zapewnione jest spokojniejsze środowisko.
- Zrozumienie i uznanie temperamentu dziecka oraz dostosowanie reakcji rodzica do potrzeb dziecka. Rodzic dąży do osiągnięcia „dobrego dopasowania", ucząc się doceniać dziecko takim, jakim jest, zamiast reagować na to, co robi.
- Łagodzenie silnych emocji dziecka poprzez naukę reagowania w dwóch krokach (patrz Załącznik 5: Komunikacja z obniżonymi Wymaganiami Emocjonalnymi: dwa kroki). Silna emocja dziecka często zostaje szybciej uregulowana, jeśli jest werbalizowana w odpowiednim, spokojnym tonie głosu, aby dać dziecku trochę przestrzeni (pierwszy krok). Następnie, werbalizowanie tej emocji w formie stwierdzenia potwierdza silne (negatywne) emocje dziecka. Kolejnym krokiem jest przywrócenie zwykłej rutyny poprzez spokojne zachowanie (drugi krok).
- Jeśli dziecko pozostaje w swoim stanie emocjonalnym, np. w złości, rodzic może spokojnym, neutralnym głosem powiedzieć: „Musisz pójść do swojego pokoju, gdzie możesz złościć się, ile chcesz". Ważne jest, aby dziecko nie poczuło, że wysyłane jest do pokoju w celu ukarania go za wyrażenie złości. Wysłanie dziecka do pokoju zapobiega jednak potęgowaniu złości przez uwagę, jaką mogłoby otrzymać w danej sytuacji społecznej.
- Powstrzymywanie się od udzielania rad dotyczących sposobu mówienia dziecka. Choć takie porady zazwyczaj mają dobre intencje, mogą prowadzić do tego, że dziecko zareaguje na swoje jąkanie z większym napięciem.
- Jeśli dziecko reaguje negatywnie na swoje jąkanie (np. strachem, frustracją, złością, bezradnością) lub wyraźnie zmaga się z mówieniem, rodzic powinien odpowiedzieć spokojnie, w sposób wspierający i neutralny, bez oceniania, np. „Twoje usta się zatrzymały" lub „Mówienie czasami bywa trudne, to się zdarza każdemu". Taki sposób reakcji pozwala dziecku poczuć, że jej/jego jąkanie jest akceptowane, tworząc przyjazne i bezpieczne środowisko.
- Modelowanie, jak spokojnie radzić sobie z popełnianiem błędów („To się zdarza") – tak, aby dziecko nie wywierało na sobie nadmiernej presji w przypadku pomyłek. Ważne jest unikanie traktowania jąkania w kategoriach błędu.
- Od czasu do czasu rodzic może swobodnie używać tych samych dźwięków, które dziecko wypowiada w trakcie jąkania, aby zmniejszyć jego wrażliwość na tę kwestię. To ćwiczenie może być trudne do zrozumienia dla rodziców, szczególnie jeśli sami mają duże obawy związane z jąkaniem. Dlatego warto wcześniej omówić z rodzicami cel tej zmiany zachowania i przećwiczyć ją podczas sesji, w której dziecko nie bierze udziału.

5.4 Zmniejszanie Wymagań Poznawczych

TYPOWE WSKAZANIA:

- Dziecko chce „wiedzieć wszystko" i zadaje coraz więcej pytań.
- Rodzic zadaje pytania o stosunkowo wysokim stopniu trudności poznawczej.
- Obserwowanie „wymuszającej formy komunikacji": „Powiedz temu i temu, co…", „Co mówisz?".
- Rodzic stosuje bardziej złożony poziom relacji językowo-poznawczych w rozmowie z dzieckiem, niż byłoby to adekwatne do jego etapu rozwoju.
- Rodzic regularnie wprowadza nowe tematy i/lub tematy wykraczające poza kontekst „tu i teraz".

(Odwołanie do analizy interakcji wideo, zobacz rozdziały 1d, 2a, b, 3, 4a, d, e oraz 6c.)

CEL:

Rodzic zwraca uwagę na nadmierne wymagania poznawcze stawiane dziecku i modyfikuje to zachowanie w razie potrzeby. Praktyka logopedyczna pokazuje, że nadmierne wymagania poznawcze często prowadzą do nasilenia jąkania.

MOŻLIWE ZMIANY W ZACHOWANIU RODZICA:

- Zadawanie jednego pytania naraz, którego złożoność jest dopasowana do wieku (rozwojowego) dziecka i danie mu wystarczająco dużo czasu na odpowiedź.
- Formułowanie pytania w sposób, który daje dziecku swobodę wyboru odpowiedzi: „Hmm, zastanawiam się, co dzieci mogły robić dzisiaj w szkole… Myślę, że malowały". Dziecko może kontynuować ten wątek komunikacyjny lub zdecydować się na inny.
- Unikanie „wymuszającej formy komunikacji" i zastępowanie jej stwierdzeniami. „Wymuszająca forma komunikacji" to rodzaj stosunkowo złożonego pytania, którego rodzice często nie rozpoznają jako takie, np. „Powiedz mamie, co robiłeś dzisiaj w szkole"; „Powiedz tacie, co powiedziałeś mi o małej dziewczynce z twojej klasy". Kiedy rodzic wypowiada się w formie stwierdzeń i robi długie pauzy, presja komunikacyjna jest znacznie mniejsza. Na przykład mama może zacząć: „Josie opowiedziała mi o czymś fajnym, co robiła dzisiaj w szkole, tato…". Jeśli po tym nastąpi długa pauza, dziecko może (ale nie musi) włączyć się do rozmowy. Rodzic może także kontynuować, dodając: „To było coś związanego z butelkami po farbach…". Stwarza tym samym przestrzeń dziecku do ponownego opowiedzenia historii lub do wycofania się.
- Podążanie za inicjatywą dziecka i poświęcanie mu pełnej uwagi, zamiast proponowania nowych tematów i oczekiwania, że dziecko skupi się na nich. W ten sposób rodzic pozostaje w zgodzie z dzieckiem i angażuje się w rozmowę na jego poziomie.
- Prowadzenie podczas zabawy rozmów z dzieckiem, połączone z czytaniem książek odpowiednich do poziomu rozwoju językowego i poznawczego dziecka. Dotyczy to również odpowiadania na pytania dziecka. Przedszkolak zazwyczaj potrzebuje znać jedynie ogólny zarys, a nie wszystkie szczegóły.

5.5 Przenoszenie Redukcji Wymagań w Fazie 1

W rozdziale 4.3 omówiono trzy poziomy praktyki w trakcie terapii. Rodzic uczy się obniżać Wymagania, początkowo podczas sesji terapeutycznych, następnie w trakcie Czasu Specjalnego, a ostatecznie w codziennej komunikacji. Proces ten jest stopniowy, ponieważ zmiana wymaga uwagi. Jeśli rodzic nauczył się obniżać Wymaganie podczas sesji terapeutycznej, na przykład mówiąc wolniej, początkowo *zastosuje* tę technikę podczas Czasu Specjalnego. Gdy zacznie to robić, rozpocznie również stopniowo redukować to Wymaganie w jednej stałej, codziennej sytuacji. Z rodzicem omawia się odpowiednią, pierwszą codzienną sytuację do wprowadzenia tej zmiany. Przykłady to: ubieranie dziecka rano, kładzenie go do łóżka, sytuacje w łazience, podczas drogi do szkoły, w trakcie podwieczorku lub innego posiłku. Liczba sytuacji, w których rodzic będzie stosował modyfikację jest stopniowo zwiększana. Kiedy *nowe* zmodyfikowane zachowanie jest ćwiczone podczas sesji terapeutycznej, jest ono także *dodawane* do zmiany opanowanej wcześniej w trakcie Czasu Specjalnego. Przykładem może być nauka wprowadzania odpowiedniego czasu na rozmowę podczas utrzymywania wolniejszego tempa wypowiedzi. W takim przypadku wolne tempo zostało już wdrożone w jednej (lub więcej) codziennej sytuacji, jednak wprowadzanie odpowiedniego czasu na interakcję nie zostało jeszcze w pełni opanowane. Jego wdrożenie jest najpierw ćwiczone podczas Czasu Specjalnego, kiedy to rodzic może poświęcić pełną uwagę temu zagadnieniu.

Po opanowaniu nowego zachowania rodzic zacznie je również stosować w swoim sposobie rozmawiania z dzieckiem w codziennych sytuacjach – wybranych spośród tych, które nie należą do 15-minutowego Czasu Specjalnego. W tych codziennych sytuacjach rodzic będzie wykorzystywał zarówno wolniejsze tempo artykulacji, jak i odpowiedni czas na interakcję. Dzięki temu Czas Specjalny będzie mógł być przeznaczony na rozpoczęcie pracy nad nowym elementem. Ten element jest wybierany przez logopedę na podstawie indywidualnych potrzeb dziecka i jest ponownie nauczany oraz ćwiczony jako kolejny *komponent*. Przykładem może być bardziej równomierna liczba wypowiedzi w rozmowie.

6 Faza II: Zwiększanie Możliwości dziecka

Po osiągnięciu stopniowego zmniejszenia wszystkich istotnych Wymagań i utworzeniu Środowiska Wspierającego Możliwości (ang. Capacities Supporting Environment – CSE), w fazie II można skupić się na wzmacnianiu Możliwości dziecka. Faza II rozpoczyna się, jeśli nie osiągnięto optymalnej równowagi między Możliwościami dziecka a Wymaganiami środowiska lub gdy dziecko wciąż nie jest w stanie komunikować się swobodnie po zakończeniu fazy I. Celem fazy II pozostaje osiągnięcie swobodnej komunikacji (z występowaniem jąkania lub bez) i stanowi podstawę terapii: wszystkie ćwiczenia skupiają się na tym celu.

Uwaga: Środowisko Wspierające Możliwości (ŚWM) – końcowy produkt fazy I – pozostaje podstawą terapii w fazie II. Wszystkie ćwiczenia mające na celu zwiększenie zdolności dziecka są realizowane w ramach ŚWM. Logopeda nadal pełni rolę modelu dla rodziców. Ten aspekt pozostaje zatem *powtarzającym się komponentem* każdej sesji terapeutycznej, również w fazie II.

W Fazie II nie zmienia się ustalona kolejność, w jakiej omawiane są cztery obszary: Motoryczny, Językowy, Emocjonalny i Poznawczy. W fazie II nie ma jednak potrzeby, aby dany obszar został w pełni ukończony przed przejściem do kolejnego. Na przykład, może być konieczne, aby umiejętności motoryczne mowy były trenowane przez dłuższy czas. W takim przypadku mogą być one jedynie krótko omawiane podczas właściwej sesji terapeutycznej. Jednocześnie, obok tych ćwiczeń w obszarze Motorycznym, można rozpocząć wzmacnianie umiejętności językowych dziecka – jeśli zajdzie taka potrzeba. Można również rozpocząć pracę nad Możliwościami Emocjonalnymi, jednocześnie poświęcając część sesji na trenowanie nowych poziomów SMT[1] oraz (w razie potrzeby) na trening umiejętności językowych. W Fazie II, podobnie jak wcześniej, uwzględniane są wyłącznie te wskazania, które są specyficzne dla danego dziecka, dopóki nie zostanie osiągnięta optymalna równowaga.

Struktura sesji terapeutycznych w fazie II jest zasadniczo podobna do tej w fazie I: logopeda demonstruje ćwiczenie, a rodzic obserwuje i zapisuje uwagi w dzienniku. Następnie rodzic ma okazję przećwiczyć to zadanie pod okiem logopedy, który obserwuje i w razie potrzeby udziela konstruktywnej informacji zwrotnej. Po opanowaniu ćwiczenia przez rodzica, jest ono powtarzane w domu.

[1] Speech Motor Training (SMT; Riley & Riley, 1985; 1999) – przyp.red.

6.1 Zwiększanie Możliwości Motorycznych Dziecka

MOŻLIWOŚCI WSKAZANIA:

- Test OMAS (Riley i Riley, 1985) wykazał niedostateczne umiejętności motoryczne mowy. Wyniki z Komputerowego Instrumentu Do Badania Artykulacji (Computer Articulation Instrument CAI, Maassen i in., 2019) potwierdzają te obserwacje.

CEL:

Poprawa planowania i realizacji ruchów artykulacyjnych, co przejawia się większą precyzją, płynnością i szybkością ruchów mownych.

METODA:

Umiejętności motoryczne mowy są rozwijane za pomocą treningu motoryki mowy (Speech Motor Training, SMT; Riley i Riley, 1985; 1999). Testy OMAS i SMT są dostępne na stronie RESTART-DCM przeznaczonej wyłącznie dla logopedów, którzy uczestniczyli w warsztatach. W momencie, gdy zarówno rodzic, jak i dziecko opanują prawidłowe wykonywanie ćwiczenia podczas sesji terapeutycznej, ćwiczenie to zaczyna być wykonywane w domu – dwa razy dziennie, przez 5 minut. W tej fazie Czas Specjalny jest opcjonalny.

6.2 Zwiększanie Możliwości Językowych Dziecka

MOŻLIWE WSKAZANIA NA PODSTAWIE DIAGNOZY I OBSERWACJI W FAZIE I:

- Opóźnienie lub zaburzenie rozwoju językowego – interwencja w ramach RESTART-DCM jest podejmowana wyłącznie wtedy, gdy trudności językowe utrudniają dziecku komunikację (np. otoczenie ma trudności ze zrozumieniem mowy dziecka).
- Brak równowagi w profilu językowym – istotna różnica w jednym lub dwóch obszarach językowych (rozumienie zdań, rozumienie słów, produkowanie zdań, produkowanie słów, artykulacja dźwięków) w porównaniu do pozostałych obszarów. W instrukcji do testu czasami wskazane jest, od którego momentu różnica staje się statystycznie istotna. Jeśli takich wskazówek brak, przyjmuje się różnicę wynoszącą 0,7 odchylenia standardowego (11 punktów ilorazu).
- Opóźnione przywoływanie słów lub struktur zdaniowych podczas spontanicznej wypowiedzi – opóźnione przywoływanie formy słowa może przejawiać się w zwykłych językowych niepłynnościach, takich jak: „para, para, parasol". Opóźnione przywoływanie całego słowa (leksykalno-semantyczne) może ujawniać się w teście (Renfrew, 1997) obserwacji spontanicznej wypowiedzi (długie, wypełnione pauzy przed słowem kluczowym) lub z opisów i uwag samego dziecka, np.: „Moja głowa wie, ale usta nie." Problemy z opóźnionym przywoływaniem lub planowaniem struktury gramatycznej mogą objawiać się poprzez długie (wypełnione) pauzy, powtórzenia słów (lub części zdań), poprawianie albo nieprawidłowe początki wypowiedzi.

- Problemy fonologiczne – są uwzględniane w ramach RESTART-DCM wyłącznie wtedy, gdy utrudniają dziecku możliwość komunikacji (np. gdy środowisko ma trudności ze zrozumieniem mowy dziecka).
- Dziecko niemal nie korzysta z naturalnych pauz (wyobrażonych kropek lub przecinków).

CEL:

Rozwijanie i osiąganie równowagi w zakresie umiejętności językowych, o ile mają one (lub wydają się mieć) wpływ na zachowania związane z jąkaniem. Nauczenie dziecka strategii radzenia sobie – w sytuacji, gdy mogą się one przyczynić do osiągnięcia optymalnej równowagi między Możliwościami a Wymaganiami.

METODA:

Umiejętności językowe będą ćwiczone w domu podczas tzw. Czasów Specjalnych minimum 5 dni w tygodniu. Należy zadbać o to, aby trening Możliwości Językowych nie prowadził do zwiększenia Wymagań. Zaleca się przećwiczenie danej umiejętności do momentu jej opanowania, zanim rozpocznie się pracę nad kolejnym aspektem.

Uwaga: Część Czasu Specjalnego (krótki, 5-minutowy blok) może być wykorzystana do kontynuowania treningu motoryki mowy (SMT).

- Eliminowanie ewentualnej nierównowagi w profilu językowym dziecka (np. stosunkowo słabe rozumienie słów) poprzez odpowiednią stymulację językową.
- Poprawa lub automatyzacja umiejętności produkcji zdań poprzez utrwalenie odpowiednich struktur zdaniowych w trakcie zabawy (TenT, Schlichting i De Koning, 1998; po angielsku: BEST, McKean, Pert i Stow, 2012).
- Poprawa przywoływania słów poprzez trening umiejętności wyszukiwania słownictwa (w tym ćwiczenie kategorii semantycznych i/lub naukę korzystania z podpowiedzi dźwiękowych), a także poprzez naukę strategii radzenia sobie, takich jak opisywanie (np. „to coś do…”).
- Wykorzystanie zabawy (np. rozmowa stojąc na światłach lub na przystanku autobusowym) do nauki robienia pauz w dłuższych zdaniach i opowiadania historii. W fazie I było to wspomagane przez rodzica (zmniejszenie Wymagań – Obszar Językowy). Jeśli dziecko nadal nie wprowadza pauz bez interwencji rodzica, będzie bezpośrednio uczone tej umiejętności.
- Poprawa umiejętności fonologicznych jest realizowana ostrożnie, ponieważ zbyt szybki rozwój tych umiejętności może prowadzić do utrzymującego się jąkania (Paden i in., 2002). Dlatego cel terapeutyczny w tym zakresie jest odkładany do momentu, gdy dziecko będzie w stanie wyrażać się swobodnie, bez utrudnienia wynikającego z jąkania, chyba że doświadcza ono trudności takich jak: frustracja, niezrozumienie lub problemy w nauce czytania. Odpowiednie metody to na przykład podejścia Hodson & Paden (Hodson & Paden, 1991) oraz Metaphon (Dean, Howell, Waters & Reid, 1991), które silnie akcentują trening wzrokowo-słuchowy oraz prowokowanie dźwięków w sprzyjających kontekstach. Bezpośrednia stymulacja produkcji dźwięku, na przykład poprzez „wydobywanie dźwięku” z nasilonym naciskiem artykulacyjnym, nie jest nigdy stosowana.

6.3 Zwiększanie Możliwości Emocjonalnych Dziecka

MOŻLIWE WSKAZANIA NA PODSTAWIE DIAGNOZY I OBSERWACJI W FAZIE I:

- Dziecko przejawia nadmierną wrażliwość na swoją mowę i/lub jąkanie.
- Dziecko ma wybuchowy/reaktywny temperament i niskie zdolności do samoregulacji emocjonalnej, co wiąże się z częstszym lub bardziej nasilonym jąkaniem.

CEL:

Dziecko rozwinie spokojne i zrelaksowane podejście do mówienia i jąkania; nauczy się rozpoznawać oraz regulować silne emocje lub odczucia, które podtrzymują jąkanie (poprzez prowokację lub wzmocnienie).

METODA:

Logopeda w miarę możliwości przekłada wyznaczone cele na konkretne ćwiczenia. Po wspólnym przećwiczeniu ich z dzieckiem podczas sesji, wprowadza czas na praktykę tych ćwiczeń z rodzicem. Niektóre z nich są powtarzane w ramach Czasu Specjalnego (co najmniej 5 razy w tygodniu), inne zaś służą jako narzędzia do wykorzystania w codziennych sytuacjach domowych.

Uwaga: Wprowadzanie zmian w obszarze emocjonalnym często wspierane jest modelowaniem myśli wypowiadanych na głos. Może to prowadzić do zatarcia granic między obszarem emocjonalnym a poznawczym. W takim przypadku przyporządkowanie danego aspektu do odpowiedniego obszaru zależy od głównego celu ćwiczenia (czy ma ono na celu modyfikację emocji, czy też aspektów poznawczych).

- Zmniejszanie wrażliwości na doświadczenie jąkania. Pomimo modelowania przez rodzica swobodnych i zrelaksowanych epizodów jąkania (redukcja Wymagań z obszaru emocjonalnego), dziecko wciąż odczuwa lęk lub frustrację związaną z mówieniem bądź jąkaniem. Proces zmniejszenia wrażliwości można podzielić na trzy etapy.
    1. Logopeda naśladuje jąkanie podobne do tego, które występuje u dziecka. Na początku logopeda używa tej samej intonacji i wyrazu twarzy, aby odzwierciedlić emocjonalną reakcję dziecka, jednak skupia się na swoich słowach. Na przykład: „Ojej, to było duża przerwa; moja buzia całkiem się zatrzymała.” Po krótkiej pauzie, ale w tej samej wypowiedzi, logopeda kontynuuje rozmowę na głos z samym sobą (znaną jako mowa wewnętrzna na głos – ang. self-talk) aby przekierować uwagę i zneutralizować negatywne emocje. Logopeda może powiedzieć: „Ale super, że nie przestałam mówić, bo teraz wszyscy wiedzą, co chciałam powiedzieć.” Dziecko przez cały czas może spokojnie obserwować logopedę, nie czując obciążenia swoimi własnymi emocjami.
    2. W późniejszym momencie sesji można spokojnym głosem skomentować jąkanie dziecka: „Oj, teraz twoje usta się trochę zacięły – tak samo jak moje przed chwilą. No cóż, mówienie bywa czasem trudne.” Stopniowo, jeśli to konieczne, terapia może zmierzać w kierunku:
    3. Gry, w której logopeda (i/lub rodzic) oraz dziecko celowo wprowadzają jąkanie podczas mówienia, wzmacniając neutralne i tolerancyjne podejście do

jąkania. To wprowadza koncept Poznawczy „jąkanie jest w porządku” na poziomie tego obszaru.

- W trakcie Fazy I rodzice nauczyli się, jak powstrzymywać i łagodzić silne emocje u dziecka (patrz m.in. Załącznik 5). W Fazie II kładzie się nacisk na naukę umiejętności samodzielnego regulowania emocji przez dziecko. Stosujemy następujący stopniowy proces:
    1. Dziecko uczy się, czym są emocje i jak o nich mówić. Istnieje wiele materiałów terapeutycznych, jak również liczne książeczki obrazkowe, które mogą posłużyć jako wstęp do tego tematu.
    2. Dziecko uczy się rozpoznawać i werbalizować emocje – najpierw emocje innych osób (logopedy, rodziców, brata, siostry...), a dopiero potem swoje własne. Bezpośrednio po opanowaniu tego etapu dziecko jest gotowe, aby przejść do kroku 3.
    3. Dziecko uczy się, jak łagodzić emocje, które są zbyt intensywne. W praktyce chodzi zazwyczaj o naukę radzenia sobie z frustracją i złością. Możliwe opcje:
        a Zwrócenie dziecku uwagi na umiejętność, którą może już opanować. Na przykład logopeda mówi: „Ej, mamo, widziałaś to? Marek nie poradził sobie z zawiązaniem sznurówki, ale wcale się nie zdenerwował. Podszedł do taty i poprosił o pomoc. To było sprytne z jego strony, że pomyślał o nowym rozwiązaniu, gdy coś mu nie wychodziło. Dzięki temu nie musiał się denerwować.” Ważne jest, aby nie było to skierowane bezpośrednio do dziecka – ma ono przestrzeń, by samodzielnie przetworzyć tę obserwację na temat regulacji emocji, bez nacisku.
        b Logopeda może również (podobnie jak w przypadku pracy nad emocjami związanymi z jąkaniem) zaprezentować negatywną emocję w taki sam sposób, w jaki odczuwa ją dziecko, a następnie użyć rozmowy z samym sobą (self-talk), aby pokazać, jak uwolnić się od tej emocji.
    4. Na ostatnim etapie logopeda inicjuje sytuacje w trakcie sesji, które mają na celu wywołanie konkretnej emocji u dziecka. Następnie pomaga mu przejść przez kolejne kroki, aby odpowiednio zareagować na daną emocję i ją wyregulować.

6.4 Zwiększanie Możliwości Poznawczych Dziecka

WSKAZANIA:

- Dziecko wykazuje niewłaściwe zachowanie związane z zabieraniem głosu, pomimo wskazówek udzielonych przez rodzica (Faza I).
- Dziecko sprawia wrażenie perfekcjonisty, ogólnie lub w odniesieniu do swojej mowy/jąkania.
- Dziecko wykazuje niską świadomość metajęzykową.

CEL:

Uczenie się pojęć odpowiednich do wieku, które mogą wspierać swobodną i beztroską – a co za tym idzie, mniej stresującą – komunikację.

METODA:

Gdy rodzic w wystarczającym stopniu opanuje dane ćwiczenie, należy je praktykować indywidualnie z dzieckiem podczas Czasu Specjalnego w domu, minimum 5 dni w tygodniu. Można to robić w połączeniu z ćwiczeniami z innych obszarów.

- Nauka zasad zabierania głosu/zasad rozmowy (Conture, 2001):
  - Słuchaj, gdy inni mówią (otwarte uszy).
  - Nie przerywaj (czekaj na swoją kolej).
  - Nie przerywaj innym (zamknięte usta).

  Pierwszym krokiem mogą być gry, w których zasady kolejności ruchów są powiązane z zasadami kolejności w wypowiedzi. Logopeda ponownie modeluje naukę tych zasad: zaczyna mówić w niewłaściwym momencie, następnie zatrzymuje się i stosuje głośne *mówienie do siebie*, przypominając zasadę, a potem gratulując sobie, że poczekał na swoją kolej. Na początku rodzic tylko obserwuje, ale po chwili również zaczyna brać udział w zabawie, przejmując rolę logopedy. Czas, w którym dziecko czeka (nawet jeśli trwa tylko kilka sekund), jest natychmiast zauważany przez logopedę i werbalnie doceniany.
- Może również wystąpić sytuacja odwrotna: dziecku ciągle przerywa się, gdy nadchodzi jego kolej na wypowiedź. Logopeda modeluje, werbalizuje i zachęca dziecko (początkowo wspólnie, a potem samodzielnie) do poproszenia o zabranie głosu.
- Podążając za krokami opisanymi poniżej, dziecko uczy się, że jąkanie to całkowicie akceptowalny sposób mówienia.
- Dziecko uczy się, że „błędy są dozwolone" i że nikt nie jest doskonały we wszystkim. Te aspekty były wcześniej poruszane w obszarze emocjonalnym w celu „złagodzenia" negatywnej emocji. Tutaj nacisk kładzie się na *koncept* (poznawczy). Logopeda ponownie tworzy okazję do ćwiczeń, opierając się krok po kroku na przeprowadzanej procedurze.
  1. Używając głośnego *mówienia do siebie* (słyszanego przez dziecko), logopeda zaczyna od negatywnej myśli dziecka.
  2. Logopeda modeluje proces myślenia w kierunku nowego konceptu – w tym celu ponownie posługuje się *mówieniem do siebie* na głos.
  3. Logopeda tworzy inne (stworzone celowo) sytuacje, w których *razem z dzieckiem* ćwiczy tę samą technikę rozumowania.
- Dziecko uczy się pojęć, które pozwalają mu „rozmawiać o mówieniu". Na przykład: wolno <-> szybko, łatwe <-> trudne itd., podejmując czynności szybko lub wolno, z wysiłkiem lub z łatwością, a następnie przekształcając te mentalne i fizyczne doświadczenia w proces mówienia i produkcję słów. Później pojęcia te są bardziej bezpośrednio związane z zachowaniem dziecka w trakcie mówienia. Dziecko doświadcza, że mówienie i jąkanie nie zawsze muszą podążać za ustalonymi schematami. Poprzez zabawę dziecko uczy się, że może mieć wpływ na ten proces. Może ono również doprowadzić do sytuacji, w której epizody jąkania staną się łatwiejsze do przebrnięcia niż dotychczas. Jeśli dziecko będzie miało możliwość regularnego doświadczania tego – dzięki wystarczającej liczbie ćwiczeń w formie

zabawy – zwiększy się szansa, że zacznie samodzielnie wykorzystywać nowo nabytą umiejętność kontroli, świadomie lub w inny sposób, z własnej woli.

Celem zdecydowanie nie jest, aby otoczenie dziecka wymagało od niego stosowania tego zachowania podczas mówienia w codziennym życiu. Chodzi raczej o to, by dać dziecku czas oraz możliwość samodzielnego stosowania tych łatwiejszych wzorców mowy w codziennych sytuacjach.

Utrzymanie przez cały czas tolerancyjnego podejścia do jąkania pozostaje sprawą najwyższej wagi: *jąkanie jest dozwolone!* Zapewnienie dziecku pozytywnego nastawienia do komunikacji pozostaje kluczowe.

METODA:

Różne wzorce mowy są ćwiczone w formie zabawy, na przykład: mówienie nieco wolniej, z mniejszym napięciem i z wyraźniejszymi ruchami artykulacyjnymi. Te różne zachowania językowe są wprowadzane wyłącznie w formie zabawy – nawet w domu, podczas 15-minutowego Czasu Specjalnego lub w gronie całej rodziny. W codziennym życiu dziecko nigdy nie jest proszone o stosowanie tych zachowań w celu zmniejszenia jąkania lub jego „ukrywania". Rodzic może dołączyć w różnych momentach: może ćwiczyć razem z dzieckiem od samego początku lub uczestniczyć w logopedycznych ćwiczeniach modyfikacji jedynie jako obserwator. Wówczas dziecko „uczy" rodzica tych modyfikacji. W domu ćwiczenia mogą być kontynuowane w formie rodzinnej zabawy.

- Ćwiczenie różnych form *jąkania* w formie zabawy, z wykorzystaniem modelowania przez logopedę: jąkanie zrelaksowane versus napięte, powtórzenia versus przeciągnięcia lub bloki, pojedyncze powtórzenia versus wielokrotne, płynne dźwięki versus powtarzające się wielokrotnie.
- Ćwiczenie wariantów *mowy* w formie zabawy, z wykorzystaniem modelowania przez logopedę: ćwiczenie zmian w tempie, głośności, wysokości dźwięku oraz melodii wypowiedzi. W ramach tych ćwiczeń logopeda również wprowadza celowe zająknięcia – czasem częściej, czasem rzadziej – aby uniknąć niezamierzonego przekazu dla dziecka lub rodzica, że „płynna mowa jest jedynym właściwym sposobem mówienia". Może to polegać na przykład na pojawianiu się jąkania podczas mowy powolnej, ale nie przy szybkiej. Należy proponować różne kombinacje.
- Warianty ćwiczeń są dobierane w zależności od rodzaju jąkania występującego u dziecka – tak, aby jak najlepiej odpowiadały jego doświadczeniom związanym z jąkaniem lub by stanowiły łatwiejszy sposób mówienia (bądź jąkania). Rodzaje zabaw oraz typ i stopień modyfikacji są dostosowywane do poziomu rozwoju dziecka.

7 Zakończenie terapii

WSKAZANIE:

Zawsze, gdy cel zostanie osiągnięty: optymalna równowaga pomiędzy Możliwościami dziecka a Wymaganiami stawianymi w zakresie komunikacji, co pozwala dziecku wyrażać się tak łatwo, jak to możliwe (z jąkaniem lub bez). Jest to moment, który powinien być wspólnie omówiony przez rodziców, logopedę, a czasami również przez samo dziecko. Równowaga ta może zostać osiągnięta na dowolnym etapie terapii (w trakcie bądź po Fazie I lub II).

CEL:

Rodzice stają się (na danym etapie) zdolni do samodzielnego kontynuowania wprowadzonych zmian w zachowaniach komunikacyjnych (utrzymując ŚWM) oraz wiedzą, jak postępować w przypadku nawrotu nierównowagi – gdy dziecko zaczyna wypowiadać się z mniejszą swobodą – i są świadomi kryteriów, które wskazują na potrzebę ponownego kontaktu z logopedą.

METODA:

- Rodzice uczą się stopniowego wycofywania zmodyfikowanego zachowania komunikacyjnego – ŚWM – wprowadzonego w trakcie terapii, o ile stabilność (częściowo) wygaszonego jąkania na to pozwala. Uczy się ich również ponownego, zdecydowanego wdrażania tych zmian, jeśli nastąpi nawrót jąkania lub – zapobiegawczo – w sytuacjach, w których rodzice spodziewają się pogorszenia (na przykład w obliczu dużej zmiany, jak rozpoczęcie szkoły). W trakcie sesji terapeutycznej wprowadza się na krótko – np. na 2 minuty – element wywołujący presję, taki jak skrócenie czasu odpowiedzi, aby niejako odwrażliwić dziecko na typowy poziom napięcia towarzyszący codziennej komunikacji. Dzięki temu komunikacja będzie stopniowo ulegać normalizacji.
- Rodzice będą coraz częściej podejmować samodzielne decyzje dotyczące konkretnych interwencji (zmiany zachowań) i będą w stanie odpowiednio działać. Rodzice uczą się elastycznego zmniejszania oraz (świadomego) normalizowania Wymagań.
- Logopeda wspólnie z rodzicami opracowuje plan zapobiegania nawrotom, dostosowany do potrzeb dziecka. Plan ten zawiera również kryteria ponownego kontaktu z logopedą. Ogólnie rzecz biorąc, obejmują one: 1) sytuacje, w których rodzice czują się niepewnie (coś przebiega nieprawidłowo); 2) sytuacje, gdy dwukrotnie wystąpi okres zwiększonego jąkania; 3) sytuacje, gdy dziecko nadal odczuwa trudności wynikające z jąkania, mimo interwencji zastosowanych przez rodziców.
- Częstotliwość spotkań terapeutycznych jest stopniowo zmniejszana w porozumieniu z rodzicami. Niektórzy rodzice mają większą i dłuższą potrzebę otrzymywania informacji zwrotnych niż inni. Wszystkie procedury dotyczące postępowania w przypadku nawrotu są zapisywane w dzienniku.

W niektórych przypadkach terapia może zostać zakończona przedwcześnie. Może się to zdarzyć z inicjatywy rodziców:

- Pojawiły się okoliczności, które sprawiają, że terapia nie jest obecnie odpowiednim rozwiązaniem.
- Rodzice preferują inną metodę.
- Rodzice nie potrzebują już dalszej pomocy itd.

Logopeda również może zainicjować przedwczesne zakończenie terapii:

- Pomimo wsparcia udzielanego w ramach terapii, rodzice nie są w stanie lub nie chcą wdrażać wymaganych działań terapeutycznych w domu albo nie wykonują ich prawidłowo.
- Logopeda wspólnie z rodzicami podejmuje decyzję o przejściu na inną metodę, ponieważ – mimo zaangażowania obu stron – nie osiągnięto wystarczających postępów w redukcji objawów jąkania i/lub wspieraniu swobodnej komunikacji dziecka.

Jeśli to możliwe, terapia powinna zostać zakończona w neutralny sposób, aby umożliwić jej wznowienie w innym, bardziej odpowiednim czasie – i/lub z wykorzystaniem innej metody.

PODSUMOWANIE

Metoda RESTART-DCM to podejście terapeutyczne opracowane z myślą o dzieciach w wieku przedszkolnym, które się jąkają. Nie każda terapia będzie jednakowo odpowiednia dla każdego dziecka. Wybrana forma terapii nigdy nie powinna stać się celem samym w sobie. Najważniejszym elementem pozostaje *indywidualne podejście*, aby zapewnić dziecku to, co najlepszego może zaoferować terapeuta.

Bibliografia[2]

Conture, E.G. (2001). Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment. Boston: Allyn & Bacon.

de Sonneville-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken, M.C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. PLoS ONE 10(7): e0133758. doi:10.1371/journal.pone.0133758.

Dean, E.C., Howell, J., Waters, D. & Reid, J. (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children. Clinical Linguistics & Phonetics, 9:1, 1–19.

Franken, M.C., Oonk, L.C., Bast, B.J.E.G., Bouwen, J., De Nil, L. (2024). Erasmus clinical model of the onset and development of stuttering 2.0. Journal of Fluency Disorders, Jun;80:106040. doi: 10.1016/j.jfludis.2024.106040.

Hodson, B., Paden, E. (1991). Targeting intelligible speech: A phonological approach to remediation. 2. Austin, TX: Pro-Ed/College Hill.

Koenraads, S., Stipdonk, L., Rietveld, T., M.C. Franken (2025). Long-term, multiple outcomes of the RESTART randomized trial comparing Restart-DCM treatment and the Lidcombe Program. Article in preparation.

Maassen, B., Van Haaften, L., Diepeveen, S., Terband, H., Van den Engel-Hoek, L., Veenker, T., & De Swart, B. (2019). Computer Articulation Instrument. Amsterdam: Boom Uitgevers.

McKean, C., Pert, S., Stow, C. (2012). Building Early Sentences Therapy (BEST): A Home Language Intervention Programme for Young Children with Severe Language Difficulties. Newcastle upon Tyne, UK: Newcastle University.

Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., et al. (2023). The Lidcombe Program treatment guide. https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2023-01/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%202022%20v1.4.%202023-01-26.pdf

Paden, E.P., Ambrose, N.G., Yairi, E. (2002). Phonological progress during the first 2 years of stuttering. J Speech Lang Hear Res. Apr; 45(2):256–67.

Renfrew, C. E. (1997). Renfrew language scales / Action picture test. Bicester, Oxon: Speechmark. Riley, G,D. (2009). Stuttering severity instrument. (4th ed.) Austin, TX: Pro-Ed.

Riley, J., Riley, G. (1985). Oral Motor Assessment and Treatment. Improving Syllable Production. Austin, Texas: Pro-ed.

[2] Szczegółowa lista publikacji jest udostępniana uczestnikom warsztatów RESTART-DCM.

Riley, J., Riley, G. Speech Motor Training (1999). In: Onslow M, Packman A, eds. The handbook of early stuttering intervention. San Diego: Singular Publishing Group; 1999:139–158.

Schlichting, L. & Koning, T. de (1998). TenT. Taalachterstand en Taalverwerving. Een programma voor kinderen met een grammaticale achterstand. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Starkweather, C.W. (1987). Fluency and Stuttering. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.

Starkweather, C.W. & Franken, M.C. (1991). Preventie van stotteren en vroegtijdige interventie bij zeer jonge stotteraars. In: Preventie en vroege interventie bij spraak-, taal-, en hoorstoornissen. H.F.M. Peters and C.W. Starkweather (red.), p.93–135. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.

Starkweather, C.W. & Givens-Ackerman, J. (1997). Stuttering. Austin, TX: Pro-ed.

Starkweather, C.W., Ridener Gottwald, S. & Halfond, M.M. (1990). Stuttering Prevention. A clinical method. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Vanryckeghem, M., Brutten, G.J. (2007). Communication Attitude Test for Preschool and

Kindergarten Children Who Stutter. (KiddyCAT) San Diego, CA: Plural Publishing.

Yairi, E., Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. Journal of Speech Lang Hear Res. 1999;42(5):1097–1112.

Załączniki

Metoda RESTART-DCM 2025

ZAŁĄCZNIK 1 Formularz interakcji rodzic-dziecko Restart-DCM

Zachowanie, które prawdopodobnie będzie omawiane w trakcie terapii zostało oznaczone kursywą

	Zaobserwowane zachowania komunikacyjne	Zabawa swobodna	Układanie puzzli
L L E C	**1. Pytania rodzica do dziecka** a. kilka / *wiele* *b. otwarte* / zamknięte *c. w tonie rozkazującym lub z małą ilością czasu dla dziecka na odpowiedź* d. odpowiednio dostosowane / w kontekście obecnej sytuacji		
L / C L / C M M	**2. Zachowanie w trakcie zabierania głosu** a. zrównoważona liczba w naprzemiennym dialogu — proporcjonalna liczba tur rodzic-dziecko b. równomierna długość tur rodzic-dziecko — proporcjonalna liczba wypowiedzi na turę rodzic--dziecko *c. mówienie jednocześnie / przerywanie* *— rodzic przerywa – dziecko przerywa* *d. czas interakcji jest zbyt krótki* *— rodzic zaczyna zbyt szybko – dziecko zaczyna zbyt szybko*		
E	**3. Reakcja rodzica na jąkanie** *a. negatywna werbalna reakcja na jąkanie dziecka* b. *negatywna niewerbalna reakcja na jąkanie* dziecka (rodzice odwracają wzrok, wstrzymują oddech, sztywnieją itp.) c. reagują w sposób neutralny i empatyczny		
L / C E M C / L C / L E	**4. Zachowania językowe rodzica (rodziców)** *a. wprowadzanie nowego tematu* *b. poprawianie werbalnego zachowania dziecka* *c. wypowiedzi, które zwiększają presję czasową* d. treść dostosowana do wcześniejszej wypowiedzi dziecka (zbędna pod względem leksykalnym) e. forma dostosowana do wcześniejszej wypowiedzi dziecka (zbędna pod względem gramatycznym) f. zaangażowanie w równoległą rozmowę		
M	**5. Ocena artykulacji** Średnia wyliczona na podstawie co najmniej pięciu wypowiedzi: Zapisz w całości i zmierz za pomocą stopera Ojciec: ____ sylab/sek. Matka: ____ sylab/sek. Dziecko: ____ sylab/sek. Rodzeństwo: ____ sylab/sek.		
E E E E C	**6. Inne zachowania rodzica** *a.* ignorowanie niepożądanego zachowania dziecka lub *zwracanie na nie negatywnej uwagi* b. *dyrektywne/niedyrektywne działanie* („ton”) c. zachęcanie dziecka d. stymulowanie poczucia własnej wartości dziecka e. utrzymywanie odpowiedniego poziomu zabawy / współpraca podczas zabawy		

M = Motoryczne, **J** = Językowe, **E** = Emocjonalne, **P** = Poznawcze

ZAŁĄCZNIK 2 Formularz podsumowania diagnozy

PRZYPADEK _____ DATA _____ TERAPEUTA_____

OPIS PRZYPADKU NA PODSTAWIE WYWIADU ANAMNESTYCZNEGO		
Dane osobowe	Imię:	.....
	Wiek:	.....
	Płeć:	.....
	Rodzina:	.....
	Zawód rodziców:	.....
	Szkoła/poziom:	.....
Historia dziecka – ogólna	Rozwój motoryczny:	.....
	Choroby:	.....
	Słuch:	.....
	Terapia (ogólnie):	.....
	Dolegliwości fizyczne:	.....
Historia dziecka –szczegółowa	Początek rozwoju mowy i języka:	
	Przebieg:	
	Początek jąkania (wiek):	
	Możliwa przyczyna(y):	
	Przebieg po wystąpieniu jąkania:	
	Historia rodziny: *(przejściowa / utrzymująca się)*	
	Obecne nasilenie: *(skala 8-punktowa)*	
	Stały/zmienny wzorzec:	
	Czynniki środowiskowe:	
	Świadomość jąkania:	
	Poprzednia terapia logopedyczna (dot. jąkania lub innych	
	Inne ważne informacje:	

ZAŁĄCZNIK 2

PRZYPADEK _____ DATA _____ TERAPEUTA_____

WYNIKI DIAGNOZY	
Jąkanie	Opis jąkania, rodzaje niepłynności, zachowania wtórne: SSI-4: Wynik _____ = Bardzo łagodne / łagodne / umiarkowane / nasilone / bardzo nasilone Wpływ jąkania: dziecko: brak/bardzo łagodne / łagodne/ umiarkowane/ nasilone/ bardzo nasilone rodzic: brak/bardzo łagodne / łagodne / umiarkowane / nasilone / bardzo nasilone

DANE Z DIAGNOZY **MOŻLIWOŚCI**
Wyniki testów, kwestionariusze, standaryzowane obserwacje, itp.

Obszar motoryczny	Obszar językowy	Obszar społeczno-emocjonalny	Obszar poznawczy
Wynik OMAS: _____ Tempo artykulacji: dziecko: ____ syl/sek. Dodatkowe informacje:	Wyniki testu: • Rozumienie zdań _____ • Rozumienie słów _____ • Produkcja zdań _____ • Produkcja słów _____ • Fonologia _____ Zrównoważony/niezrównoważony profil językowy Dodatkowe informacje:		

DANE Z OCENY **WYMAGAŃ ZEWNĘTRZNYCH**
Wyniki testów, kwestionariusze, standaryzowane obserwacje, itp.

Obszar motoryczny	Obszar językowy	Obszar społeczno-emocjonalny	Obszar poznawczy
Tempo artykulacji: . matka: ____ syl/sek. . ojciec: ____ syl/sek. . rodzeństwo: ____ syl/sek. Dodatkowe informacje:			

ZAŁĄCZNIK 2

PRZYPADEK _____ DATA _____ TERAPEUTA_____

PLAN TERAPII		
Cele terapii	FAZA 1 WYMAGANIA ZEWNĘTRZNE Obszary MJEP:	M J E P
	FAZA 2 MOŻLIWOŚCI Obszary MJEP:	M J E P
Materiały:		
Metody:		

ZAŁĄCZNIK 3 Rozpoczęcie terapii RESTART-DCM: informacje dla rodziców

RESTART-DCM to metoda terapeutyczna dla dzieci jąkających się. Terapia ta opiera się na Modelu Wymagań i Możliwości (Demands and Capacities Model – DCM), który szczegółowo wyjaśniamy poniżej. Nazwa RESTART pochodzi od projektu badawczego, w ramach którego zgromadzono wiedzę na temat skuteczności i działania tego podejścia. W tej broszurze odpowiadamy na trzy kluczowe pytania, które najczęściej zadają rodzice: dlaczego moje dziecko się jąka, w jaki sposób mogę mu pomóc oraz czego mogę oczekiwać od terapii?

DLACZEGO MOJE DZIECKO SIĘ JĄKA?

Naukowcy wiedzą już wiele o jąkaniu, ale wciąż nie potrafią dokładnie wyjaśnić jego przyczyn. Obecnie uważa się, że jąkanie jest związane z trudnością w kontroli mięśni mowy przez mózg. Około 8% dzieci w wieku od 2 do 5 lat doświadcza jąkania. Często dzieje się tak, ponieważ jest to czas intensywnego rozwoju mowy – dzieci uczą się nowych słów i zaczynają tworzyć dłuższe zdania. Mają wiele do powiedzenia, ale ich zdolności językowe nie zawsze nadążają za potrzebami, co może prowadzić do jąkania.

MODEL WYMAGAŃ I MOŻLIWOŚCI

Model Wymagań i Możliwości koncentruje się na dwóch aspektach: możliwościach dziecka do mówienia bez większego wysiłku oraz wymaganiach związanych z mówieniem.

- **Możliwości:** To umiejętności, które dziecko musi posiadać, aby mówić swobodnie. Przykładem może być zdolność do prawidłowego poruszania ustami podczas mówienia lub dobierania odpowiednich słów. Wraz z wiekiem dziecka te umiejętności stają się coraz bardziej rozwinięte.
- **Wymagania:** To czynniki, które mogą sprawiać trudności dziecku podczas mówienia. Czasami dzieci chcą powiedzieć bardzo dużo naraz lub używają skomplikowanych zdań, co w danym momencie może być zbyt dużym wyzwaniem dla ich możliwości językowych w danym momencie. Dorośli często mówią szybciej niż małe dzieci i robią mniej przerw podczas dialogu. Są to czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia jąkania.

Jeśli możliwości dziecka nie rozwijają się wystarczająco szybko, może ono próbować powiedzieć coś, czego jeszcze nie jest w pełni zdolne wyrazić. W takim przypadku równowaga między tym, co dziecko potrafi, a wymaganiami, które na nim ciążą, zostaje zakłócona, co prowadzi do jąkania.

CO MOGĄ ZROBIĆ RODZICE?

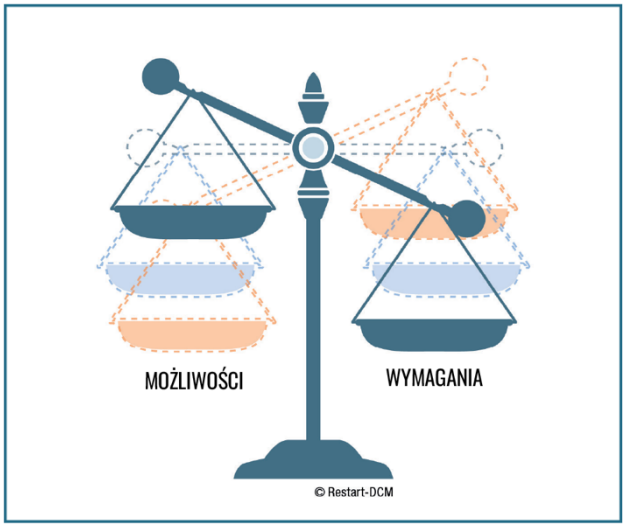
Rodzice zawsze chcą dla swojego dziecka jak najlepiej, co jest szczególnie widoczne, gdy dziecko się jąka. Podczas terapii RESTART-DCM logopeda pomaga rodzicom osiągnąć równowagę między możliwościami dziecka a wymaganiami mu stawianymi.

Rodzice nie są przyczyną jąkania u dziecka. Mogą jednak je wspierać, ułatwiając mu mówienie. Logopeda nauczy rodziców, na przykład: jak mówić do dziecka spokojniej, robić więcej przerw i pomagać mu radzić sobie z emocjami. Dzięki temu dziecku łatwiej będzie się komunikować.

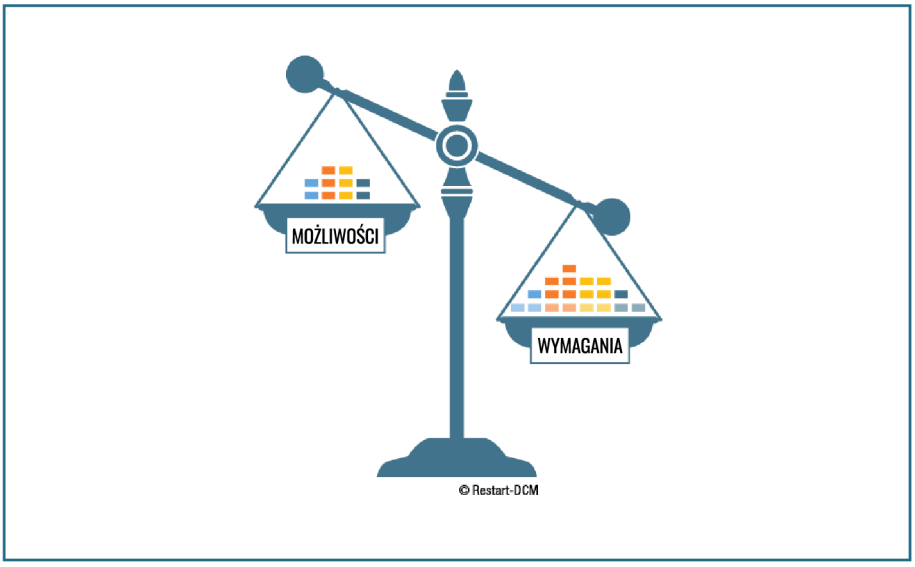
W dalszym etapie terapii logopeda wraz z dzieckiem pracują nad ćwiczeniami związanymi z mową i słownictwem, które wzmacniają zdolności językowe dziecka. Rodzice również ćwiczą te techniki w domu ze swoim dzieckiem. Sposób, w jaki rodzice komunikują się z dzieckiem, odgrywa kluczową rolę w sukcesie terapii.

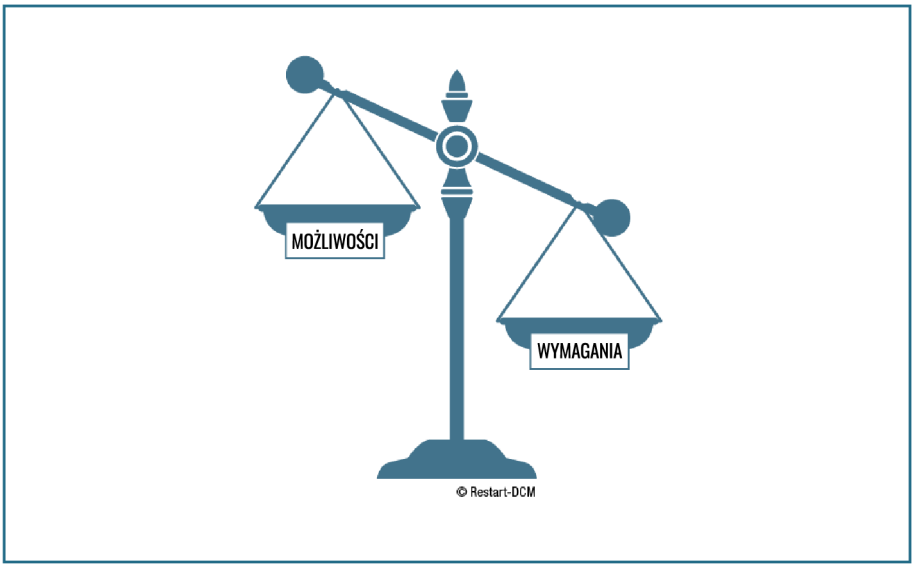
CZEGO MOŻNA OCZEKIWAĆ OD TERAPII?

Szanse na skuteczność terapii są wysokie. Jej głównym celem jest ułatwienie dziecku mówienia. U większości dzieci jąkanie stopniowo zanika. Około jedna czwarta dzieci może wciąż częściowo się jąkać, jednak rzadko stanowi to poważny problem. Terapia pomaga zarówno dzieciom, jak i rodzicom radzić sobie z jąkaniem w sposób pozytywny, aby dziecko nie wytworzyło negatywnego obrazu samego siebie ani nie odczuwało wstydu. Nawet jeśli pewne oznaki jąkania pozostaną, dzieci mogą skutecznie i pewnie się komunikować, bez negatywnego wpływu na ich codzienne życie.



ZAŁĄCZNIK 4 Równowaga w modelu RESTART-DCM





ZAŁĄCZNIK 5 Komunikacja przy obniżonych wymaganiach emocjonalnych – dwa kroki

Marie-Christine Franken i Caroline de Sonneville-Koedoot[1]

Krok 1: Uważne dostrzeganie dziecka

Dokument ten podzielony jest na dwie części. Pierwsza część (pierwszy krok) wyjaśnia, w jaki sposób jako opiekunowie możemy jasno pokazać małemu dziecku, że jest przez nas zauważane i słyszane, czyli inaczej mówiąc – jak możemy potwierdzać jego istnienie i znaczenie. Druga część (drugi krok) omawia kolejny etap, który można podjąć w celu wspierania pozytywnego rozwoju dziecka.

INICJATYWA DZIECKA

Wszystko, co dziecko mówi, robi, czuje, czego pragnie, o czym myśli i co pochodzi od niego nazywamy **inicjatywą**. Może ona przybierać różne formy, na przykład:

- wydawanie dźwięków (np. niemowlę płaczące z głodu),
- wskazywanie na coś (np. małe dziecko, które nie potrafi jeszcze używać słów do wyrażania swoich potrzeb),
- wyrażanie emocji mimiką (np. zdziwienie lub przerażenie).

Bardzo ważne jest, aby opiekun dostrzegał inicjatywy dziecka i dawał mu do zrozumienia, że je zauważa. Dzięki temu dziecko czuje się widziane i słyszane, co jest kluczowe dla jego rozwoju – daje mu poczucie przynależności i przekazuje komunikat, że jest wartościowe. Poczucie przynależności (nazywane również prawem do istnienia) stanowi fundament kształtowania się samoświadomości dziecka, jego pewności siebie oraz budowania bezpiecznej więzi z otoczeniem.

TRZY SPOSOBY WYRAŻANIA UZNANIA DLA DZIECKA

A. Uznanie bez słów

Jeśli dziecko podejmuje inicjatywę, opiekun może odpowiedzieć na różne sposoby: przez nawiązanie kontaktu wzrokowego, przyjazny wyraz twarzy, pochylanie się w stronę dziecka, mrugnięcie okiem i powiedzenie „uh-huh" (małe dzieci), „aha" (nieco starsze dzieci). Wszystkie te reakcje sprawiają, że opiekun pokazuje dziecku, iż jego inicjatywa została zauważona (uznana).

B. Uznanie za pomocą słów

Małe dzieci: powtarzaj w jak najbardziej dosłowny sposób (używając zdań poprawnych gramatycznie) to, co powiedziało dziecko. Na przykład, jeśli dziecko mówi: „Autobus jedzie do babci", rodzic powtarza: „Jedziemy do babci autobusem."

Starsze dzieci: używając nieco innych słów, powtarzaj lub streszczaj to, co powiedziało dziecko. Na przykład dziecko mówi: „Muszę zrobić prezentację". Rodzic: „Teraz twoja kolej na prezentację" (powtórzenie) lub dziecko mówi: „Najpierw graliśmy w piłkę, potem

bawiliśmy się klockami Lego i oglądaliśmy też telewizję". Rodzic: „Zrobiłeś dużo różnych rzeczy" (streszczenie).
Uwaga: Rodzice często mają naturalną tendencję do powtarzania wypowiedzi w formie pytania. Jednak uznanie nie powinno być pytaniem, lecz stwierdzeniem, które kończy się kropką, a nie znakiem zapytania i jest wypowiedziane w przyjazny sposób. Powtarzanie lub streszczanie w formie pytania może sprawić, że dziecko poczuje, iż to, co powiedziało, jest kwestionowane, co wywoła odwrotny efekt. Przykład: Dziecko mówi: „Zrobiłem to." Rodzic: „Zrobiłeś to, świetnie!", zamiast „Zrobiłeś to?"

C. Mówienie równoległe

Mówienie równoległe polega na werbalizowaniu w sposób akceptujący lub aprobujący tego, co dziecko robi, myśli, chce lub czuje w danym momencie.

Czynność: „Rysujesz teraz zieloną kredką."
Myślenie: „Myślisz: Mam nadzieję, że mama myśli, że to jest w porządku."
Pragnienia: „Nie chcesz jeszcze iść spać."
Uczucia: „Martwisz się, że przyjęcie zostanie odwołane." / „Jest ci smutno, że babcia nie przyjdzie." / „Jest ci przykro, że nie pójdziemy do zoo."

Mówienie równoległe polega na werbalizowaniu tego, co **faktycznie** dzieje się w danym momencie. Mówienie o bieżących wydarzeniach sprawia, że sytuacja staje się dla dziecka jasna, zrozumiała i przewidywalna. Dzięki temu wie, czego się spodziewać, co daje mu poczucie bezpieczeństwa. Przykład: „Podniosłeś niebieski klocek" (zamiast: „Bawisz się"). „Było ci przykro, że nie zostałeś zaproszony" (zamiast: „Wczoraj byłeś naprawdę zły"). Podobnie jak uznanie, mówienie równoległe powinno odbywać się w przyjaznym tonie i przybierać formę stwierdzenia, a nie pytania. Opisując uczucia lub myśli dziecka, opiekun wchodzi w jego świat emocjonalny, co pomaga mu lepiej zrozumieć jego doświadczenia.

Czasami opiekun może błędnie zinterpretować to, co dziecko czuje lub myśli. Nie ma to jednak większego znaczenia, ponieważ dzięki mówieniu równoległemu dziecko będzie czuło się zachęcone do „poprawienia" interpretacji opiekuna.. Kluczowe jest, jak bardzo opiekun potrafi dostosować się do dziecka. Przykład: Jeśli dziecko nie zaczyna od razu jeść, rodzic może zinterpretować to w następujący sposób. Rodzic: „Nie jesteś jeszcze głodny." Dziecko: „Jestem głodny, ale nie mam ochoty na szpinak."

Mówienie równoległe powinno być neutralne oraz pozbawione ocen. Oznacza to, że negatywne zachowanie jest nazywane wprost, ale bez użycia krytycznego języka. Zamiast: „Jesteś nieznośny", lepiej powiedzieć: „Kopiesz w moje krzesło." Mówienie równoległe nie zawiera pochwał ani opinii. Zamiast: „Tworzysz piękny rysunek", wystarczy powiedzieć: „Rysujesz." Każde zdanie rozpoczyna się od „Ty", co sprawia, że uwaga skupia się na dziecku, a nie na osobie mówiącej.

Podobnie jak werbalne uznanie, mówienie równoległe wzmacnia pewność siebie dziecka, jednocześnie wspierając jego rozwój językowy.

CZEMU UWAŻNE DOSTRZEGANIE DZIECKA JEST TAKIE WAŻNE?

Afirmując dziecko, wysyłasz mu „wiadomość", że jesteś nim zainteresowany/a. Dziecko czuje się wartościowe i ma poczucie bezpieczeństwa. Dodatkowo pomaga mu to również w rozwijaniu pewności siebie.

Stosując mówienie równoległe, opiekun działa niczym neutralne „lustro" – odzwierciedla rzeczywistość dziecka bez oceniania. Dzięki temu dziecko nie tylko czuje się dostrzeżone, ale także lepiej uświadamia sobie, co robi w danej chwili. Mówienie równoległe może również pomóc w wyciszeniu lub zapobieganiu impulsywnym i nadmiernie pobudzonym reakcjom dziecka. Regularne stosowanie tej techniki zwiększa samoświadomość dziecka i wspiera kształtowanie jego tożsamości. W efekcie, w miarę dojrzewania, dziecku łatwiej będzie pozostać sobą i zachować autentyczność w grupie.

SYTUACJE KONFLIKTOWE

Doświadczenie pokazuje, że wyraźne komentowanie (powtarzanie lub podsumowywanie) inicjatywy dziecka działa szczególnie dobrze w sytuacjach (grożących) konfliktem.

Gdy pojawiają się silne emocje, takie jak: niecierpliwość, rozczarowanie, zmęczenie, irytacja czy złość opiekunowie często zapominają o powtórzeniu lub podsumowaniu wypowiedzi dziecka. Naturalnym odruchem jest wtedy automatyczna reakcja, która często przybiera formę korekty lub odrzucenia tego, co dziecko mówi. W efekcie dziecko albo dostosowuje się i spełnia oczekiwania, albo konflikt eskaluje.

Jeśli opiekunowie zdołają powtórzyć lub podsumować wypowiedź dziecka, nawet w trudnym momencie, konflikt stanie się mniej intensywny, a w niektórych przypadkach może zostać całkowicie zażegnany. Założenie jest proste: dziecko, które ma pewność, że zostało wysłuchane i zrozumiane, jest bardziej skłonne i lepiej przygotowane do przyjęcia tego, o co proszą je opiekunowie.

WYRAŻANIE AFIRMACJI – I CO DALEJ?

Powtórzenie, podsumowanie lub opisanie tego, co mówi dziecko nie oznacza ani zgody na jego słowa, ani ulegania jego woli. Po takim potwierdzeniu często następuje „drugi krok" – czyli reakcja opiekuna w postaci pytania lub komentarza. Ten etap może pomóc dziecku spokojnie wrócić do codziennej rutyny lub wesprzeć jego pozytywny rozwój.

Przykład: Dziecko nie ma ochoty na sprzątanie i wspólne jedzenie posiłku przy stole. Typowa reakcja rodzica to: *„Schowaj zabawki, zaraz jemy."* Dziecko zwleka i mówi: *„Nie jestem głodny"*, ignorując polecenie. Podejście, które sprawia, że dziecko czuje się wysłuchane i zrozumiane, a tym samym chętniej współpracuje, może wyglądać następująco: *„Nie masz jeszcze ochoty na jedzenie"* (= powtórzenie). *„Wolisz się jeszcze pobawić, bo świetnie się bawisz, prawda?"* (= mówienie równoległe). *„Ale już prawie pora na obiad"* (= delikatne przypomnienie/opinia). *„Wiesz co? Pomogę ci posprzątać"* (= propozycja współpracy). *„Możesz przenieść zabawki tam, wtedy będziesz mógł wrócić do zabawy po obiedzie"* (= pozytywna motywacja).

Drugi krok, który następuje po udzieleniu uznania/potwierdzenia, jest szczegółowo omówiony w części II.

Komunikacja przy obniżonych wymaganiach emocjonalnych – dwa kroki

Marie-Christine Franken i Caroline de Sonneville-Koedoot

Krok 2

W pierwszej części omówiono, w jaki sposób opiekunowie mogą *afirmować* dziecko. Druga część dotyczy kolejnego kroku, który często następuje po tym uznaniu.

WYRAŻANIE AFIRMACJI – I CO DALEJ?

W każdej sytuacji pierwszym krokiem jest zawsze potwierdzenie/uznanie. Następnie może pojawić się drugi krok, który może przybrać jedną z dwóch form: A lub B.

A. Motywowanie dziecka.
Jeśli dziecko wykazuje niepożądane zachowanie, pierwszym krokiem jest zastosowanie neutralnego mówienia równoległego, np.: *„Wziąłeś jeszcze jedno ciastko."* Drugi krok, czyli krok motywacyjny, ma na celu powrót do normalnej rutyny w spokojny sposób, co sprzyja redukcji jąkania u dziecka. Polega on na motywowaniu dziecka do współpracy poprzez użycie pozytywnego języka, np.: *„Odłóż je szybko na miejsce."* Pozytywna motywacja oznacza, że opiekunowie nie koncentrują się na tym, czego nie chcą, lecz na tym, czego oczekują od dziecka.

Warto również dostrzegać pozytywne intencje stojące za zachowaniem dziecka. Jeśli to możliwe, warto dać dziecku kredyt zaufania, np.: *„Naprawdę miałeś ochotę na kolejne ciastko, dlatego je wziąłeś."* Inny przykład: jeśli dziecko ciągle skarży się na młodszego brata, zamiast upomnienia można zastosować opis intencji: *„Chcesz mieć na niego oko i dobrze się nim opiekować."*

„W porządku, ja go pilnuję. A ty pobaw się swoimi puzzlami – spróbuj znaleźć wszystkie niebieskie elementy." (pozytywna motywacja) Zamiast: *„Przestań skarżyć się na brata!"*

Stosując pozytywną motywację, opiekun zapewnia jasność, kierunek, strukturę oraz wyznacza granice. Dzięki temu dziecko czuje się bezpiecznie, ponieważ wie, co może robić.

B. Pogłębianie
Przez „pogłębianie" rozumiemy sytuację, w której opiekun: wyraża swoją opinię, składa propozycję, zawiera umowę lub zadaje pytanie. Celem tego drugiego kroku jest wsparcie rozwoju dziecka. Należy unikać sytuacji, w której ten krok zamienia się w przesłuchanie – najważniejsze jest utrzymanie kontaktu z dzieckiem. Poniżej znajdują się przykłady, jak mówienie równoległe (krok 1) może zostać rozwinięte w drugim kroku:

Rodzic: *„Chcesz wziąć prysznic, a potem obejrzeć trochę telewizji."* (mówienie równoległe). *„Myślę, że to dobry pomysł."* (wyrażenie opinii).
Rodzic: *„Jesteś głodny."* (mówienie równoległe). *„Zjedzmy naleśniki dzisiaj."* (złożenie propozycji).
Rodzic: *„Masz ochotę na kawałek cukierka."* (mówienie równoległe). *„Kiedy skończymy pić kawę, możesz dostać coś słodkiego."* (zawarcie umowy).
Rodzic: *„Jesteś zły."* (mówienie równoległe). *„Czy możesz mi powiedzieć, dlaczego jesteś taki zły?"* (zadanie pytania).

DLACZEGO „POGŁĘBIENIE" JAKO DRUGI KROK JEST WAŻNE?

W miarę jak dziecko rośnie, musi rozwijać się w wielu obszarach. Dziecko musi nauczyć się mówić oraz angażować w odpowiednie do wieku aktywności. Musi nauczyć się nawiązywać i utrzymywać kontakt z innymi. Innymi słowy, stoi przed szeregiem zadań rozwojowych, które w dużej mierze realizuje w relacji ze swoimi opiekunami. Gdyby opiekunowie jedynie afirmowali dziecko, bez podejmowania innych działań, dziecko nie rozwijałoby się prawidłowo. Dodając opinię, propozycję, umowę lub pytanie, dziecko uczy się dostrzegać uczucia innych osób. Pomaga to w umiejętności przyjmowania perspektywy i może wspierać w zrozumieniu, że inni ludzie także mają swoje potrzeby.

Bibliografia

Dekker, J., Hoogland, M., Eliëns, M. & Van der Giessen, J. (2004). *Video--interactiebegeleiding*.Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

---

[1] Dokument ten został opracowany jako załącznik do Metody RESTART-DCM (2007) i nieznacznie zaktualizowany w drugiej edycji (2021).

O autorach

Marie-Christine Franken, PhD – lingwistka kliniczna (Uniwersytet w Nijmegen, 1985), logopedka (Wyższa Szkoła w Nijmegen, 1989), terapeutka jąkania (NVST 1991, CESS 2011) oraz adiuntka (Erasmus MC Rotterdam, 2024). Członkini Holenderskiego Stowarzyszenia Terapii Jąkania (NVST) oraz certyfikowana terapeutka jąkania CESS. Jej praca doktorska (Uniwersytet w Nijmegen, 1997) dotyczyła oceny terapii jąkania. Obecnie prowadzi badania nad efektami terapii jąkania we wczesnym wieku oraz nad przyczynami i czynnikami ryzyka jąkania. Od 2015 roku szkoli logopedów w metodzie RESTART-DCM, zarówno w kraju, jak i za granicą.

Ellen Laroes, BHS – logopedka (Zuyd Hogeschool, Heerlen, 1985) oraz terapeutka jąkania (LCH 1986, NVST 1987, CESS 2016). Współwłaścicielka gabinetu logopedycznego specjalizującego się w jąkaniu. Członkini Holenderskiego Stowarzyszenia Terapii Jąkania (NVST) oraz certyfikowana terapeutka CESS. Przez wiele lat prowadziła zajęcia z zakresu zaburzeń płynności mowy na Uniwersytecie Nauk Stosowanych Zuyd. Uczestniczyła jako terapeutka w badaniu RESTART oraz pracuje jako trenerka i mentorka dla programu ESS. Od 2015 roku szkoli logopedów w zakresie metody RESTART-DCM w kraju i za granicą.

Joeri van Ormondt, MSc – logopeda (Hanzehogeschool Groningen, 2016) oraz specjalista terapii jąkania (ESS, 2017). Członek zarządu CESS oraz certyfikowany terapeuta jąkania CESS. Prowadzi własną praktykę specjalizującą się w terapii jąkania. Członek Holenderskiego Stowarzyszenia Terapii Jąkania (NVST), nauczyciel i trener w programie ESS oraz od 2023 roku – trener metody RESTART-DCM dla logopedów. Jest osobą jąkającą się i aktywnym – oraz dumnym – członkiem tej społeczności.

Femke de Smit, MSc – ukończyła logopedię (Hanzehogeschool Groningen, 2008), a następnie specjalizowała się jako terapeutka jąkania (ESS, 2011). Współwłaścicielka gabinetu logopedycznego i liderka zespołu terapeutów specjalizujących się w terapii jąkania. Członkini Holenderskiego Stowarzyszenia Terapii Jąkania (NVST), od 2021 roku szkoli klinicystów w zakresie stosowania metody RESTART-DCM.

Lottie Stipdonk, PhD – lingwistka kliniczna (Uniwersytet w Utrechcie, 2011), logopedka (Hogeschool Utrecht, 2012) oraz terapeutka jąkania (ESS, 2025). Pracuje w Erasmus MC, gdzie łączy praktykę kliniczną (diagnostyka i terapia dzieci jąkających się) z badaniami nad jąkaniem. Po obronie doktoratu na temat rozwoju językowego u wcześniaków, całkowicie skoncentrowała się na badaniach nad jąkaniem. Od 2024 roku prowadzi warsztaty RESTART-DCM.