SEMINARSKI RAD

**PALINOVA RODITELJ-DIJETE INTERAKCIJA**

KOLEGIJ: MUCANJE DOC.DR.SC.SENKA SARDELIĆ

**PALINOVA RODITELJ–DIJETE INTERAKCIJA**

Palinova roditelj-dijete interakcija (RDI) je terapeutski program koji se provodi u Michael Palin centru za djecu do sedam godina starosti, koji koristi razdoblja igre između roditelja i djece, video feedback i razgovor s roditeljima kako bi pomogli djetetu da uspostavi prirodnu tečnost. Roditeljske instinktivne vještine su pri tom izazvane, pojačane i razvijane te oni koriste video feedback da bi unaprijedili svoje vještine. Roditelji došli u Centar jer su zabrinuti zbog govora svoga djeteta i treba ih ohrabriti i povećati njihove sposobnosti da pomognu djetetu ostvariti tečnost u kućnom okruženju. Naglasak ove terapije je na uspostavljanju suradničkog odnosa terapeuta i roditelja, gdje roditelji sami opažaju, donose vlastite zaključke, postavljaju ciljeve i svaki tjedan daju osvrt na postignuti uspjeh.

TEORETSKA OSNOVA ZA TERAPIJSKI PRISTUP

Bilo koji terapeutski pristup ranom mucanju se ne bi smio zasnivati samo na faktorima koji pridonose početku i razvoju mucanja, nego bi trebao potvrđivati i objedinjavati snagu i sredstva koje roditelji i dijete unose u terapiju. Razumijevanje djetetove poteškoće i snage od početka definira proces terapije.

MULTIFAKTORSKA PERSPEKTIVA smatra da postoje faktori koji su odgovorni za djetetovu sklonost početku mucanja, faktori koji pridonose razvoju i postojanosti problema i faktori koji pridonose trenutku mucanja.

FAKTORI KOJI PRIDONOSE POJAVI MUCANJA

Genetika

Čini se neosporno da genetski faktori imaju ulogu u započinjanju mucanja i razne studije se bave tim pitanjem. Međutim, bitno je naglasiti da sami geni ne mogu proizvesti i odrediti neko ponašanje, a pogotovo ne ovako složeno, poput mucanja. Oni samo povećavaju mogućnost da se ono pojavi. Neki istraživači smatraju da faktori poput ubrzanog govora, slabe tolerancije na frustraciju, sporog vremena reakcije, dosjećanja riječi, napetost mišića ili njihova kombinacija bi mogle biti nasljedne varijable koje se nalaze u govoru osoba koje mucaju. Smatra se da je predispozicija hoće li mucanje nestati ili perzistirati također nasljedna.

Neurofiziološki faktori

Jedna od teorija nastanka mucanja je i u strukturalnim i funkcionalnim razlikama u mozgu. Smatra se da neurološka disfunkcija koja je u pozadini ometa dvosmjernu interakciju između jezičnog planiranja i motornog procesiranja djece koja mucaju.

Vještine motoričke brzine

Kako je mucanje prekid u govornoj motornoj kontroli, istraživanja su išla i u tom pravcu. Studije su smatrale da djeca koja mucaju imaju reducirane oralno- motorne vještine , sporije manualno i vokalno vrijeme odgovora i poteškoće u uspostavi i kontroli laringealnih pokreta, čak i tijekom perceptualno tečnog govora.

Komunikacijska okolina: stilovi interakcije

Rezultati istraživanja pokazuju da su stilovi interakcije roditelja čija djeca mucaju isti kao i stilovi interakcija roditelja čija djeca ne mucaju, ali djeca koja mucaju imaju više poteškoća u primanju i odgovaranju na inpute, također im je teže biti tečan u interakciji odrasla osoba-dijete.

FAKTORI KOJI PRIDONOSE POJAVI MUCANJA I RIZIKU PERZISTIRANJA

Lingvistički faktori

Anderson, Pellowski i Conture su proučavali ekspresivne i receptivne jezične vještine djece koja mucaju i one koja ne mucaju te promatrali moguća odvajanja i neslaganja unutar tih vještina. Zaključili su da djeca koja mucaju pokazuju tri puta više neslaganja od svojih nemucajućih vršnjaka, te je čest slučaj da im je produkcija glasova oštećena. Nadalje, pronađena je veza između smanjenih fonoloških vještina i perzistentnog mucanja.

Spol

Odnos dječaka i djevojčica u početku mucanja je 1:1, a raste s godinama na odnos 6:1.

Vrijeme proteklo od pojave mucanja

Većina djece prestaje mucati unutar 12 do 18 mjeseci nakon pojave mucanja. Istraživači su svjesni da se vjerojatnost prestanka mucanja smanjuje s vremenom i dužinom mucanja. Djeca koja su prestala mucati pokazuju velik napredak tijekom prve godine te se taj obrazac poboljšanja nastavlja tijekom vremena.

Psihološko-emocionalni faktori

Istraživanja su se također bavila proučavanjem uloge psiholoških faktora, posebice temperamenta i koliko on pridonosi razvoju perzistentnog mucanja. Crte ličnosti poput, osjetljivosti, zakočenosti i reaktivnosti mogu pogoršati ili zadržati mucanje. Smatra se da su djeca koja mucaju osjetljivija i zakočenija od ostale djece. U Palin centru, roditelji su svoju djecu opisali kao jako osjetljivu, zabrinutiju, da si postavljaju previsoke ciljeve te da su perfekcionisti. Pretpostavlja se da djetetov temperament utječe na to kako ono odgovara na različite stilove interakcije s roditeljima i potrebno ga je uzimati u obzir u planiranju i provođenju terapije.

Komunikacijska okolina: stilovi interakcije

Iako ne postoje dokazi da roditeljski stilovi interakcije utječu na početak mucanja, jasno je da majke mijenjaju svoj stil u odnosu na dijete koje muca, češće započinju komunikaciju, koriste kraće pauze i više komunikacijskih izmjena, te koriste više pozitivnih potkrepljenja u odnosu na ranije situacije. Što je majčin jezik složeniji i veće neslaganje između njenog i djetetovog jezika, veća je mogućnost perzistentnog mucanja.

FAKTORI KOJI PRIDONOSE TRENUTKU MUCANJA

Lingvistički faktori

Neka istraživanja su pokazala da djeca mucaju kad koriste duže i složenije rečenice, dok su se druga bavila proučavanjem mjesta u riječi te došli do zaključka da se mucanje javlja na početku iskaza i to na funkcionalnim riječima.

Komunikacijska okolina: stilovi interakcije

Postoje saznanja da se mucanje kod neke djece smanjuje kad roditelji usporavaju govor, produžavaju pauze, vrijeme odgovora i imaju strukturirane komunikacijske izmjene.

MULTIFAKTORSKA OKOSNICA CENTRA MICHAELA PALINA

Jasno je da psihološki i jezični faktori utječu na početak i razvoj mucanja. Nadalje, interakcija tih faktora s emocionalnim i okolinskim faktorima, te njihova kombinacija dovodi do ozbiljnosti i zadržavanja poremećaja i njegovog utjecaja na obitelj i dijete.

Procjena i terapija

Procjena djetetovog govora, tečnosti i jezika, dobivanje informacija pomoću strukturiranih intervjua s djecom i njihovim roditeljima, čini okosnicu planiranja terapije, davanja preporuka i predviđanja uspjeha same terapije.

Profil ranjivosti

Istraživanja su uspjela izolirati faktore koji pomažu u identificiranju djece sklone mucanju. To saznanje je bazirano na informacijama o obiteljskoj povijesti, vremenu početka, promjene u mucanju u odnosu na početno i o djetetovoj, odnosno roditeljskoj zabrinutosti. U terapiju su primana samo ona djeca koja mucaju manje od 12 mjeseci.

Terapija

Namjera terapije je uspostaviti strategije koje podupiru djetetov tečan govor i minimiziraju utjecaj mucanja kroz *interakcijske strategije*, koje uključuju izmjene u brzini, duljini i složenosti iskaza, izmjene govornika, korištenje pauza, komentiranje, sljeđenje djeteta, zatim *obiteljske strategije,* koje uključuju smanjivanje anksioznosti, nošenje s preosjetljivom djecom, izgradnju samopouzdanja, kontrolu ponašanja i komunikacijske izmjene, te *djetetove strategije*, u koje spadaju glasovna i jezična terapija, strategije za poboljšavanje tečnosti ili promjena izravnog govora.

Empirička osnova tretmana

U ovom se odjeljku nalaze opisi kliničkih istraživanja koje Palin centar koristi u ispitivanju učinkovitosti Palin RDI-ja. Logičkim slijedom je opisano pet faza istraživanja koje su međusobno povezane.

Faza 1

Klinička izvješća, studije slučaja i male grupne studije su korištene za prikazivanje uspješnosti terapije. Klinička izvješća su detaljno izvještavala o uspješnosti Palin RDI-ja na pojedine klijente i bila dostupna dugi niz godina. Studija slučaja je pratila napredak 4-godišnjeg djeteta kroz 6 tjedana prije terapije, za vrijeme terapije i nakon terapije. Terapija je rezultirala smanjenjem učestalosti mucanja, koja se održala i tijekom postterapijeske faze. U maloj grupnoj studiji se promatralo šestero djece mlađe od 5 godina, koja su mucala manje od 12 mjeseci. Pratilo ih se kroz razdoblje od 6 tjedana prije, za vrijeme terapije i terapije kod kuće, te su narednih godinu dana jedanput mjesečno dolazili na kontrolu. Četvero djece je smanjilo učestalost mucanja s oba roditelja do kraja konsolidacijske faze. Jedno je dijete smanjilo učestalost mucanja samo s jednim roditeljem, a dok je zadnje, šesto dijete smanjilo mucanje tek pred istek godine dana praćenja. Prednosti ovakvog načina praćenja su: mogućnosti ponovljenog mjerenja, te praćenja djetetovog napretka kad se ono pojavi i detaljniji uvid u djetetove cjelokupne vještine tečnosti govora.

Faza 2

Studije su osnovane da bi pokazale na koji način terapija djeluje, koji su klijenti pogodni za pojedini program, broj onih kojima je terapija potrebna i samo provođenje terapije. Iz razloga što Palin naglašava važnost roditeljskog stila interakcije, može se očekivati da će se on mijenjati tijekom terapije. Smatra se da se mjere ishoda, ne smiju odnositi samo na učestalost mucanja, nego i na multidimenzionalnu prirodu mucanja, utjecaj kakav ima na dijete i roditelja i očekivanja i potrebe klijenta. Kako su roditelji sastavni dio terapije, bitno je da budu uključeni u pridonošenje konačnom kliničkom ishodu. Zbog toga su osmišljeni kvalitativni mjerni instrumenti za roditelje koji se nalaze u Palin RDI-ju. Osmišljena je kvalitativna studija čiji je zadatak bio saznati, što je po mišljenju roditelja glavni cilj terapije i kako to ispitati. Cilj je dobiti grupno mišljenje ili sud na danu temu te doći do općeg, zajedničkog mišljenja. Skale se sadržajem osvrću na terapiju koju roditelji i djeca primaju. Osim na pitanja o smanjenju učestalosti i jakosti mucanja, roditelji spominju i smanjenja djetetove anksioznosti, frustracije, brige oko govora, te porast samopouzdanja u govoru i komunikacijskim izmjenama. Također su primijetili pozitivne promjene u vlastitoj razini brige i nošenju s mucanjem. Nastala skala roditeljskog vrednovanja se dobiva prije terapije i za vrijeme njenog trajanja, tako da se promjene mogu evaluirati.

Faza 3

Treća faza istražuje u kolikoj mjeri je terapija učinkovita. Rađena su ispitivanja na slučajno izabranim klijentima, te se ti rezultati mogu generalizirati na širu skupinu ispitanika. Te grupne studije ne ispituju uspjeh pojedinca u terapiji pa se ne može predvidjeti kako će pojedinac reagirati na nju. Velik broj ispitanika se uzima zbog heterogenosti mucanja i individualnom pristupu svakom od njih, te je potrebno sakupiti što više podataka o njima. Studije slučaja proučavaju pojedinu osobu, čiji se rezultati ne mogu generalizirati na cijelu populaciju, ali, dobro organizirana i vođena studija koja se može iznova primjenjivati je dobra osnova za istraživanje na slučajno odabranim ispitanicima. Promatrano je šestoro djece, koje su roditelji snimali tijekom igre, jedanput tjedno, 6 tjedana prije, za vrijeme, nakon terapije, te nakon 6 mjeseci. Sva djeca su pokazala smanjenje učestalosti mucanja, od čega njih četvoro za vrijeme trajanja terapije. Rezultati su pokazali da Palin RDI je učinkovit kod djece kod koje postoji rizik od perzistentnog mucanja, te da će dvije trećine djece pokazati napredak već tijekom terapije.

Faza 4

Iako je jasno da je Palin RDI učinkovit pod određenim uvjetima (educiran logoped, u pripremljenoj okolini), potrebno je ispitati hoće li biti uspješan u drugačijem okruženju i uvjetima. Postoje dokazi da je terapija bila uspješna od strane logopeda koji su prošli edukaciju, ali nisu bili stručnjaci u tom području.

Faza 5

Ona se fokusira na klijentovoj evaluaciji, koliko je zadovoljan, te utjecaj terapije na njegovu kvalitetu života. Skale roditeljskog vrednovanja s dale korisne informacije.

PRAKTIČNI ZAHTJEVI

Edukacija

Traje 3 dana i pruža znanje i vještine koje su potrebne za provođenje terapije. Uključuje:

* uvid u literaturu i primjere kako se primjenjuje na određenu dobnu skupinu
* teoretsko viđenje multifaktorijalne prirode mucanja i implikacije za terapiju
* obrazloženje za anamnezu i detaljnu procjenu djeteta
* razvijanje vještina u formalnim i neformalnim procjenama tečnosti, govora, jezika, komunikacijskih vještina
* donošenje kliničke odluke
* racionalne i praktične vještine za provođenje tretmana
* kliničke vještine potrebne u suradnji s roditeljima

Edukacija uključuje i vježbe (pregled video zapisa, igra uloga). Evaluira se na početku edukacije, na kraju i nakon 6 mjeseci. Polaznici edukacije se uvijek mogu obratiti svojim mentorima.

Vještine procjene - Potrebno je koristiti formalnu i neformalnu procjenu govora, jezika i soc. vještina, te imati audio i video zapise za što bolju kvalitativnu i kvantitativnu analizu. Obavezno se treba uzeti anamneza od roditelja, te je navesti u nalazu, koji će biti jasan i samom roditelju.

Terapeutske vještine - Ključno je savjetovati roditelje na pravi način, slušati ih i tako izvući informacije o djetetu, bez da ih sam daje, podučava ili nudi savjete.

Prilagodba prostora – Prostor bi trebao biti opremljen igračkama odgovarajućim za dob djeteta, imati dovoljno mjesta za igru, te za kameru.

Papirologija- Potrebno je voditi računa o papirologiji, imati zapise sa svakog tretmana, davati instrukcije roditeljima za terapiju kod kuće, preporučiti im dodatnu literaturu.

Vremenski zahtjevi – Procjena traje otprilike 90 minuta, koliko i intervju s roditeljima. Tretman iziskuje 6 jednosatnih seansi, te 10-minutne razgovore kroz 6 tjedana tijekom konsolidacijske faze. Zatim slijedi jednosatna kontrola tijekom te iste faze.

**MULTIFAKTORSKA PROCJENA**

Multifaktorska procjena obuhvaća temeljitu procjenu djetetovih jakih strana i skrivenih slabosti u kontekstu obitelji, uključujući djetetov ekspresivni i receptivni jezik, artikulaciju, govornu brzinu, vještine socijalne komunikacije i opći dojam. Oba roditelja daju opsežne anamnestičke podatke kako bi se ustanovili razvojni, obiteljski, psihološki, zdravstveni i osobni faktori koji bi mogli utjecati na djetetovo mucanje. Roditelji, također, ispunjavaju i skalu procjene po završetku tretmana. Svrha je ove procjene, osigurati u roditelja razumijevanje više različitih sastavnica koje čine mucanje, uz naglasak na faktore koji se tiču teškoća koje njihovo dijete trenutno ima. Na taj se način osigurava individualan pristup svakom djetetu.

Veliki je naglasak stavljen na razvitak odnosa klijent – kliničar te na pomoć upućenu roditeljima kako bi što bolje iskoristili vlastite vještine rješavanja problema.

**PRVA FAZA: UNUTAR KLINIČKOG POSTUPKA**

Upoznavanje i postavljanje Palin PCI ( roditelj-dijete interakcije)

Cilj je prve faze ustanoviti otvoreni dijalog o mucanju i tečnosti, uzajamnu odgovornost u terapijskom programu, razmotriti dijelove procjene, razjasniti moguća pitanja, odrediti suprotnosti „posebnog vremena“ i uvjeriti se da roditelji razumiju u kakvoj terapiji sudjeluju.

Potrebno je dobiti pristanak za videosnimanje tretmana (5 min igranje svakog roditelja s djetetom). Video je važan kako bi se roditeljima ukazalo na načine na koje mogu povećati tečnost govora u budućim tretmanima. Između tretmana, terapeut pregledava snimljeni materijal i uočava primjere interakcija koje potiču tečnost.

Nakon toga, roditeljima se predstavlja koncept „posebnog vremena“. „Posebno vrijeme“ čine posebno osmišljene kućne aktivnosti koje se nadovezuju na terapijski program. Sastoje se od 5-minutnih igara koje svaki roditelj zasebno provodi s djetetom. Roditelji moraju odlučiti koliko će „posebnog vremena“ biti tijekom tjedna (najmanje 3, najviše 5), a s aktivnostima se započinje nakon prvog tjedna tretmana.

Cilj je „posebnog vremena“ osigurati roditeljima vrijeme za uvođenje ciljanih interakcija u opuštenoj, jedan na jedan, igri. Roditelji ispunjavaju listove za domaću zadaću što im pomaže u razmišljanju o cilju na strukturiran način. Terapeut koristi ove liste kako bi utvrdio kako se roditelji uklapaju u promjenu ciljeva.

Druga seansa

Prvi je zadatak ove seanse uvjeriti se da je „posebno vrijeme“ uspješno uspostavljeno. Ukoliko roditelji ne mogu provoditi „posebno vrijeme“, o tome se konstruktivno raspravlja i pokušava se riješiti. Palin PCI program može započeti tek kad je ustanovljen minimalan broj „posebnog vremena „ jer je ono pokretač promjena.

Nakon ovoga, roditelji i terapeut ponovno pregledavaju faktore koji utječu na djetetov tečan govor, a roditelji iznose svoje zaključke o postupcima koji pomažu djetetu.

Zatim se pregledava videozapis načinjen prethodnog tjedna u klinici i proučavaju načini pomoći koje koriste roditelji te jesu li ti postupci uspješni. To može uključivati pomaganje djetetu u preuzimanju vodstva u igri, poticanjem za uzimanjem pauza u govoru ili usporavanjem govora.

Svaki roditelj promatra svoj dio interakcije te potom komentira s terapeutom o korištenim metodama, terapeut pohvaljuje učinkovita ponašanja. Terapeut potom upućuje roditelje na sljedeće korake.

Opća pitanja poput „ što radite, a mislite da pomaže?“, „što je ovdje učinkovito?“ mogu pomoći roditeljima koji će to odmah uočiti, dok je za druge potrebno osmisliti pitanja fokusirana na pojedine trenutke uočene na videomaterijalu. Terapeut koristi pažljivo usmjerena pitanja kako bi roditelji primijetili podržavajuća ponašanja  
ako su već prisutna, bez obzira koliko su kratka. S vremena na vrijeme, materijal se pauzira kako bi se diskutiralo o uočenim ponašanjima. Kao što je objašnjeno ranije, proces gledanja  
video, rasprava o uočenom, te postavljanje ciljeva ostvaruje se na individualnoj razini za svakog roditelja. Roditelji brzo nauče promatrati svoje videozapise. Roditelji ne komentiraju video zapise drugog roditelja , no, ako to žele učiniti, njihovi komentari moraju biti pozitivni i konstruktivni.Terapeut koristi učinkovita pitanja da izazove ideje i misli kod roditelja o tome zašto te posebne interakcije mogu osigurati tečnost kod djeteta. Svaki roditelj potom odabire stil interakcije koji bi htio češće koristiti (ovo se kratko trenira u videozapisu igre s djetetom, a zatim reproducira na video). Kad je svaki roditelj uvjeren da zna na što cilja i zašto, uočeno roditeljsko ponašanje postaje cilj za vježbu unutar „posebnog vremena“ kod kuće, za idući tjedan.

Interakcijski stil koji roditelji primjećuju kao onaj koji pospješuje fluentnost, povezan je s djetetovim vođenjem u igri i zadavanjem tempa interakcije. Jednom, kad roditelj uoči ovo i čeka da dijete preuzme vodstvo u interakciji, dijete određuje tempo igre, jezičnu razinu i sl.

Što dijete više preuzima vodstvo, roditelji moraju promatrati i slijediti djetetovo ponašanje i uskladiti svoju jezičnu razinu s djetetovom. Roditelji također onda uočavaju da promjena jednog aspekta, utječe i na druge. Dok identificiraju ciljana ponašanja koja smatraju korisnima i koja žele češće rabiti, također s terapeutom otkrivaju kako povećanje tih ciljeva može poduprijeti djetetove jezične vještine, fonologiju, povjerenje i autonomiju. Važno je napomenuti da roditelji rijetko imaju više od tri mete tijekom terapije, jer promjene u jednom ciljnom području obično uključuju promjene u drugoj, na primjer, porast u korištenju pauza često rezultira kraćim, jednostavnijim rečenicama i ukupnim smanjenjem brzine. Kad su roditelji zadovoljni ostvarivanjem zadanih ciljeva, ohrabreni su da ostvaruju interakcije s djetetom u drugom vremenu.

Roditelj i dalje komentiraju učinke intervencije te postupno povećavaju prigode u kojima prate interakcije sve dok te interakcije ne postanu prirodne i rutine.

Roditelji / staratelji nakon svake seanse dobivaju domaću zadaću (list kojim identificiraju svoje ciljeve) i broj jedinica „posebnog vremena“ koje su dogovorili prethodno. Ispunjavaju listu na kraju svakog „posebnog vremena“ i vraćaju ga na sljedećoj seansi.

Struktura seansi od 2 do 6

Svaki tretman uključuje sljedeće komponente. Prvo, terapeut provjerava povratne informacije od roditelja (domaću zadaću) i odgovora na sva pitanja o „posebnom vremenu“, ciljevima i njihovom utjecaju. Zatim se snima novi video igre svakog roditelja s djetetom u trajanju od 5 minuta,s naglaskom na interakcijske ciljeve.Terapeut i roditelji gledaju novi video interakcija i rasprava se fokusira na pozitivne promjene koje će podržati djetetove komunikacijske potrebe. Postavljaju se pitanja , kao što su „što ide dobro?“ Također pita, „što još vidite da pomaže?'“ i kakvu razliku to čini?'“ Roditelji zatim uspostavljaju novi cilj za svoje „posebno vrijeme“ i odnose list za domaću zadaću.

**TABLICA „POSEBNOG VREMENA“**

**IME RODITELJA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IME DJETETA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BROJ „POSEBNIH VREMENA“: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATUM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AKTIVNOSTI UNUTAR „POSEBNOG VREMENA“ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KOMENTARI O CILJEVIMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CILJEVI POSEBNOG VREMENA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

KOMENTARI DNEVNIH AKTIVNOSTI O CILJEVIMA U JEDNOJ REČENICI, ZAPIŠITE ŠTO STE NAUČILI KROZ OVOTJEDNE AKTIVNOSTI.

Ostale komponente Palin PCI

Osim glavnih, ranije opisanih komponenti, seanse od 2 do 6 rutinski uključuju teme kao što su javno priznanje mucanja, izgradnja povjerenja, izmjene, suočavanje s emocijama i kontrolu problematičnog ponašanja. Ako tijekom procjene, roditelj izrazi zabrinutost u vezi s djetetovim upravljanjem ili uspostavljanjem rutine (npr. rutine spavanje), da osjeća da to utječe na djetetovu tečnost, dodatne strategije se uzimaju u obzir te ih seuključuje u šestotjedni program. Terapeuti obično razgovorom prolaze kroz situaciju, a zatim pomažu roditeljima pronaći alternativne načine rješavanja problema. To može uključivati ​​pregovaranje oko nekih obiteljskih pravila (npr.vrijeme spavanja), koristeći pohvale i / ili sustave nagrađivanja, naravno, uz postavljanje jasnih granice, a potrebno je i biti dosljedan.

**DRUGA FAZA : kod kuće**Seansa 6 Palin PCI ima isti format kao i prethodne seanse. Najprije je rasprava o narednih 6 tjedana. Tijekom tih 6 tjedana, roditelji i dalje imaju „posebno vrijeme“ sa svojim djetetom kod kuće, provode ciljeve i pišu izvješće. I dalje se uključuju u aktivnosti za razvoj djetetova samopouzdanja, poticanje izmjena, kao i u sve druge bitne stvari za poticanje tečnosti. Iako obitelj nije na klinici u razdoblju konsolidacije, oni i dalje šalju svoja izvješća, kako bi terapeut mogao pratiti napredak i odgovoriti pismom, telefonom ili e-mailom. Ako dođe do pogoršanja djetetove tečnosti za to vrijeme ili ako se pojave drugi problemi, roditelji kontaktiraju terapeuta telefonom što je prije moguće. Ako terapeut ne dobije izvješće, kontaktirat će obitelj. Nova se seansa održava krajem 6-tjednog konsolidacijskog razdoblja. Roditelji također imaju mogućnost podijeliti svoja zapažanja o promjenama koje su napravili i učincima tih promjena na djetetovu tečnost i komunikacijske vještine.

**TREĆA FAZA: PREGLED SEANSI I KLINIČKO DONOŠENJE ODLUKA**

U ovoj fazi, roditelji popunjavaju mjerne skale i raspravljaju o „posebnom vremenu“ i bilo čemu drugome što su uočili tijekom konsolidacijskog razdoblja. Oni također imaju mogućnost  
podijeliti svoja zapažanja o promjenama koje su napravili i učincima tih promjena na  
djetetovu tečnost i komunikacijske vještine. Formalna analiza tečnosti dobiva se na temelju videozapisa koji gledaju oba roditelja. To daje objektivni dokaz napretka i daje roditeljima mogućnost da uzmu u obzir utjecaj promjena koje su napravljene kroz 6 tjedana. Terapeut pojačava napredak i poziva na raspravu o čimbenicima koje roditelji smatraju osobito važnima u povećanju djetetove tečnosti i samopouzdanja. Rezultati procjene kroz roditeljske upitnike i povratne informacije iz izvještaja pomoći će roditeljima  
i terapeutu u odluci o spremnosti praćenja (monitoring). Kriteriji za praćenje su kombinacija faktora, kao što je primjetno povećanje tečnosti i smanjenje količine i / ili težine mucanja, povećanje roditeljskog povjerenja, te smanjenje roditeljske skrbi. Djeca koja nisu iskusila poboljšanje ili koja su dostigla vrh i čiji su roditelji i dalje zabrinuti, počet će seansu izravnog vježbanja tečnosti,u klinici, a koja će biti podržana od strane roditelja kroz treninge „posebnog vremena“ kod kuće.

PREDNOSTI Palin PCI  
Postoji niz prednosti Palin PCI. Prvo, može se provoditi s djecom kojima izravna terapija nije naznačena. Na primjer, može se koristiti s vrlo malom djecom i ne oslanja se na to ima li dijete dobro razvijenu pažnju, slušanje, kognitivne, meta-jezične, ili vještine samopraćenja.  
Drugo, iako pristup potiče roditelje da priznaju da im dijete muca, glavni fokus početne faze nije na djetetovom govor. Ovaj fokus ima prednost jer se može koristiti s djecom čiji je temperament opisan kao vrlo osjetljiv i kod osoba koje tumače izravnu terapiju mucanja načinom otklanjanja neprihvatljivog ponašanja Treće, Palin PCI polaže temelje za djecu kojima je također preporučena komponenta izravne terapije.Uvid, znanja i vještine stečene od strane roditelja tijekom procjene i liječenja, upućuju na važnu ulogu igre u pomaganju djetetu u prijenosu govorne vještine.

**SAŽETAK**

Mucanje se promatra kao multifaktorsko; fiziološki i jezični čimbenici mogu značajno utjecati na razvoj mucanja, a interakcija tih s emocionalnim i ekološkim aspektima može pridonijeti ozbiljnosti i upornosti poremećaja i imati utjecaj na dijete i obitelji .

Detaljna multifaktorska procjena identificira čimbenike koji bi mogli pridonositi mucanju, kao i djetetovu razinu ranjivosti, i ukazuje na područja za terapeutske intervenciju. Glavni fokus Palin PCI jest dijete, njegov ili njezin profil vještina , i sprečavanje daljnjeg razvoja, te ostvarivanje tečnosti u djetetovu okruženju .

Palin PCI provodi šest jednotjednih tretmana s „posebnim vremenom“ kao početnu praksu, a zatim kućno konsolidacijsko razdoblje od 6 tjedana, a zatim pregled i daljnje input, prema potrebi.