



RESTART-DCM Yöntemi

Marie-Christine Franken, Ellen Laroës, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit ve Lottie Stipdonk



GÜNCELLENMİŞ BASIM 2025, 3.0

RESTART-DCM Yöntemi

Marie-Christine Franken, Ellen Laroës, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit ve Lottie Stipdonk

Bu belgeye atıfta bulunmak için: Franken, M.C., Laroës, E., Ormondt, J. van, Smit, F. de & Stipdonk, L (2025). *RESTART-DCM Method*.
Revised edition 2025, basım 3.0
<https://www.restartdcm.nl>

Bu çalışmanın hiçbir bölümü yazarların izni olmadan ve kati olarak kişisel kullanımın dışında indirilemez ya da dağıtılamaz.

Teşekkürler

Öncelikle, çalışmalarıyla RESTART-DCM yönteminin geliştirilmesinde temeli atan araştırmacılara ve terapistlere minnettarlığımızı belirtmek isteriz. Özellikle Dr. Woodruff Starkweather, Dr. Jeanne Riley ve Dr. Glyndon Riley, Dr. Edward Conture ve Dr. Hugo Gregory'e teşekkürü bir borç biliriz. İkinci olarak, RESTART-DCM Yönteminin (2007) ortaya çıkmasına katkıda bulunan tüm dil ve konuşma terapistlerine (kekemelik uzmanlarına) yine içtenlikle teşekkür ederiz. Sevgi ve saygıyla andığımız RESTART-DCM yönteminin ilk basımının ortak yazarı olan Durdana Putker-de Bruijn't'a özel teşekkürlerimizi sunarız.

Bu doküman, Erasmus MC'nin KBB bölümünün destekleriyle geliştirilmiştir. Düzenleme ve kapak tasarımı Erika Endrődiné Benkő (Home-made Graphics) tarafından yapılmıştır. Orijinali Felemenkçe olan bu belgenin İngilizceye çevirisi Karen Laird tarafından yapılmış ve Damsté-Terpstra FUND tarafından finanse edilmiştir.

2025 yılında, RESTART-DCM Yöntemi (2021) Öğr.Gör. Uzm. DKT Barış DİNÇER / Anadolu Üniversitesi, Doç. Dr. M. Emrah CANGİ / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Öğr. Üyesi Nurcan Alpüran KOCABIYIK / İstanbul Kent Üniversitesi ve Dr. DKT Nihal AYDIN / Speech Therapy South London tarafından Türkçeye kazandırılmıştır. Kıymetli katkılarından dolayı kendilerine çok teşekkür ederiz.

İçerik



1 Giriş	7
1.1 RESTART-DCM'in ortaya çıkışı	8
1.2 RESTART-DCM terapisine ne zaman başlanmalı?	8
1.3 RESTART-DCM terapisinin amacı	9
1.4 RESTART-DCM'e genel bakış	10
2 Değerlendirme	12
2.1 Ebeveyn değerlendirmesi	12
2.2 Etkileşim videosu analizi	12
2.3 Çocuk değerlendirmesi	13
2.4 RESTART-DCM Özet değerlendirme formu	14
3 İlk aile görüşmesi	16
4 RESTART-DCM terapisi	18
4.1 Genel özellikleri	18
4.2 Terapi oturumunun yapısı	18
4.3 Üç farklı çalışma düzeyi: terapi esnasında, Özel Zamanlar esnasında, günlük iletişim esnasında	19
5 Faz I: Taleplerin Azaltılması	21
5.1 Motor Taleplerin Azaltılması	21
5.2 Dil Taleplerinin Azaltılması	22
5.3 Duygusal Taleplerin Azaltılması	24
5.4 Bilişsel Taleplerin Azaltılması	25
5.5 Faz I Aşamasında Azaltılmış Taleplerin Günlük Yaşama Aktarılması	26
6 Faz II: Çocuğun Kapasitelerinin Artırılması	28
6.1 Çocuğun Motor Kapasitelerinin Artırılması	28
6.2 Çocuğun Dil Kapasitelerinin Artırılması	29
6.3 Çocuğun Duygusal Kapasitelerinin Artırılması	30
6.4 Çocuğun Bilişsel Kapasitelerinin Artırılması	32
7 Terapinin aşamalı olarak sonlandırılması	35
Kaynakça	37
Ekler	
1 Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Formu	41
2 Özet değerlendirme formu	42
3 RESTART-DCM TERAPİSİNE BAŞLARKEN: Ebeveynler için bilgilendirme	45
4 Restart-DCM Denge	46
5 Duygusal talepleri azaltarak iletişim kurmanın iki aşaması	47

1

Giriş

“Talep ve Kapasite Modeli (DCM)” temelli bir terapi programının Lidcombe programına kıyasla maliyet etkinliği başlığıyla 2007 yılında yapılan ve çoğunlukla RESTART çalışması olarak bilinen araştırma projesi kapsamında (De Sonnevile-Koedoot ve diğ., 2015), DCM’e dayalı bir terapi protokolü geliştirilmiştir. Projeye katılan tüm DKT’lerin (kekemelik uzmanlarının) DCM’i temel alan benzer bir terapi yaklaşımını izlemeleri amaçlanmıştır. Aradan geçen 15 yıldan sonra, söz konusu protokolün artık güncellenmesi gereği doğmuştur. Çünkü protokolün bazı bölümleri doğrudan yapılan araştırmayla ilgiliydi ve sadece Hollanda bağlamında uygulanabilecek şekilde geliştirilmişti. Ebeveynleri kekemelik hakkında bilgilendirmek için hazırlanan broşürler gibi bazı bölümlerinin de güncellenmesi gerekmiştir. Zamanla bu terapi yönteminin uygulanmasıyla ilgili verilen eğitimlerden kazanılan tecrübeyle protokolün belli bölümlerinin daha farklı yazılıp açıklanması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, RESTART-DCM terapi modeli 2021 yılında yapılan ikinci baskıyla güncellenmiştir.

Dünyada kekemelik terapisi alanında izlenen gelişmelerin yanı sıra son dönemde öne çıkan nöroçeşitlilik paradigması, akıcılık terimi hakkındaki soru işaretleri ve uygulamadan gelen deneyimlerden hareketle terapi modelinin 2025 yılında kısmen de olsa bir kere daha güncellenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. RESTART-DCM terapi modelinin amacı olan “optimum akıcılık” ifadesinin her zaman çok iyi anlaşılmadığını gözlemlediğimizden bu konuya bir netlik kazandırılmaya çalışılmıştır. Bunun yanı sıra, RESTART-DCM eğitimi alan terapistlerden özellikle Faz III’ün uygulanmasına ilişkin çok sayıda soru bizlere ulaşmıştır. Bu aşama, bazı kekemelik biçimlendirme tekniklerinden fayda sağlayacağı düşünülen çocuklarda isteğe bağlı uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Ancak unutulmamalıdır ki kekemelik biçimlendirme terapisi RESTART-DCM modelinin kapsamı dışındadır. O sebeple, RESTART-DCM’in köklerine dönerek modelin iki fazlı/aşamalı olarak (Faz I “Talepleri Azaltma” ve Faz II “Çocuğun Kapasitelerini Artırma”) uygulanmasının daha kolay olacağı düşünülmüştür. Önceki basımda Faz III’te çocuğun kapasitelerini geliştirmek amacıyla kullanılması planlanmış müdahaleler Faz II’nin içerisine uygun şekilde yerleştirilmiştir. Son olarak da eklerden iki tanesinde yeniden düzenlemeler yapılmıştır. RESTART-DCM yönteminde anlatılanların, dil ve konuşma terapistlerinin kekemelik hakkında temel konuları bildiği ve farklı terapi yöntemlerinden haberdar olduğu ön kabulüyle yazıldığını belirtmekte fayda olabilir. Kapsamlı bir öykü alımı ve kekemelik değerlendirmesini takiben, dil ve konuşma terapistleri anne-babayla birlikte (Ortak Karar Alma) terapiye (hemen) başlayıp başlamamaya karar verirler. Terapiye başlama kararı verilmişse, ne tür bir terapi yapılacağı ebeveynlerin tercihleri ve çocuğa dair özelliklere göre belirlenirken RESTART-DCM seçeneklerden birisi olarak düşünülebilir. Dahası, bu terapi yöntemine dair kılavuzda yapılan açıklamalar terapinin uygulanmasına ilişkin eğitimlerin yerini tutmayacaktır. RESTART-DCM eğitimlerinde (temel eğitim ve ileri düzey eğitimler) katılımcılar, belirlenen terapi hedefleri üzerinde ebeveynlerle birlikte çalışmak için gerekli becerilere dair uygulamalı eğitim alırlar. Eğitimlere katılan dil ve konuşma terapistleri RESTART-DCM internet sitesindeki ek materyallere erişim sağlayabilmektedirler.

1.1 RESTART-DCM'in ortaya çıkışı

1970'lerde bir grup araştırmacı kekemeliğin, belli bir dengesizliğin sonucu olarak ortaya çıktığı görüşünden hareketle, kekeleyen küçük çocuklar için terapi protokolleri geliştirmeye başlamışlardır. Starkweather'ın (1987, s.75) belirttiği gibi, "Çocuk akıcılık taleplerini karşılayacak kapasiteye sahip olmadığında, kekemelik ya da benzeri durumlarla karşılaşılacaktır." Bu görüş, Talep ve Kapasite Modeli olarak somut bir hale getirilmiştir (DCM, Starkweather, 1987; Starkweather ve diğ., 1990; Starkweather ve Franken, 1991; Starkweather ve Givens-Ackerman, 1997 ve başka araştırmacılar). Bu terapi modeline dayalı protokolün amacı, okul öncesi dönem ve daha küçük yaştaki kekeleyen çocukların motor, dil, duygu ve biliş alanlarında sahip olduğu *Kapasitelerle* (yeterlikler, beceriler) – bu çocuklardan (gelişimsel olarak 2-6 yaş arası) beklenen iletişim *Talepleri* arasında bir denge kurmaktır. Bu sayede dengesizliğin ortadan kalkacağı ve kekemeliğin çözüleceği düşünülmekteydi. Halbuki durumun tüm çocuklar için böyle olmadığı artık herkesin bildiği bir gerçek. Her ne kadar kekemeliğin nedenine ilişkin kesin bir şeyler söylemek mümkün olmasa da genetik ve nörolojik unsurlarla gelişimsel faktörlerin toplamının bir çocuğun kekelemeye başlayıp başlamayacağını ya da kekemeliğin kronik bir duruma dönüşüp dönüşmeyeceğini belirlediğini söylemek yanlış olmayacaktır (Franken ve diğ., 2024). DCM terapisi bu gelişimsel unsurlar üzerinde belli bir yere kadar etkili olabilmektedir. Buradaki varsayımımız DCM terapisinin bazı çocuklarda kekemeliğin – daha hızlı bir şekilde – çözülmesine katkı sağlama ve bazı çocuklarda da kekemeliğin bir probleme dönüşmesini engelleme potansiyeline sahip olduğudur. Son dönemde yapılan izleme araştırmalarının sonuçları bu varsayımı destekler yöndedir (Koenraads ve diğ., 2025).

İlk DCM-terapisiyle (Starkweather ve diğ., 1990) karşılaştırıldığında RESTART yaklaşımı şu bakımlardan farklılık göstermektedir: (1) terapi protokolü daha net bir şekilde yapılandırılmıştır, (2) Duygusal Talepleri azaltmak için belirli bir yöntem eklenmiştir, (3) Kapasite artırma eğitimi, Riley ve Riley (1985) tarafından geliştirilen motor konuşma eğitimi ve daha başka unsurları da kapsayacak şekilde genişletilmiştir ve (4) terapötik amaçların ebeveynlere model olunarak gösterilmesi artık RESTART-DCM terapi yönteminin esas bileşenlerinden biri olarak belirlenmiştir. Bu sebeplerle, RESTART-DCM yaklaşımının tanımını sadece ebeveynlere verilen tavsiyelerle sınırlamak mümkün değildir. Değerlendirme sonrası tespit edilen gereksinimlerden hareketle konuşma (kekemelik) terapisinin odak noktası ebeveynlerle birlikte çalışarak konuşma davranışında ilgili değişikliklerin gerçekleştirilmesi ve beceri eğitimidir.

1.2 RESTART-DCM terapisine ne zaman başlanmalı?

Küçük bir çocuk (gelişimsel olarak 2-6 yaş aralığında) kekelemeye başladığında, genellikle ebeveynlerin cevaplanmasını istediği çok sayıda soru olur ve bu durumla ilgili olarak kaygılanmaya başlarlar. Her zamanki konuşma biçimleri birden değiştiğinde çocuklar da çok şaşırıp üzülebilirler. Çok kısa süre içerisinde savaş ya da kaç tepkisi geliştirebilirler. Çocuk bir dil ve konuşma terapistine yönlendirilir ya da ebeveynlerin kendisi bir DKT ile iletişime geçebilirler. Kekemelik davranışı çok dikkat çekici düzeyde olmasa ve/veya çok düşük düzeyde bir artış olsa bile ebeveynler, DKT'den tavsiye ve rehberlik alabilirler.

Çocuklara Lidcombe ve RESTART-DCM yaklaşımının uygulanmasının uzun vadedeki sonuçlarına ilişkin yapılan RESTART araştırmasında (Koenraads ve diğ., 2025), çocuğun terapiye başladığı zamanki yaşı ile gelecekteki kekeleme durumu arasında güçlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir: çocuk ne kadar küçükken terapiye başlanırsa kekemeliğin çözülme olasılığı o denli artmaktadır. O nedenle, günümüzde artık değerlendirmeyi takiben beklemek yerine hemen terapiye başlanması tavsiye edilmektedir. Değerlendirme sürecinde kekemelikte bir azalma izlenmesi halinde, ebeveynler ve terapist birlikte terapinin ertelenmesinin uygun bir seçenek olup olmadığına karar verebilirler.

Çocuklar 6 yaşına gelene kadar konuşma sistemlerinde çok sayıda değişiklikler meydana gelir ve bunların sonucunda da konuşma örüntüleri gelişir. Terapiyle iletişim becerileri desteklendiği gibi konuşma örüntülerinin gelişip güçlenmesine de katkı sunulabilir. İkincil kekemelik davranışlarının ortaya çıkması engellenebilir ya da var olan ikincil davranışlar azaltılabilir.

RESTART-DCM terapisi, 2-6 yaş arasındaki çocuklar için kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Ancak, Talep-Kapasite ilkeleri akranlarından geride olan genç ve yetişkinlerde de iletişim sürecini desteklemek için kullanılabilir.

1.3 RESTART-DCM terapisinin amacı

RESTART-DCM terapisinin amacı, çocuğun kendisini mümkün olan en rahat biçimde ifade edebilmesini sağlamak adına (bu esnada kekelese de kekelemese de) çocuğun sahip olduğu Kapasitelerle çocuğun iletişim davranışları üzerindeki Talepler arasında en uygun dengeyi kurabilmektir.

Açıklamalar:

- **En uygun denge:** çocuğun kendisine ve çevresine ilişkin faktörlere bağlı olarak Kapasiteler ve Talepler arasında en iyi uyum düzeyi.
- **Çocuk:** kekeleyen okul öncesi dönem yaşındaki çocuklar (2-6 yaş arası).
- **Kapasiteler:** çocuğun sahip olduğu ve kendisini (rahat bir şekilde) ifade etmesinde rolü olan dilsel, duygusal, bilişsel ve motor alan yeterlikleri ve becerileri.
- **Talepler:** hem çocuğun kendisinden (içsel) hem de çevresinden (dışsal) kaynaklanan ve konuşma baskısı yaratan güçlükler ile dilsel, duygusal, bilişsel ve motor alan gereklilikleri.
- **Kendisini en rahat biçimde ifade edebilmesi (bu esnada kekelese de kekelemese de):** en temel amaç çocuğun kendisi olması ve kendisini ifade etmesidir; kekemeliğin bunları engellediğini hissetmemesidir. Bu nedenle, öncelikle amaç kekemeliğin ortadan kaldırılması değildir. En uygun denge sağlandığında kekemelik daha hızlı ve büyük oranda kendiliğinden çözülmektedir. Terapinin, kekemeliği ortadan kaldırmayı hedeflememesinin üç katmanlı bir nedeni vardır:
 1. **Kalıcı kekemelik:** çocukların yaklaşık dörtte biri terapi alsalar da kekelemeye devam etmektedirler. Bunun yanı sıra, çevresi tarafından kekeleyiği düşünülmeyen ancak hala kekelediklerini hisseden de bir grup çocuk vardır. Bu yüzden, tüm çocuklara kekemeliğin biraz farklı ancak hiç sorun edilmemesi gereken bir konuşma biçimi olduğu öğretilmelidir.

“Kekelemek sorun değildir” mesajı tüm süreç boyunca terapi uygulamasının en can alıcı bileşenidir. Bu şekilde tüm çocuklar, gelecekteki konuşma biçimleri ne olursa olsun, kabul edilme duygusunu deneyimleyebilirler. Akıcılık üzerinde yoğunlaşılması bu kabul duygusunun hissedilmesini engelleyebilir.

2. *Aile etkileri:* terapinin odak noktası daha az kekelemek ya da hiç kekelememek olduğunda, ebeveynler bir rahatlama hissederler. Ancak, birden çok çocuğun kekelediği ailelerde akıcı konuşmanın üzerinde durulması kekelemeye devam eden çocuğu olumsuz yönde etkileyebilir.
3. *Hayal kırıklığı:* Kekemeliğin (yeterince hızlı bir şekilde) azalmaması, çocukları daha rahat ve daha özgüvenli bir şekilde konuşmaya başladığında dahi anne-babaları hayal kırıklığına uğratabilmekte ve mutsuz olmalarına neden olabilmektedir. Kekemelikten dolayı, ebeveynlerin çocuklarının geleceği ile ilgili, özellikle zorbalığa maruz kalmalarına ilişkin, kaygıları olabilir. Bu da terapi motivasyonları ve sürece bağlılıkları üzerinde etkili olabilir. Terapinin etkilerini görmezden gelmeye ve hatta “zaten işe yaramayacak” demeye başlayabilirler. Tam olarak bu nedenle, terapinin öncelikli amacının ne olduğunun tekrar tekrar konuşulması ve ebeveynlerin korkularının giderilmesi çok önemlidir. Çocuk, ebeveynler ve konuşma terapisti iletişime ilişkin baskıları azaltmak ve çocuğun kendisini ifade etme becerisini güçlendirmek için her şeyin yapıldığı konusunda anlaştıklarında terapinin amacının gerçekleştirildiği söylenebilir. Diğer bir deyişle, çocuğun sahip olduğu Kapasiteleri ile içsel ve dışsal Talepler arasında en uygun denge kurulduğunda terapinin amacı gerçekleşmiştir.

1.4 RESTART-DCM’e genel bakış

Not: Faz I’de konuşma davranışına ilişkin ebeveynlere öğretilen değişiklikler geçici düzenlemeler olarak görülmelidir. Bu değişikliklerin amacı çocuğun Talepler ve Kapasiteler arasında daha iyi bir denge kurmasını sağlamaktır. Özellikle konuşma seslerinin çok yavaş sesletilmesi gibi değişiklikler anne-babaya pek doğal gelmeyebilir. Aslında ‘doğal’ değildirler, sadece terapi sürecinin bir parçasıdır. Bu değişiklikler çocuğun rahat konuşmasına yetmeyen düzeydeki Kapasitelerinden dolayı yapılmakta, terapi sonunda gözetim altında azaltılarak sonlandırılmaktadırlar.

RESTART-DCM yaklaşımının takip edilmesi gereken belirli bir yapısı vardır. Öncelikle, ebeveyn görüşmesi, ebeveyn-çocuk etkileşimi analizi ve çocuk değerlendirmesinden oluşan bir *değerlendirme* yapılır (bkz. Değerlendirme bölümü, Paragraf 2). Değerlendirme tamamlandıktan sonra, ebeveyn(ler)e sonuçların detaylı bir şekilde açıklandığı bir *aile görüşmesi* planlanır. Ayrıca, ebeveyn-çocuk arasında düzenlenecek Özel Zaman uygulaması ve kayıt tutma süreci anlatılır (bkz. İlk aile görüşmesi, Paragraf 3). Bu aile görüşmesi, değerlendirme sonuçları ile RESTART-DCM terapi sürecinde neler yapılacağı arasında bir “köprü” görevi görür.

RESTART-DCM terapisi iki fazdan oluşur. Terapi Faz I’den başlar (bkz. Faz I: Taleplerin Azaltılması, Paragraf 4). Faz 1’in amacı dışsal *Talepleri* azaltmaktır; diğer bir deyişle, çocuğun iletişim çevresinden gelen Talepleri. Çocuğun o andaki Kapasiteleriyle kendisini rahat bir şekilde ifade etmesini mümkün kılacak (daha çok) yapısal düzenlemeler yapılır. Ebeveynlere ve çocuk üzerinde etkisi olan diğer kişilere danışmanlık yapıp eğitim verilerek çocuk için geçerli olan söz konusu Talepleri azaltma yoluna gidilir. Terapinin Faz II aşamasında (bkz. Faz II: Kapasite Artırılması, Paragraf 6) çocuğun rahatlıkla konuşmasını sağlayacak Kapasitelerinin artırılması hedeflenir. Gerek duyulması halinde Faz I devam ederken Faz II’ye geçilebilir. Böylelikle çocuğun Kapasiteleri artırılmaya çalışılırken, dil ve konuşma terapistinin bir yandan da Faz I’de dışsal Talepleri azaltmada kaydedilen gelişmelerin devam etmesini sağlaması gerekir. Bunu gerçekleştirmek için, çocukla iletişim kurduğu anlarda Taleplerin düşük seviyede olmasına dikkat etmesi gerekecektir – ta ki artık

bu davranışa gerek kalmayana kadar. Çocuğun günlük hayattaki iletişim becerileri üzerindeki Taleplerin çocuğun seviyesine uygun bir şekilde tutulması Faz II boyunca kesintisiz devam edecektir.

Bunların dışında, her iki fazda da 4 gelişim alanı sistematik olarak ele alınır: Motor alan, Dil alanı, Duygusal alan ve Bilişsel alan. Bu alanların çalışılmasında sabit bir sıra izlenir, sırasıyla Motor alan, Dil alanı, Duygusal alan ve Bilişsel alan. Sadece çocuk için gerekli olduğu düşünülen alanlar (ve bu alanlar içindeki öğeler) çalışılır. Bunun yanı sıra, Faz I ve II'deki tüm terapi oturumlarında takip edilmesi gereken sabit bir yapı vardır (bkz. 4.2). Diğer taraftan, ebeveynlerin uygulama sürelerinde (Özel Zamanlar) öğrendikleri davranış değişikliklerini günlük konuşma ortamlarına aktarmaları da hemen hemen sabit bir yapıda gerçekleşir (bkz. 4.3 ve 5.5).

2

Değerlendirme

2.1 Ebeveyn değerlendirme

Terapiye başlamadan önce yapılan kapsamlı değerlendirmenin amacı çocuğun Kapasiteleri ve hem kendisinin hem de çevresinin yarattığı Talepler hakkında detaylı bilgi edinebilmektir. Değerlendirmenin sonucunda, Kapasiteler ile Talepler arasındaki dengesizliğe ilişkin varsayımlar türetilir. Bunu yapabilmek için çocuğun güncel (ve yetersiz olan) Kapasiteleri ile hem kendisi hem de çevresinden kaynaklanan Talepler ve de bu ikisi arasındaki dengesizlik incelenir. Bu şekilde, iletişim bakımından zayıf noktalar bulunur. Bunu takiben, elde edilen verilerin yorumlanmasına bağlı olarak terapi amaçları belirlenir.

Genel kural, ilk olarak ebeveynlerle bir görüşme planlanmasıdır. Görüşmede yapılanlar aşağıda listelenmiştir:

- Danışan Öyküsü Alma – genel sağlık öyküsü – kekelemik öyküsü
- Ebeveynlere göre kekemeliğin nedeni
- Kekemelle ilişkili düşünce ve duygular (hem çocuğun hem ebeveynlerin)
- Çocuğun mizacı
- Algılanan Kekemelik Şiddeti ve Yüğü (örneğin, Görsel Analog Ölçek-VAS puanı yardımıyla)
- Kısaca DC (Talep-Kapasite) modelinin tanıtımı, ilgili şekilde gösterildiği gibi (bkz. Ek 4)
- Değerlendirmenin diğer boyutlarının açıklanması (etkileşim videosu analizi ve çocuk değerlendirme)
- Ebeveynler (ör: çocuklarının mizacına dair) ve çevreye (ör: öğretmeni veya oyun grubu/kreşteki bakıcılara dair) uygun ilave anketlerin uygulanması.

2.2 Etkileşim videosu analizi

Ebeveyn-çocuk etkileşiminin ele alınacağı oturum için ebeveynler ve çocuk kliniğe davet edilir. Danışan öyküsü alınırken çocuğun hem ebeveynleri hem de kardeş(ler)iyle etkileşiminin analiz edilmesinin iletişim becerisindeki zayıf noktaların tespiti açısından önemli olduğu kanısına varılırsa onlar da bu oturuma katılmak üzere çağırılırlar. Katılmalarının iyi olacağına daha sonraki aşamalarda karar verilmesi durumunda, ilerleyen zamanlarda da benzer bir analiz oturumu düzenlenebilir. Birisi serbest diğeri daha yapılandırılmış bir oyun olmak üzere iki farklı oyun bağlamında video kaydı alınacak şekilde düzenleme yapılır. İki video kaydının toplam süresi yaklaşık 15 dakika olmalıdır. Ebeveynlerden ve çocuktan tıpkı evlerinde olduğu gibi olabildiğince doğal bir oyun oynamaları istenir. Serbest oyunda kullanabilecekleri çeşitli materyaller tedarik edilir ve yaklaşık 7-8 dakika boyunca oynarlarken video kayıtları alınır. Bunu takiben, zorluk düzeyi farklı birkaç tane yapboz verilerek o yapbozlar üzerinde çalışırken de yine yaklaşık 7-8 dakikalık video kaydı alınır.

Kaydedilen ebeveyn-çocuk etkileşimi analiz edilerek Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Formu üzerinde puanlanır (bkz. Ek 1). Sol taraftaki ilk sütunda ilgili Talep alanlarının baş harfleri kodlanmıştır: M (Motor alan), Dİ (Dil alanı), DY (Duyusal alan) ve B (Bilişsel alan). Sağ taraftaki Serbest Oyun ve Yapboz başlıklı sütunlara ilgili davranışların ne kadar kapsamlı ya da sık sergilendiklerini gösteren notlar alınır. Özellikle mesleğe yeni başlayan ve ebeveyn-çocuk etkileşimi analizi yapma konusunda çok deneyimli olmayan dil ve konuşma terapistlerine iki bağlamdaki ebeveyn-çocuk etkileşiminin beşer dakikalık bölümlerini yazıya dökmeleri tavsiye edilir. Böylelikle, kaç defa açık uçlu soru sorulduğu, sıra alma davranışının düzenliliği ve hem çocuğun hem de ebeveynlerin tepkilerinin yeterli olup olmadığı gibi konular kolaylıkla tespit edilebilir. Ebeveynlerin ve çocuğun sesletim hızları tespit edilir.

2.3 Çocuk değerlendirmesi

Dil gelişimi hakkında herhangi bir soru işareti ya da kuşku olmasa bile tüm çocuklar muhakkak standart dil testlerine tabi tutulurlar. Talepler ve Kapasiteler arasında nasıl bir ilişki olduğunu tespit edebilmek için söz konusu dengesizliğin Kapasitelerin düşük olmasından mı (dil ve konuşma gelişiminin zayıf olması) yoksa Taleplerin yüksek olmasından mı (dil gelişiminin daha iyi olması ya da dil profili içerisinde dengesizlik olması) kaynaklandığı ortaya çıkarılmalıdır. Dil becerileri arasında bir dengesizlik olup olmadığını anlayabilmek için hem sözcük hem de tümce düzeyinde alıcı ve ifade edici dil becerileri ölçülür. Sesbilgisi ya da sesletim kaynaklı konuşma sesi bozukluğu olup olmadığı kontrol edilir.

Çocuğun sergilediği kimi kaçınma davranışlarından, başarısızlık korkusundan ya da çocuğun koopere olamamasından dolayı elde edilen puanların güvenilir olmadığı düşünülürse, değerlendirmenin bu bileşeni ilerleyen zamanlarda terapi süreci devam ederken tekrar değerlendirilir.

Doğrudan kekemeliğe ilişkin kullanılan değerlendirme araçları şunlardır:

- Oral Motor Değerlendirme Ölçeği (OMAS – Riley & Riley, 1985)
- KiddyCAT (Vanryckeghem & Brutten, 2007)
- SSI-4 (Riley, 2009).

Danışan öyküsü alınırken ebeveynlerin söylediklerinden hareketle, gerekiyorsa terapist çocuğun kekemeliğinin farkında olup olmadığına ilişkin başka değerlendirmeler de yapabilir. Bunu yapmak için çocuğa sorular sorulabilir veya terapistin yaptığı istemli kekemeliklere çocuğun verdiği tepkiler gözlemlenebilir. Ayrıca, kısa bir deneme oturumunda çocuğun iletişim baskısındaki değişikliklere (artmasına ve azalmasına) verdiği tepkileri izlenebilir.

2.4 RESTART-DCM Özet değerlendirme formu

Bu form üzerine (bkz. Ek 2), danışan öyküsünden elde edilen önemli noktalar betimlenir ve değerlendirme bulguları not edilir. Söz konusu form 3 bölümden oluşmaktadır:

- **Bölüm 1'e** çocuğun genel ve tıbbi öyküsüne ilişkin elde edilen değerlendirme sonuçları kaydedilir. Ayrıca, kekemeliğe özgü bulgular da özet olarak yazılır.
- **Bölüm 2'ye** değerlendirme verilerinin bir özeti not edilir. Öncelikle, kekemeliğe ilişkin veriler kaydedilir: hem nicel hem de nitel bir betimleme yapılır, SSI-4 (Riley, 2009) ve etki puanları tespit edilir. Ardından, 4 gelişim alanındaki Taleplere ve Kapasitelere ilişkin değerlendirme verileri kaydedilir. Tüm bunları yazarken aşağıdaki düzeni takip etmek daha kolay ve standart bir uygulama yapılmasını sağlayacaktır:
 - Önce, Kapasiteler bölümüne, çocuk değerlendirmesinde kullanılan testlerden elde edilen sonuçlar yazılır.
 - Ardından, ebeveyn-çocuk etkileşim analizinden elde edilen bilgiler ilgili Talep alanlarına doldurulur (ebeveyn-çocuk etkileşim formunun sol taraftaki sütununda yer alan bilgiler). Bunun yanı sıra, ebeveynlere/öğretmene uygulanan ilave anketlerden elde edilen veriler de yine bu bölüme yazılır.
 - Sonra, formdaki Bölüm 3'e (terapi amaçlarıyla ilgili bölüm) geçmeden önce, terapi planının oluşturulmasında kullanılan ve *çocuğun iletişimindeki zayıf noktalardan hareketle üretilen varsayımlar* yazılır. Bunu yapabilmek için de çocuğun Kapasiteleri ile bu kapasitelere denk gelen dışsal Talepler dikkate alınır. Not: İçsel Talepler daha sonra Faz 2'de ele alınacaktır. Birkaç örnek vermek gerekirse:
 - » İfade edici dil becerilerine ilişkin test bölümlerinde yüksek puan alan bir çocuk, şu şekilde kaydedilmelidir: güçlü ifade edici dil becerileri Dil alanı Kapasitesi ile ilişkilidir. Uzun tümceler için daha fazla motor planlama yapılması gerektiğinden ve bu tür ifadeler daha hızlı söylenme eğiliminde olduğundan, güçlü ifade edici dil becerileri, *Motor Talepler (içsel)* kısmına da yazılır. Uzun tümceler kurmak çocuğun Motor alan Kapasiteleri üzerindeki Talepleri artıracaktır. İfade edici dil becerileri güçlü olan bir çocuğun ebeveynleri tarafından ebeveyn-çocuk etkileşimi esnasında sunulan dil girdisi genellikle karmaşık bir düzeyde olacaktır. Bu da yine özet değerlendirme formunda Dil alanı Talepler (dışsal) bölümüne kaydedilmesi gereken bir veridir. Bununla birlikte, kaydedilen ebeveyn-çocuk etkileşimi esnasında herhangi bir şekilde karmaşık dil kullanımına şahit olunmamışsa bile çocukların maruz kaldığı dilin başlıca kaynağı ebeveynler olduğundan ve çocukların dil becerileri bu yolla geliştiğinden muhtemel bir güçlük kaynağı olarak not edilmelidir.
 - » Tam tersi bir örnek; ifade edici dil puanları düşük olan bir çocuk. Bu bilgiyi kaydetmek için *Dil alanında ifade edici dil Kapasitesinin* zayıf olduğu not edilmelidir. Anne-baba tarafından sağlanan yaşa uygun dil girdisi ise çocuğun Kapasitesinin düşük olmasından dolayı *Dil alanında* yüksek dışsal Talepler olarak not edilmelidir. Bu örneklerle iki farklı düzeyde dengesizliğe işaret edilmektedir: 1 çocuğun kendi içindeki alıcı ve ifade edici dil becerileri arasındaki ve 2 çocuğun dil kapasiteleri ile çevreden sunulan dil girdisi arasındaki dengesizlik.

- » Mutluluğu, kızgınlığı, korkusu da üzüntüsü uzun süre boyunca geçmeyen, duygusal tepkiselliği yüksek olan (mizaç olarak) bir çocuğa ilişkin verilerin şu şekilde kaydedilmesi uygun olacaktır.
Duygusal alanla ilgili Kapasite bölümüne zayıf/güçsüz olduğu (duygusal öz-düzenlemede başarısız) not düşülür. Sonrasında buna karşılık gelen dışsal Taleplerin neler olduğu araştırılır: çocuğun çevresi bu yoğun duygusal tepkiselliğin tetiklenmesini önleyecek şekilde davranıyor mu (çocuğun duygularını bastırmasına gerek kalmadan)? Davranmıyorsa, o zaman *Duygusal alanda yüksek dışsal Taleplerden* bahsedilebilir ki bu da ilgili sütuna kaydedilir.
- **Bölüm 3**'te, çocuğun sahip olduğu ve maruz kaldığı Kapasitelere ve Taleplere bağlı olarak tespit edilen iletişim baskılarından hareketle geliştirilen varsayımlara göre terapi amaçları oluşturulur. Her gelişim alanına kaydedilen notlar terapinin izleyeceği yolu belirler.

3

İlk aile görüşmesi

Değerlendirme basamağı tamamlandıktan ve özet değerlendirme formu doldurulduktan sonra aşağıdaki amaçlar doğrultusunda çocuğun katılmadığı bir aile görüşmesi planlanır:

- Kekemeliğe dair sözlü ve yazılı bilgilendirme (bkz. Ek 3)
- Değerlendirme bulgularını paylaşma
- Ebeveyn-çocuk arasında gerçekleştirilecek olan 15 dakikalık Özel Zaman uygulamalarını anlatma
- Kayıt defterini tanıtmak.

a. Buradaki amaç, kekemeliğin kalıtsal/doğuştan gelen faktörlerle gelişimsel faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığının ebeveynler tarafından anlaşılmasını sağlamaktır. İşte bu faktörler arası etkileşimden dolayı da çocuğun mevcut Kapasiteleri sınırlı ya da dengeli olmayan bir gelişime sahiptir ki bu da kekemeliğin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Aksi takdirde, tamamen normal olan iletişim Talepleri çocuğun hali hazırda sahip olduğu Kapasitelerine göre çok fazla olmazdı. Bu bilgi akılda tutularak, ebeveynlere çocuktan ya da dışarıdan kaynaklanan Taleplerle çocuğun Kapasiteleri arasındaki dengeyi sağlayabilmek ya da iyileştirebilmek için iletişim baskısını nasıl azaltacakları terapiler aracılığıyla öğretilir. Ancak bundan sonra çocuğun Kapasiteleri artırılabilir. Bu şekilde ilerlendiğinde genelde Kapasitelerin Taleplerden daha ağır bastığı (daha güçlü olduğu) olumlu bir denge yakalamak mümkün olabilmektedir. Olması tercih edilen bu tür bir dengenin sonucunda, çocukların yaklaşık %75'inde kekemelik sönümlenmektedir. Yaklaşık dörtte birinde ise kekemelik belli bir düzeyde varlığını sürdürmektedir. Bütün çocuklarda Talepler ve Kapasiteler arasında bir denge kurmanın amacı çocuğun rahatlıkla ve özgüvenli bir şekilde iletişim kurabilmesini sağlamaktır (kekelese de kekelemese de). Kekemeliğin ne düzeyde sönümlendiği ikincil düzeyde bir öneme sahiptir.

b. Görüşme sırasında, değerlendirme sonuçları, DCM (bkz. Ek 4) üzerinden görselleştirilip açıklanarak anne-baba ile paylaşılır. Başlıca bulgular özetlenir ve bir dizi görsel örnek sunulur (ebeveynleri bilgi bombardımanı altında bırakmamak için). OMAS'tan (motor konuşma Kapasiteleri) alınan düşük puanların ebeveynlere gösterilmesi, örneğin çocuğun çevresindekilerin konuşma hızlarını düşürmelerinin neden yararlı olacağının anlaşılmasını kolaylaştıracaktır.

Çocuk değerlendirilmesinden elde edilen bulguların DC model üzerinden açıklanması, anne-babanın terapi sürecinde göstereceği iş birliğinin düzeyini artırabilir. Çocuğun gelişimine destek olmak için iletişimin olabildiğince kolaylaştırıldığı bir çevre oluşturmayı başaran ebeveyn – ki bu durumu yanlış yapmakta olduğu bir şeyin düzeltilmesi gibi değil de olumlu bir değişikliğe atılan adım gibi değerlendiren ebeveyn – genellikle terapiyi daha aktif ve yapıcı bir şekilde uygulayacaktır. İlerleyen zamanlarda, yeri geldikçe üzerinde çalışılan gelişim alanına ilişkin daha kapsamlı bilgilendirmeler yapılabilir. Not: Terapi süreci boyunca, ebeveynlerin kendilerine verilen alıştırmaları DC modeli bağlamında uygulamaya devam edip etmediklerinin yer yer

kontrol edilmesinde fayda vardır. Bu sebeple, ilk ebeveyn görüşmesinden sonraki aşamalarda düzenli olarak bu konuya tekrar dönmek de faydalı olacaktır.

c. Ebeveyn-çocuk arasında yapılacak olan on beş dakikalık Özel Zaman uygulamaları anlatılır. Buradaki ana fikir ebeveynin haftanın beş günü, günde en az 15 dakika olacak şekilde, çocuğuyla baş başa ve tüm dikkatini çocuğa vererek geçireceği zamanı planlamasıdır. Eve verilen ilk ödev budur: Önümüzdeki hafta yapılacak olan Özel Zaman uygulamalarının zamanlarının planlanması. Özel Zamanlar, ebeveynin Talepleri azaltmakla ilgili becerileri çalıştığı süredir. Terapinin Faz II aşamasında bu süre, çocuğun Kapasitelerini artırmak için tasarlanmış alıştırmalara ayrılır.

d. Ebeveynlerden, Özel Zamanlarda yaşananlara ilişkin notlar almak üzere bir kayıt defteri tutmaya başlamaları istenir. Bunun yanı sıra hem terapist hem de ebeveyn terapi oturumlarıyla ilgili detayları da bu deftere kaydederler. İlk hafta ebeveyn sadece Özel Zaman uygulamasının ne kadar sürdüğünü, ne zaman yapıldığını ve kullanılan materyalleri kaydeder. Çocuğun da hazır bulunduğu ilk oturumdan itibaren terapist de ebeveyn de söz konusu deftere notlar almaya başlarlar. Ebeveyn çocuğuyla iletişim kurarken yapacağı değişikliklerin alıştırmalarını yapmaya başladığında iletişim şeklinin hangi boyutunu değiştirmeye çalıştığını ve sonucun ne olduğunu yine bu deftere not eder. İlerleyen aşamalarda, ebeveynler her Özel Zaman uygulamasından sonra not almayı bırakırlar. Onun yerine o hafta yapılan alıştırmalarla ilgili olarak genel bir değerlendirme yaparlar ve yine iletişimin değiştirilen boyutuna dair hem kendilerinin hem de çocuğun tepkilerini kaydederler. Elbette, sorular ve gözlemler de eklenebilir.

Anne-babalar, kayıt defterine kekemeliğin şiddetinin seyri ve etkisiyle ilgili gözlemlerini de yazabilirler. Bunun için dilerlerse Yairi ve Ambrose (1999) tarafından geliştirilen 8 puanlık ölçeği ya da Lidcombe Programı (Onslow ve diğ., 2020) içerisinde kullanılan 10 puanlık ölçeği kullanabilirler. Bazı durumlarda ebeveynler önce günlük olarak değerlendirme yaparak başlarlar ve zamanla bütün haftayı temsil edecek bir puan verme aşamasına geçebilirler (muhtemelen haftaya ilişkin en yüksek puan da ilave bilgi olarak kaydedilir). Ağırlıklı olarak çocuğun kekemeliğine odaklanan ebeveynlerden, her gün çocuğun konuşurken zorlanmadığı beş ifadeyi kaydetmeleri istenebilir. Bu şekilde odak notası kekemelik olmaktan çıkar ve daha çok rahat iletişim asıl odaklanılan konu haline gelir. Neredeyse her zaman, ebeveynler, kekemeliğin çocuklarının iletişimi üzerinde sandıklarından daha düşük düzeyde bir etkisi olduğunu fark ederler.

4

RESTART-DCM terapisi

4.1 Genel özellikleri

En önemli unsurların ebeveynler ve terapist arasında kurulacak sağlam bir iş birliği, terapinin asıl amacının ne olduğunun unutulmaması ve de konuşma terapistinin tutumu olduğu söylenebilir. Terapist tutumu ile kastedilen her oturumda, her tümcede, her durumda *söylenenlerle yapılanların tutarlı* olmasıdır. “Kekelemek, senin konuşma biçimidir ve son derece normaldir.” Bu mesajı başarıyla verdiğimizde hem çocuklara hem de ailelerine Kapasitelerle Talepler arasında en uygun dengeyi yakalamaları konusunda yardımcı olmuş oluruz. Bu tutum neredeyse her zaman kekemelik sıklığını azaltmaktadır. Hatta bazı çocuklardaki etkisi son derece fazladır. RESTART-DCM terapi protokolünü oluşturan iki faz ve her birindeki ilgili dört gelişimsel alan yukarıda açıklanmıştır (bkz. 1.4 RESTART-DCM’e genel bakış). Başlangıçta, ebeveynler ve çocuk haftalık 45-60 dakika arası olacak şekilde terapi oturumlarına gelirler. Danışanın ve ailenin durumuna göre, terapi süreci içerisinde oturumların sıklığında değişiklikler yapılabilir. Koruma fazına geçildiğinde haftalık oturumların süresi yarım saate iner. Protokolün genel kurallarından bir diğeri, ebeveyn ve çocukla birlikte yapılan dört oturum tamamlandıktan sonra yine çocuğun katılmadığı bir aile görüşmesi planlanmasıdır. Bu görüşmeye her iki ebeveynin de katılması beklenir. Bu toplantı, çocuğun kekemeliğiyle ilgili ve onun yanında konuşulmak istenmeyen konuların ele alınması için bir fırsattır. Söz konusu toplantıda anne-babanın deneyimlediği acı verici duyguların, suçluluk duygusunun ya da çocuğun kekemeliğinin sönümlenmesini sağlamak için üzerlerinde hissettikleri sorumluluk duygusunun yarattığı yükün konuşulması için de zaman ayrılır. Yine genellikle bu toplantıda ele alınan konulardan biri terapinin yürütülmesinde ebeveynlerinin birbirinden farklı rolleri ve ikisinin de terapiyi ayrı ayrı nasıl uygulayabilecekleridir. Kekemelle ilişkisi olabileceği düşünülen ebeveyn tutumları hakkında da konuşulabilir. Anne-babayla gerçekleştirilen bu oturumlar ancak ihtiyaç duyulursa planlanır.

4.2 Terapi oturumunun yapısı

Her oturumda takip edilen sabit bir sıra vardır:

- Terapist, çocukla oyun oynadığı sırada, konuşma davranışındaki değişikliğe dair model olur; ebeveyn bu esnada süreci gözlemler ve kayıt defterine notlar alır.
- Ardından, ebeveyn terapistin model olduğu konuşma değişikliğini çocukla oyun oynarken uygulamaya çalışır.
- Bunu takiben terapist ve ebeveyn, ebeveynin uygulama denemesi hakkında fikir alışverişinde bulunurlar.
- Terapist, ebeveynle birlikte gelecek hafta ebeveynin ilgili konuşma değişikliğini nasıl uygulayacağını planlar.
- Terapist, ebeveyninden bir sonraki hafta uygulayacağı terapiyi özetlemesini ister.

- Oturum sonunda, terapinin evde uygulanmasına/eve aktarılmasına ilişkin sorular, tam olarak anlaşılmayan noktalar ve varsa sorunlar için vakit ayrılır.
- Terapist (aralıklarla ve ebeveynlerle birlikte), terapi amaçlarının anne-babanın kafasında net olup olmadığını, yapılan etkinliklerin terapi amaçlarına hizmet edip etmediğini ve terapistle ebeveynler arasında yeterli düzeyde bir uyum olup olmadığını kontrol eder
- Çocuğun da hazır bulunduğu ikinci oturumdan itibaren, her bir terapi oturumunun başında:
 - Ebeveyn, çocuğuyla oynarken terapinin ilgili boyutlarının bir önceki hafta evde nasıl uygulandığını gösterir.
 - Çocuk oyun oynamaya devam ederken terapist ve ebeveyn, kayıt defterine aldıkları notlar, bir önceki hafta çalışılan terapi boyutları ve oturumun hemen başında ebeveynin sergilemiş olduğu örnek uygulama hakkında konuşurlar.

Yukarıdan da anlaşılacağı üzere, ebeveynler konuşma terapistiyle birlikte çalışarak konuşma davranışlarında değişiklikler yapmayı öğrenip pratik ederler. *RESTART terapi programının hiçbir zaman sadece ebeveynlere tavsiyede bulunmaktan ibaret olmadığı* altını bir kere daha çizmekte fayda vardır. Konuşma terapisti konuşmada yapılacak değişikliği model olarak gösterir ve ebeveynle birlikte alıştırmalarını yaparlar. Ebeveyn klinik ortamda öğrendiği bu değişiklikleri evde Özel Zamanlarda uygular. Konuşma terapisti ancak ebeveynin istendik konuşma değişikliğini başarıyla uyguladığına ikna olduktan sonra ebeveyn ilgili değişiklikleri uygulamaya başlar. Belli bir konuşma değişikliğinin ebeveyne tam olarak öğretilmesi bazen birkaç oturum sürebilir.

4.3 Üç farklı çalışma düzeyi: terapi esnasında, Özel Zamanlar esnasında, günlük iletişim esnasında

Terapinin nihai amacı öğrenilen davranış değişikliklerinin günlük iletişimde uygulanabilmesidir. Bununla birlikte, bu amaca yavaş yavaş ulaşılabileceği unutulmamalıdır. Konuşma alışkanlıklarının değiştirilmesi ancak bilinçli bir çaba sarf edilerek mümkün olabilir. Bundan dolayı, ebeveynin yapacağı ilk şey bir konuşma davranışı değişikliğini – örneğin sesletim hızını azaltmayı – terapi oturumları esnasında pratik etmektir. Aynı şey çocuk için de geçerlidir: değişiklikler önce terapi oturumlarında pratik edilir. Sonrasında, ebeveynin ilgili konuşma davranışı değişikliğini ya da çocuğun becerilerine ilişkin değişiklikleri Özel Zaman sınırları içerisinde hayata geçirmesi istenir. Söz konusu konuşma davranışı değişikliğinde ustalık kazanıldıktan sonra ebeveynin bu konuşma davranışını sadece Özel Zamanlarda değil gün içerisinde de uygulaması istenir. Başlangıçta, ebeveynin söz konusu konuşma değişikliğini günlük hayatta uygulayabileceği sadece bir durum (örneğin, yatmadan hemen önce ya da banyo yaptırırken) belirlenir.

Bu nedenle Terapinin Faz I aşamasında yeni bir davranış değişikliğinin pratik edileceği zaman Özel Zamanlardır.

Özel Zaman esnasında zaten ustalık kazanılan değişiklik sürdürülürken bir yandan da yeni değişiklikler eklenir. Yeni çalışılan konuşma davranışı değişikliğinde de ustalık kazanılmasını takiben ebeveyn artık 15 dakikalık Özel Zamanların dışında ve yine kendisinin belirlediği günlük durum(lar)da bu değişikliği de hayata geçirir. Böylelikle Özel Zaman uygulaması içinde çalışılacak yeni davranış değişiklikleri için yer açılmış olur. Bu konuda kararı dil ve konuşma terapisti çocuğun gereksinimlerinden hareketle verecek ve yeni davranış değişiklikleri hali hazırda devam etmekte olan uygulamalara artı bir destek olarak öğretilip çalışılacaktır. Çocuğun Kapasitelerinin artırıldığı Faz II aşamasında, Özel Zamanlarda çocuğun becerileri üzerinde çalışılır ve ebeveynler Faz I'de öğrendikleri davranış değişikliklerini uygulamaya devam ederler. Faz II boyunca çocuğun üzerinde çalışılan becerileri günlük yaşama taşıması beklenmez çünkü böyle yapmak mevcut Taleplerde ciddi bir atışa neden olabilir. Çocuğun ustalaştıktan sonra daha kısa konuşmak ya da sıra alma kurallarına uymak gibi becerileri otomatik olarak uygulamaya başlayacağı varsayılır.

Terapist bazen ebeveynin terapide çalışılan değişiklikleri gündelik hayat içerisinde doğru uygulayıp uygulamadığına ilişkin kuşkuya düşebilir. Bu durumda devreye sokulabilecek ideal seçenek ebeveynin davranış değişikliklerini aktardığı günlük durumlara ilişkin düzenli şekilde video kaydı almasını istemektir. Sonrasında, terapist ebeveynle birlikte terapi oturumu içerisinde bu kayıtları izleyip ilgili yönlendirmeleri yapabilir, görmüş olduğu aksaklıklar varsa sorun giderme yaklaşımıyla ebeveynin konuşma davranışındaki değişiklikleri gündelik durumlara ne şekilde aktaracağı konusunda yapıcı geribildirimler verebilir.

5

Faz I: Taleplerin Azaltılması

Değerlendirme sonucunda birden çok gelişim alanında yine birden çok gereksinim olduğu tespit edilebilir. Gelişim alanlarının çalışılması *her zaman için aşağıdaki sırayı izler*. Terapiye Motor alandaki ilk gereksinimden başlanır. Kazanımların aktarılması yukarıda anlatılan şekilde gerçekleşir.

Sadece bir konuşma davranışının değiştirilmesinin başka bir gereksinimi de ortadan kaldırması olasıdır. Örneğin, bazı durumlarda, ebeveynler çocuğun dilbilgisel becerilerine uyumlu bir şekilde kendi sesletim/konuşma hızlarını düşürdüklerinde daha kısa sözcelerle konuşma gereksinimi de karşılanmış olacaktır. Daha yavaş bir tempoda konuşulmasının doğal sonuçlarından biri kısa sözcelerle konuşmaktır. Bir diğer olasılık da örneğin sadece Motor ve Dil alanına ilişkin Talepler azaltıldıktan sonra daha fazla terapiye ihtiyaç olmayabileceğidir. Yapılan değişiklikler, çocuğun kekemeliğinin sönümlenmesini sağlamış olabilir ve artık terapiye gereksinim duyulmayabilir (bkz. Terapinin sonlandırılması, Bölüm 7).

Sadece söz konusu çocuk ve ebeveyn için geçerli olan Talepler üzerinde azaltma çalışması yapılır. Konuşma terapistinin görevi, değerlendirme sonucunda belirlediği gereksinimlere yönelik alıştırımlar geliştirmek ve ebeveynin seçili konuşma davranışı değişikliğini yeterince iyi bir düzeyde yapabiliyor olmasını sağlamaktır. Ebeveynlerden belli bir davranışı yapmamalarını ve/veya baskılamalarını istemek (ör: “soru sormamaya çalışın”) pek etkili sonuçlar elde edilmesini sağlamayacaktır. Bunun yerine alternatif bir davranış modeli sunmak çok daha yararlıdır (ör: “konuşurken düz tümceler kullanın”).

5.1 Motor Taleplerin Azaltılması

YAYGIN GÖSTERGELER:

- Akıcı konuşma esnasında ebeveynin sesletim/konuşma hızı çocuğunkinden fazladır.
- Çocuk göreceli olarak hızlı bir sesletim hızına sahiptir (saniyede 3.5 heceden fazla).
- Ebeveyn ve/veya çocuk, etkileşim süresini sınırlı tutmaktadır ya da biri diğerinin sözünü kesiyordur.
- Aile yaşıntısı genel olarak hızlı bir tempoya sahiptir / telaşlıdır.
- Aile alışkanlık olarak zamanın dar olduğu durumlarda hızlı bir tempoyla konuşmaktadır

(bkz. Etkileşim videosu analizi, paragraf 2c, d, 4c ve 5.).

AMAÇ:

Çocuğun gerçekleştirdiği dil- konuşma planlama ve yürütmesinin bu gibi anlarda kendi Kapasitelerinin sınırlarını aşmaması için zaman baskısını ve konuşma hızını azaltmak.

EBEVEYNİN YAPABİLECEĞİ OLASI DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ:

- Çocukla sakin, rahat ve doğal bir şekilde akıcı konuşmak. Doğru konuşma hızının ne olduğunu tespit etmenin yolu çocuğun kekelemediği zamanlardaki sesletim/ konuşma hızının hesaplanmasıdır. Küçük çocuklarda bu hız çoğu zaman saniyede 3,5 heceyi geçmez. Eğer takılmadan söylenen sözcükler yoksa ve çocuk nispeten hızlı bir şekilde konuşuyorsa, ebeveyn kendi iç modeli aracılığıyla daha düşük bir sesletim hızında konuşmayı öğrenmelidir. Bunu öğrenmek çok zaman alabilir. Ebeveynler daha yavaş konuşmaya başladıklarında bazı çocuklar fark etmeden kendi konuşma hızlarını düşürürken kimileri kendi normal tempolarında konuşmaya devam ederler ama yine de konuşurken daha rahat olurlar. Amaç çocuğun sesletim hızının düşürülmesi değildir! Not: Ebeveynlerle konuşurken, durumu karmaşıklaştırmamak adına sesletim hızı yerine konuşma hızı ifadesi kullanılır.
- Yanıt verme süresinin geciktirilmesi (yaklaşık 1-2 saniye) ve **kesinlikle** üst üste konuşmamak.
- Çocuğun söylemek istedikleri için yeterince zaman vermek. Yeterince vakit olmadığı durumlarda ebeveyn konuşmak için doğru zamanlama olmadığını belirten bir işaret verir, yani çocuğun anlatmak istedikleri daha uygun bir zamana ertelenir.
- Çocuk söz kesme davranışı sergilediğinde, mesela dur işaretine benzer bir şey kullanarak sözel olmayan bir yolla sakince sırasının gelmesini beklemesi gerektiğini hissettirmek. O anlarda ebeveyn söz kesen çocukla değil kim konuşuyorsa onunla göz teması kurmaya özen gösterir.
- Ailenin ve kültürün özelliklerine uygun olacak şekilde göz temasını sürdürmek. Göz teması kurulması etkileşimin sakin olmasına destek olur ve üst üste konuşmaların azalmasını sağlar çünkü konuşan kişinin sözünün bitip bitmediği görülebilir.
- Aile hayatının genel temposunu kontrol altına almak (etkinlikler arası geçişin sakin olmasını sağlayarak ya da arada yeterince 'boş' zaman bırakılarak). Zaman baskısına karşı ya da hızlı hareket edilmesi gereken bir yaşam biçimi içerisinde ebeveyn, sakin ve kısa ifadelerle konuşmayı ve uzun sohbetleri/ tartışmaları daha başka bir zamana ertelemeyi öğrenir.

5.2 Dil Taleplerinin Azaltılması

YAYGIN GÖSTERGELER:

- Çocuk üst düzey bir dil becerisine sahiptir.
- Çocuk öykü anlatırken çok az sayıda (doğal) duraklamalar yapar ya da hiç yapmaz.
- Ebeveyn çok sayıda soru sormaktadır.
- Ebeveynin kullandığı düz tümce sayısı daha azdır.
- Ebeveynin konuşma sırası kendisinde olduğunda söylediği sözcük sayısı çocuğun kendi sırasında söylediklerinden daha fazladır.
- Ebeveyn çocuğun gelişimsel yaşına uygun olandan daha karmaşık bir dil kullanıyordur (karmaşık/bileşik tümceler, nispeten zor sözcükler, uzun tümceler, devrik ya da edilgen yapılar).
- Ebeveyn sık sık yeni bir konu açıyordur

(bkz. Etkileşim videosu analizi, Paragraf 1a, b, 2a, b ve 4a, d, e.).

AMAÇ:

Çocuğun dil profili ve seviyesiyle uyumlu olmak; dil gelişimini gereğinden fazla uyarmamak, dil işleme ve ifade edici dil becerileri bakımından yüksek taleplerde (aşırı düzeyde) bulunmamak.

EBEVEYNİN YAPABİLECEĞİ OLASI DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ:

- Konuşurken (soru yerine) düz tümceler kullanmak, uzunluk ve karmaşıklık bakımından çocuğun gelişimsel yaşı ve profiliyle (değerlendirme sonuçlarına göre) uyumlu sözcükleri kullanmak.
- Ebeveyn ve çocuğun sıraları geldiğinde söyledikleri sözce sayılarının dengeli olmasını sağlamak.
- Mümkün olduğu sürece dikkat kesilerek ve destekleyici bir dil kullanarak çocuğun liderliğini takip etmek.
- Çocuğun açık uçlu soruları cevaplarken daha çok kekelediği tespit edilmişse, öncelikle hangi seçeneğin seçileceğinin bariz olduğu ya da kapalı uçlu soruları tercih etmek.
- Sıklıkla, çocuğun üretimlerini düz tümce şeklinde ve uygun olan bir yorum ekleyerek tekrarlamak (Çocuk: “Köpeğe dokunmak istiyorum.” Ebeveyn: “Oo, tabi, dokunabilirsin. Köpekleri seviyorsun demek.”). Çocuğun söylediği sözce, dilbilgisi kurallarına uygun değilse, ebeveyn ağızdan çocuğu düzeltmekten kaçarak, sakın ve nesnel bir ses tonuyla bu yöntemi kullanarak çocuğun doğru ifadeyi duymasını sağlamalıdır (“Ben kızı seçtik”. “Tamam, demek kızı seçtin.”).
- Çocuğun doğru şekilde telaffuz edemediği bir sözceyi tekrar etmesini istememek.
- Bazen bir şeylerin adının hatırlanmayabileceğine ve o zaman ilgili şeyi betimleme yoluna gidilebileceğine dair örnek olmak (“Bir çeşit çizgili at”). Böylelikle, çocuk her şey için doğru adlandırmayı hızlı bir şekilde bulma baskısından kurtulacaktır.
- Sohbet ederken aynı şey hakkında birden çok benzer ifadeler söylemek (‘artık sözcükler/tekrarlayan sözcükler’). Bu şekilde çocuk aynı sözcüğü farklı bağlamlarda ve birkaç defa duyup hem anlamını hem de biçimini daha kolay aklında tutacaktır. Bir diğer faydası da sohbet içerisindeki bilgi çokluğunun sadeleşmesi olacaktır ki bu durum çocuğun bilgi işleme kapasitesi üzerindeki talepleri azaltacaktır. Benzer durum tümce yapısı bakımından da geçerlidir (‘artık dilbilgisi/tekrarlayan dilbilgisi yapıları’). Tümceler üzerinde bilinçli olarak asgari düzeyde değişiklikler yapmak, çocuğun işleme yükünü azaltacaktır. Dahası, tekrarlayan yapıların çocuk tarafından taklit edilmesi daha kolaydır. Not: Kendisinden aynısını yapmasını **istemedi**, çocuk sözel bilginin biraz farklı biçimlerine tekrar tekrar maruz bırakılır.
- Kimi durumlarda daha az konuşulması gerektiğini fark etmek. Kekemeliğin genelden daha sık izlendiği günlerde, masa başı oyunları, boyama, hamurla oynama, bisiklete binme, makasla kesim yapma ya da müzik dinleme gibi ya hiç konuşulmayacak ya da çok az konuşmayı gerektirecek etkinlikler tercih edilebilir – ama çocuğa daha az konuşması gerekiyormuş gibi bir mesaj verilmemelidir. Böylelikle ebeveyn, dikkat gösterip ilgilenmenin illa konuşma yoluyla olmak zorunda olmadığını öğrenmiş olur.
- Çocuk doğal olarak duraklamalar yapmıyorsa ebeveyn belki dur işareti ya da benzeri bir şey kullanıp çocuğun söylediklerini 2-3 sözcükle özetler ve ardından çocuğun sözlerine devam etmesine izin verir.

5.3 Duygusal Taleplerin Azaltılması

YAYGIN GÖSTERGELER:

- Çocuğun kekemeliğinin şiddeti ile güçlü duygular arasında bir ilişki vardır.
- Çocuk genel olarak hata yapmaktan korkuyordur ya da kekemeliğine karşı hassastır.
- Ebeveyn-çocuk etkileşimi daha çok duygusallığın yoğun olduğu anlarla karakterizedir. Bu durum çocuk üzerinde duygusal uyarılma ve baskı yaratır.
- Ebeveynin özellikle çocuğun iletişimine ilişkin verdiği tepkiler telaşlı, stresli, kaygılı, endişeli vb. şeklindedir; bu durum doğrudan çocuğa yansımaktadır.
- Ebeveynin (çevrenin) çocuğun davranışlarına tepkisi, çocuğun mizaç özellikleriyle uyumlu değildir (Düşük Uyum).
- Herkes farkında olsa ve çocuk için bir sorun teşkil ettiğini bilse de ebeveynler çocuklarıyla kekemelik hakkında konuşmaktan çekiniyorlardır (*Sessizlik Sarmalı*) (bkz. Etkileşim videosu analizi paragraf 1c, 3, 4b, f, 6a, b, c, d.).

AMAÇ:

Ebeveynin çocuğuna saygı duyduğunu ve onu dikkate aldığını göstermek. Çocuğunu ve çocuğunun konuşma biçimini kabul ettiğini hem sözleri hem de davranışlarıyla gösterir. Aile üyeleri, iletişim baskısını/taleplerini azaltacak şekilde sakin, huzurlu bir duygusal zemin hazırlarlar. Bu konuların tümünün terapi alıştırımlarına dönüştürülmesi mümkün değildir, bazılarının doğrudan ebeveyn oturumlarında ele alınması gerekecektir. Bununla birlikte, bu noktada bir kere daha dil ve konuşma terapisti örnek olmak, alıştırımların yapılmasını sağlamak ve ebeveynlerin becerilerini geliştirmek için elinden geleni yapmak durumundadır.

EBEVEYNİN YAPABİLECEĞİ OLASI DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ:

- Genel olarak (ve önleme amaçlı) sakin kalmayı ve çocuğun yanında kendi yoğun duygularını hafifletmeyi öğrenmek.
- Yapılandırılmış, dolayısıyla güvenli ve kestirilebilir bir çevre oluşturulması. Okul öncesi çocuklarının pek çoğu rutinler ve öngörülebilirlik aracılığıyla sakin kalabilirler (örneğin, yemek saatlerinin hep aynı olması). Haftalık programlar anne-baba tarafından resimler aracılığıyla görselleştirilebilir. Doğum günü partisi gibi etkinlikler çizelge üzerinde işaretlenebilir. Böylelikle, neyin ne zaman yapılacağı net bir şekilde belirtilmiş olur ve bu da genel olarak sakin bir çevrede yaşamayı mümkün kılar.
- Çocuğun mizaç özelliklerini anlayıp kabul etmek ve verilecek tepkileri bu özelliklerle uyumlu hale getirmek. Ebeveynler, çocuğun yaptıklarına tepki vermek yerine kendisine değer vermeyi öğrenir ve 'Uyum İyiliğini' sağlayabilmek için çalışır.
- İki aşamalı tepki vermeyi öğrenerek çocuğun yoğun duygularını dindirmek (bkz. Ek 5 Azaltılmış Duygusal Taleplerle iletişim kurmanın iki aşaması). Olumlu bir şekilde sakin bir ses tonuyla karşılık verildiğinde, çocuğun yoğun duyguları genelde daha kısa sürede sakinleşir (birinci aşama). Söz konusu güçlü (olumsuz) duyguyu düz bir tümce şeklinde söze dökmek çocuğun yaşadığı duyguların görmezden gelinmesine mâni olur. Ardından sakin davranışlarla normal rutine geri dönülür (ikinci aşama).
- Çocuk örneğin öfke gibi bir duyguya saplanıp kalmış bir haldeyse ebeveyn sakin ve nötr bir ses tonuyla "Odana gidip kızgınlığının geçmesini bekleyebilirsin" diyebilir. Önemli olan nokta, çocuğun kızgınlığını ifade ettiği

için odasına gönderildiğini hissetmemesidir. Odasına gönderilmesi sosyal bir ortamda kaldığı takdirde kızgınlık davranışının gösterilecek dikkat ve ilgiyle pekiştirilmesinin önüne geçecektir.

- Çocuğun konuşma şekli hakkında tavsiye vermekten kaçınmak. Ne kadar iyi niyetli bir davranış olsa da bu tür tavsiyeler çoğunlukla çocuğun kekemeliği hakkında daha gergin olmasına neden olur.
- Çocuk kekemeliğine dair olumsuz bir duygusal tepki sergiliyorsa (ör: korku, rahatsız olma, kızgınlık ya da çaresizlik gibi) veya bariz bir şekilde konuşmasıyla boğuşuyorsa ebeveyn duruma ilgi gösterirken sakin ve yargılayıcı olmayan bir tavır takınmalıdır ("Sadece ağzın tutuldu; Konuşmak bazen gerçekten çok zor olabiliyor, ara sıra herkesin zorlanması normal bir durumdur."). Ebeveyn, kekelemenin sorun olmadığını gösteren bir tutum sergiler ki bu da kekemelik dostu bir çevre oluşturulmasını sağlar.
- Çocuğun yaptığı hatalar karşısında kendisine fazla yüklenmemesi için ebeveyn hata yapıldığında nasıl tepki verilmesi gerektiğini örnek olarak ("herkesin başına gelebilir") gösterir. Kekemelik anının hata olarak anlaşılmadığından emin olunmalıdır.
- Çocuğun kekemelik anlarına karşı hassasiyetini azaltabilmek için ebeveynlerin, çocuklarının kekemeliğine özgü akıcısızlıkları ara sıra ve doğal bir şekilde konuşmalarının arasına serpiştirmeleri yerinde olacaktır. Ebeveynler bazen bu alıştırmayı kolay bir şekilde kavrayamamakta ve hatta bazen kekemelik anları hakkında çok hassas olabilmektedirler. O yüzden öncelikle neden böyle bir davranış değişikliği yapmaları gerektiği açık bir şekilde gerekçelendirilmeli ve çocuğun olmadığı oturumlarda alıştırmaları sağlanmalıdır.

5.4 Bilişsel Taleplerin Azaltılması

YAYGIN GÖSTERGELER:

- Çocuk "her şeyi bilmek" isteyen ve durmadan daha fazla öğrenmeye çalışan birisidir.
- Ebeveyn, büyük oranda bilişsel olarak karmaşık sorular sormaktadır.
- 'Konuşma talep etme' davranışı gözlemlenir; örneğin, "Dedene okulda neler yaptığını anlat bakalım."; "Bu konuda sen ne diyorsun?"
- Ebeveyn çocukla sohbet ederken çocuğun gelişimsel seviyesinin üstünde ve karmaşık dil yapıları/bilişsel bağlantılar kullanır.
- Ebeveyn durmadan yeni konular açar ve/veya mevcut durum ve anın dışında olan konular hakkında konuşur.

(bkz. Etkileşim videosu analizi, Paragraf 1d, 2a, b, 3, 4a, d, e ve 6c.)

AMAÇ:

Ebeveyn çocuktan beklediği aşırı bilişsel talepler hakkında bilgilendirilir ve uygun olan durumlarda bu davranışını değiştirir. Klinik deneyimler, çok sayıda bilişsel talebin genellikle daha fazla kekemeliğe neden olduğunu göstermektedir.

EBEVEYNİN YAPABİLECEĞİ OLASI DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ:

- Karmaşıklık düzeyi çocuğun (gelişimsel) yaşına uygun olan soruları teker teker ve çocuğun yanıt vermesine yeterli zaman tanıyacak şekilde sormak.
- Soracağı soruyu çocuğun yorum yapıp yapmamakta serbest olacağı şekilde oluşturmak: "Hmm, bir düşüneyim bakalım, acaba çocuklar bugün okulda

neler yapmıştır merak ediyorum... Bence resim yapmışlardır.” Çocuk bu iletişim girişimine karşılık verip vermemekte özgürdür.

- ‘Konuşma talep etme’ davranışından olabildiğince uzak durmak ve yerine düz bir tümce kullanmak. ‘Konuşma talep etme’ aslında nispeten karmaşık bir soru yapısına sahiptir ancak öyle olduğu anne-babalar tarafından pek fark edilmez: “Bugün okulda neler yaptığınızı annene anlat bakalım”; “Sınıftaki kızla ilgili bana anlattığın şeyi babana da anlatsana.” Ebeveyn, böyle yapmak yerine, düz tümcelerle konuşup uzun esler verdiğinde iletişim baskısında önemli bir azalma olur. Anne, örneğin, şöyle bir şey söyleyerek başlayabilir: “Babası bakar mısın, Can bana bugün okulda olan komik bir şeyi anlattı ...”. Bu tümceden sonra uzun bir duraklama yapılırsa çocuk sohbeete katılıp katılmama konusunda kendisini özgür hisseder. Buna ilaveten ebeveyn şöyle bir şey de söyleyebilir “Boya tüpleriyle ilgili bir şeymiş ...”, yine çocuğa sohbeete katılıp katılmamanın onun tercihi olduğu mesajı verilir.
- Yeni konular açıp çocuktan dikkatini bunlara vermesini istemek yerine çocuğun başlattığı sohbet girişimlerine tüm ilgi ve dikkatini vermek. Bu şekilde davranıldığında ebeveyn, çocukla uyumlanır ve çocuğun seviyesinde kendisiyle etkileşime geçer.
- Oyun oynarken çocukla sohbet etmek ve dil/biliş seviyesine uygun kitaplar okumak. Bu durum çocuğun sorularını yanıtlarken de geçerlidir. Okul öncesi dönemdeki bir çocuğun bir konuyla ilgili çoğunlukla genel hatları bilmesi yeterlidir, detaylara ihtiyacı yoktur.

5.5 Faz I Aşamasında Azaltılmış Taleplerin Günlük Yaşama Aktarılması

Bölüm 4.3’te, 3 farklı düzeyde pratik yapma konusu ele alınmıştır. Ebeveyn ilk önce terapi oturumlarında, sonrasında Özel Zaman uygulamalarında Talepleri nasıl azaltacağını öğrenip pratik ederek aynı davranışı en son günlük iletişim bağlamlarına taşımaktadır. Değişimi hayata geçirmek dikkat isteyen bir şey olduğundan bu süreç yavaş ilerlemektedir. Ebeveyn terapi oturumlarında bir Talebi azaltmayı öğrendiğinde, diyelim daha yavaş sesletim hızıyla konuşmak gibi, bu değişikliği *öncelikle* Özel Zamanlarda uygulamaya başlar. Bunu yapmaya başlar başlamaz, ebeveyn aynı talebi sabit bir günlük bağlam içerisinde de azaltmaya girişir. Buna uygun günlük bağlamların ne olacağı ebeveynle birlikte konuşarak belirlenir. Örneğin, sabah çocuğu giydirirken, gece yatırırken, banyo yaptırırken, okula bırakırken, yemek yerken gibi. Ebeveynin bu değişikliği hayata geçirdiği günlük bağlamlar giderek genişler. Terapi oturumu içerisinde *yeni* bir davranış değişikliği pratik edildiğinde, bu değişiklik Özel Zaman kapsamında daha önce hayata geçirilen değişiklikle birlikte uygulanmaya başlar. Örneğin, yavaş bir sesletim hızıyla konuşurken çocuğa sunulan etkileşim süresi bakımından daha geniş davranmaya başlanabilir. Bu noktada, söz konusu yavaş konuşma temposu günlük bir iki bağlam içerisinde uygulanmaktadır ama etkileşim süresi bakımından geniş davranma henüz günlük bağlamlara aktarılmamıştır. Bu değişiklik öncelikle ebeveynin tüm dikkatini toplayabildiği Özel Zamanlarda pratik edilir.

Söz konusu ek değişikliğin uygulanmasında ustalık kazanıldıktan sonra, bu değişiklik de 15 dakikalık Özel Zamanların dışına çıkıp seçili günlük iletişim bağlamları içerisinde hayata geçirilir. Bahsi geçen günlük bağlamlarda ebeveyn artık hem yavaş bir tempoyla konuşmaya hem de etkileşim süresi bakımından çocuğa daha fazla zaman vermeye başlayacaktır. Böylelikle, Özel Zamanlarda yeni davranış değişikliklerinin pratik edilebilmesi için yer açılmış olacaktır. Bunun ne olacağı yine çocuğun gereksinimleri doğrultusunda konuşma terapist tarafından belirlenir ve diğerleri gibi ek bir destek olarak öğretilip kullanılmaya başlanır. Örneğin, bu noktada belirlenecek yeni değişiklik herkesin dengeli bir konuşma sırasına sahip olmasını sağlamak olabilir.

6

Faz II: Çocuğun Kapasiteleri- nin Artırılması

Çocuk için gerekli olan tüm alanlarda Talepler aşamalı bir şekilde azaltıldıktan ve Kapasiteleri Destekler Çevre (KDÇ) oluşturulduktan sonra, artık dikkatler Faz II aşamasında çocuğun Kapasiteleri üzerinde çalışmaya dönebilir. Faz II, Faz I'in tamamlanmasının ardından çocuğun Kapasiteleri ile çevrenin Talepleri arasında optimum bir denge kurulamaması ya da çocuğun kolay bir şekilde konuşmasının mümkün olmaması halinde başlatılır. Faz II'nin amacı da (kekelense de) rahat bir iletişim kurulabilmesini sağlamaktır ve tüm terapinin temelini oluşturmaktadır: yapılan tüm etkinliklerin amacı budur.

Not: Faz I'in amacı olan Kapasiteleri Destekler Çevre oluşturmak, Faz II aşamasında gerçekleştirilecek terapi uygulamalarının temelini oluşturur. Çocuğun Kapasitelerini artırmaya yönelik tüm alıştırımlar KDÇ kapsamı içerisinde yapılır. Bu noktada dil ve konuşma terapisti ebeveynler için örnek olmaya devam eder. Dolayısıyla, bu konu Faz II'deki terapi oturumlarının da *sabit bir bileşenidir*.

Bunun yanı sıra, dört gelişim alanının Faz I'deki çalışma sırası Faz II'de aynen takip edilir: Motor alan, Dil alanı, Duygusal alan ve Bilişsel alan. Buna karşın, Faz II'de ilerlenirken bir gelişim alanından diğerine geçiş yapmak için ilgili alana dair çalışmaların bitirilmesi beklenmez. Örneğin, motor konuşma becerileri üzerinde uzun süreyle çalışmak gerekli olabilir. Bu durumda, söz konusu beceriler her bir terapi oturumu sırasında kısaca ele alınabilir. Bir yandan Motor gelişime dair alıştırımlar yapılırken, eğer gerekliyse eş zamanlı olarak çocuğun Dil becerileri üzerinde de çalışmalara başlanabilir. Ya da duruma göre Duygusal Kapasiteleri artırmak adına terapi yapılırken bir yandan da oturumların belli bir bölümü motor konuşma alıştırımlarına ayrılabilir veya dil becerilerini geliştirme çabaları sarf edilebilir. Faz II'de de tıpkı I'de olduğu gibi elde edilen bulgular ışığında optimum denge kuruluncaya kadar sadece çocuk için gerekli olduğu düşünülen alanlarda terapi yapılır.

Son olarak, Faz II'deki terapi oturumlarının yapılandırılması için de benzer bir kuralın geçerli olduğu söylenebilir. Dil ve konuşma terapisti, belli bir alıştırmanın nasıl yapılacağını örnek olarak gösterirken ebeveyn gözlemler ve kayıt defterine notlar alır. Ardından ebeveyn aynı alıştırma yapar ve terapist tarafından yapıcı geribildirimler sunulur (gerekirse); son olarak da ebeveynin ilgili etkinliği yapmada ustalaştığı düşünüldüğünde aynı alıştırımlar evde de yapılır.

6.1 Çocuğun Motor Kapasitelerinin Artırılması

OLASI GÖSTERGELER:

- OMAS (Riley & Riley, 1985) değerlendirmesi, motor konuşma becerilerinin düşük olduğunu işaret etmektedir. Bilgisayarlı Sesletim Aracı'ndan (CAI, Maassen vd., 2019) elde edilen sonuçlar da bu bulguyu desteklemektedir.

AMAÇ:

Konuşma hareketlerinin netliğinde, akıcılığında ve hızında gözlemlenebilen gelişmelerle konuşmanın motor planlama ve yürütmesini güçlendirmek.

YÖNTEM:

Motor konuşma becerileri Riley ve Riley (1985, 1999) tarafından geliştirilen Motor Konuşma Eğitimi (SMT) aracılığıyla güçlendirilir. Verdiğimiz eğitimlere katılan dil ve konuşma terapistleri OMAS ve SMT materyallerine RESTART-DCM internet sitesi üzerinden ücretsiz olarak ulaşabilirler.

Klinik terapi oturumu içerisinde ebeveyn ve çocuk çalışılan beceriyi başarıyla uygulamaya başlar başlamaz artık evde, günde iki kere ve beşer dakika olacak şekilde her gün uygulama yaparlar. Bu faz kapsamında Özel Zaman uygulamalarının yapılıp yapılmayacağı ihtiyaca göre belirlenir.

6.2 Çocuğun Dil Kapasitelerinin Artırılması

DEĞERLENDİRME VE FAZ I ÇALIŞMALARINDAKİ GÖZLEMLER SONUCU KARŞILAŞILABİLECEK OLASI GÖSTERGELER:

- Gelişimsel dil geriliği ya da bozukluğu vardır. Bu durum, RESTART-DCM kapsamında sadece çocuğun iletişim becerilerini engellemesi halinde ele alınır (yani, diğer insanlar çocuğu anlamakta güçlük yaşıyorlarsa)
- Çocuğun dil profilinde bir dengesizlik izlenir: diğer bileşenlerle kıyaslandığında dilin bir ya da iki bileşenine (tümce anlama, sözcük anlama, tümce üretimi, sözcük üretimi, ses üretimi) ilişkin becerilerde önemli düzeyde bir farklılık izlenir. Kullanılan test kılavuzunda, ne derece bir farklılığın önemli olduğu bilgisi vardır. Eğer yer verilmemişse, 0.7 puanlık standart sapma dışındaki farklılıklar önemli sayılmalıdır (katsayı puanı 11).
- Doğal konuşma esnasında sözcüklere ya da tümce yapılarına erişim gecikmelidir. Sözcük biçimine erişimin gecikmeli olması normal akıcısızlıklarda kendini gösterebilir; örneğin, /şemsi, şemsi, şemsiye/. Sözcüğün tamamına (sözcüksel ve anlamsal olarak) erişimde bir gecikme olduğu ise yapılan testlerle (Renfrew, 1997) veya doğal konuşmanın gözlemlenmesiyle (sözlüksel bir sözcüğü söylemeden önce uzun ve sesli duraklamalar olması) ya da çocuğun kullandığı betimleyici ifadelerle yaptığı yorumlardan anlaşılabilir ("Aslında aklım biliyor ama ağzım bilmiyor"). Erişimin geç olması ya da dilbilgisel yapıların planlanmasındaki sorunlar uzun süreli duraklamalar yapılmasından, sözcük veya tümce parçalarının tekrarlanmasından, düzeltme davranışından ve hatalı başlangıçlar yapılmasından anlaşılabilir.
- Sesbilgisel sorunlar gözlemlenir Bu durum RESTART-DCM kapsamında sadece çocuğun iletişim becerisini engellediğinde ele alınır (yani, diğerleri çocuğu anlamakta güçlük yaşıyorlarsa).
- Çocuk neredeyse hiçbir zaman doğal duraklamalar (hayali virgül ve nokta duraklamaları) yapmaz.

AMAÇ:

Kekemelik üzerinde etkili olan dil becerilerini geliştirmek ve dengeli bir hale getirmek; bu durumun Kapasiteler ve Talepler arasında optimum bir denge kurmaya engel teşkil etmesi durumunda başa çıkma stratejileri öğretmek.

YÖNTEM:

Söz konusu dil becerileri evde Özel Zamanlar esnasında, haftada en az 5 defa olacak şekilde çalışılır. Dil Kapasiteleri üzerinde yapılan çalışmaların Talepleri artırmamasına özel bir dikkat gösterilir. Yeni bir beceri boyutuna geçmeden önce çalışılan boyutun bol miktarda tekrarlanması önerilir.

Not: Özel Zaman uygulama süresinin bir kısmı (5 dakika kadar) motor konuşma alıştırmalarına ayrılabilir.

- Uygun dil uyarımı aracılığıyla çocuğun dil profilindeki (ör: nispeten zayıf olan sözcük anlama becerisi) dengesizliğin ortadan kaldırılması.
- Oyunlar yoluyla ilgili tümce yapılarının otomatikleşmesini sağlayarak tümce üretim becerisini güçlendirmek ya da otomatikleştirmek TenT, Schlichting & De Koning, 1998; İngilizce’de: BEST, McKean, Pert & Stow, 2012).
- Sözcük hatırlama becerisi (anlambilgisel kategorilerin çalışılması ve/veya aynı ses ipuçlarını kullanmanın öğretilmesi) üzerinde çalışarak ve betimleme (“... yapmaya yarayan şey”) gibi başa çıkma stratejileri öğretmek çocuğun sözcük çağırma yetisini daha güçlü kılmak.
- Çocuğa oyun aracılığıyla (kırmızı ışıktaki durma, otobüs gibi dura dura konuşma), uzun tümceler kurarken ya da hikâye anlatırken duraklamalar yapmasını öğretmek. Faz l’de aynı şey ebeveyn kontrolünde yapılır (Taleplerin azaltılması – Dil Alanı). Çocuk hala ebeveynin müdahalesi olmadan duraklamalar yapamıyorsa bu beceri kendisine doğrudan öğretilir.
- Sesbilgisel becerilerin geliştirilmesi, dikkatle ele alınması gereken bir konudur çünkü bu alandaki ani gelişimin kronik kekemeliğe ilişkisi olduğu bilinmektedir (Paden vd., 2002). O nedenle, çocuk için bir engel teşkil etmediği sürece (gerginlik, anlaşılma sorunları, okuma becerisinin öğrenilmesi vb. gibi) terapinin bu yöndeki amacı, çocuğun kekemelik tarafından engellenmediğini hissettiği ana kadar bekletilir. Bu amaca yönelik olarak kullanılabilecek uygun yöntemler arasında Sesbilgisel Beceri Geliştirme Döngüleri (Hodson & Paden, 1991) ve Metafon Terapisi (Dean, Howell, Waters & Reid, 1995) sayılabilir ki iki yaklaşım da uygun bağlamlar içerisinde uyarım yapılması ve güçlü görsel-işitsel eğitimler verilmesini kapsar. Yoğun sesletim baskısıyla “sesin nasıl üretileceğini söyleme” gibi doğrudan ses üretim uyarımları asla yapılmaz.

6.3 Çocuğun Duygusal Kapasitelerinin Artırılması

DEĞERLENDİRME VE FAZ I ÇALIŞMALARINDAKİ GÖZLEMLER SONUCU

KARŞILAŞILABİLECEK OLASI GÖSTERGELER:

- Çocuk, konuşması ya da kekemeliği ile ilgili olarak aşırı hassastır.
- Çocuğun tepkisel bir mizacı ve zayıf öz-düzenleme becerileri vardır. Bu durum daha sık ya da şiddetli kekelemesiyle de ilişkilidir.

AMAÇ:

Çocuğun kekemeliğe/konuşmaya ilişkin daha sakin ve rahat bir tutum geliştirmesini sağlamak; çocuğa kekemeliğinin sürmesine neden olan güçlü duygu ve duyumsamaları tanıyıp düzenlemesini öğretmek (uyarım ve pekiştirme aracılığıyla).

YÖNTEM:

Terapist, bu amaçları mümkün olabildiği ölçüde somut etkinliklere 'dönüştürür'. Söz konusu etkinlikleri terapi oturumu içerisinde çocukla çalıştıktan sonra ebeveynin de aynı etkinlikleri uygulaması için terapi kapsamında süre ayırır. Bazı alıştırmalar haftada en az 5 kere yapılması gereken Özel Zamanlar içerisinde uygulanır; diğer etkinlikler evde günlük yaşam içerisinde çalışılır.

Not: Duygusal alanda değişikliklerin gerçekleştirilmesi genellikle *düşüncelerin* sesli şekilde dile getirilmesiyle desteklenir. Bu durumda Bilişsel alan ve Duygusal alan arasındaki ayrım silikleşebilir. Böyle bir durumda alıştırmaların *odak noktası* (bir duyguyu mu düşünceyi mi değiştirmenin hedeflendiği) hangi gelişim alanında değişiklik yapılmaya çalışıldığını belirler.

- Kekemelik anlarına karşı duyarsızlaştırma. Ebeveyn tarafından modellenen rahat kekelemelere rağmen (Taleplerin azaltılması, duygusal alan) çocuk konuşmayla/kekemelik ile ilgili kaygı ve gerilim yaşamayı sürdürmektedir. Bu noktada üç aşama takip edilerek ilerlenebilir.
 1. Terapist çocuğunkine benzer kekemelikler yapar. Başlarda terapist, çocuğunkine benzer duygusal bir tepkiyi örnekleyebilmek için tıpkı onun gibi tonlamalar ve yüz ifadeleri kullanır ancak odaklandığı şey sadece söylediği sözcüklerdir. Örneğin, "Vay canına, bayağı uzun bir bloktu bu; söyleyeceklerim ağızda sıkışıp kaldı". Kısacık bir duraklamayı takiben yüksek sesle kendi kendine konuşmaya devam eder; buradaki amaç odak noktasını değiştirmek ve altta yatan olumsuz duyguyu etkisiz hale getirmektir. Şöyle bir şey söyleyebilir: "Ama olsun, yine de konuşmaya devam etmem bence süper çünkü artık herkes söylemek istediğim şeyleri duyabildi." Tüm bunlar olup biterken çocuk hiç kendi duyguları hakkında endişeye kapılmadan sadece terapisti gözlemleyebilir.
 2. Oturumun ilerleyen yerlerinde, çocuğun kekelediği bir andan sonra, sakın bir ses tonuyla kekemelik hakkında yorum yapılabilir ("Aa, şimdi de senin ağızda sıkıştı, tıpkı bana olduğu gibi. Tabi, bazen konuşmak gerçekten zor olabiliyor"). Gerekliyse, terapi yavaş yavaş şu şekilde yönlendirilebilir:
 3. Terapistin ve çocuğun konuşmaları, içerisine istemli kekemelik anları ekledikleri bir oyuna dönüştürülebilir ve kekemeliğe ilişkin nötr ve de anlayışlı bir tutum geliştirilmesi üzerinde çalışılabilir. Böylelikle, bilişsel alan içerisinde 'Kekelemekte sorun yok' anlayışı yerleştirilmeye çalışılır.
- Faz I aşamasında ebeveynler, çocuğun güçlü duygularını nasıl kontrol edip engelleyebileceklerini öğrenirler (bkz. Ek 5). Faz II'de yapılanların odak noktası çocuğun duygularını kendi kendine düzenleyebilmeyi öğrenmesidir. Bunun için aşağıdaki adımlar izlenir:
 1. Çocuk duyguların neler olduğunu ve duygular hakkında konuşmayı öğrenir. Bu konuda çok sayıda terapi materyali bulunabilir ve pek çok resimli kitaptan yararlanarak konuya giriş yapılabilir.
 2. Çocuk duyguları tanımayı ve söze dökmeyi öğrenir– önce başkalarının duygularıyla başlanır (terapistin, anne-babanın, kardeşlerin, ...) sonra kendi duyguları hakkında konuşulur. Çocuk ancak bu adımda ustalık kazandıktan sonra 3. adıma geçebilir.

3. Çocuk çok yoğun olan bir duyguyu kontrol etmeyi öğrenir. Uygulamada bu durum engellenmiş hissini ve sinirlenmeyi hafifletmek şeklinde çalışılır. Mevcut seçenekler:
 - a. Çocuğun hali hazırda yapamadığı bir beceriye dikkat çekin. Örneğin terapist şöyle bir şey söyleyebilir: "Annesi gördün mü? Can ayakkabılarını bağlayamadı ve bu onu hiç sinirlendirmedi. Gidip babasından yardım istedi. Bence çok akıllıca bir hareketti. Bir şeyler işe yaramadığında yeni bir plan yapmak çok mantıklı. Böylelikle sürekli kızgın olmak durumunda kalmayız." Ancak bunun doğrudan çocuğa söylenmemesi önemlidir; çocuk, öz düzenlemenin nasıl yapılacağını dışarıdan bir müdahale olmadan içselleştirme konusunda serbest bırakılır.
 - b. Konuşma terapisti de tıpkı yukarıda anlatıldığı gibi, kekemelikte birlikte oluşan duygularla ilişkili olarak, aynen çocuğun yaptığı gibi olumsuz duyguyu sergiler ve ardından kendi kendine konuşma örneği sunarak o duygudan nasıl kurtulabileceğini gösterir.
3. Son adımda, terapist oturum esnasında belli anlarda çocukta belli duyguları uyandırmaya çalışır. Ardından, çocukla birlikte bahsedilen adımları izleyerek duygusal düzenlemenin nasıl yapılacağını gösterir.

6.4 Çocuğun Bilişsel Kapasitelerinin Artırılması

GÖSTERGELER:

- Ebeveyn tarafından destek olunmasına (Faz I) rağmen çocuk sıra almakta güçlük çekmektedir.
- Çocuk ya genel olarak ya da konuşmasıyla ilgili olarak mükemmeliyetçi bir izlenim verir.
- Çocuğun dil üstü becerileri sınırlıdır.

AMAÇ:

Kolay, rahat ve sonuç olarak da daha stressiz iletişimi mümkün kılan, yaşa uygun kavramları öğrenmek.

YÖNTEM:

Ebeveyn, yapılan alıştırmada ustalık kazandıktan hemen sonra evde haftada en az 5 defa çocukla baş başa yapılan Özel Zamanlarda söz konusu alıştırmayı uygulamaya başlar. Bu esnada büyük ihtimalle başka alanlara ait alıştırmalar da çalışılır.

- Sıra alma davranışı/konuşma kuralları öğretilir (Conture, 2001)::
 - Başkaları konuşurken dinlenir (kulaklarını açıp dinle)
 - Sıran gelmeden konuşma (sıranı bekle)
 - İnsanların sözünü kesme (ağzını kapalı tut)

Öncelikle oyunda oynarken sıra beklemek ile konuşurken sıra beklemek davranışını ilişkilendiren oyunlarla başlanır. Burada yine kuralların nasıl öğrenilip takip edileceği konusunda terapist örnek olur: önce sırası gelmeden konuşarak başlar, sonra durur ve duyulabilir bir şekilde konuşarak kendisine konuşma kurallarını hatırlatır. Son olarak da böyle akıllıca bir davranış yapıp sırasını beklediği için kendisine aferin der. Ebeveyn önce gözlemler ve olabildiğince çabuk bir sürede terapistin rolünü üstlenir. Sadece birkaç saniye bile olsa çocuğun beklediği anlara terapist tarafından dikkat çekilir ve olumlu geribildirim sunulur.

Tam tersi de olabilir: Çocuk konuşmak istediğinde hep sözü kesilir. Terapist örnek olarak ve söyleyerek çocuğa sırasını geri istemesini gösterir; önce birlikte yaparlar sonraki aşamalarda çocuk tek başına yapar.

- Aşağıdaki adımları takip ederek, çocuk kekeleyerek konuşmanın da son derece normal bir konuşma yöntemi olduğunu öğrenir.
- Çocuk hata yapmanın normal olduğunu ve kimsenin her konuda çok iyi olamayacağını öğrenir. Bu konular daha önce duygusal alan çalışmalarında olumsuz duygulardan 'kurtulma' maksatlı ele alınmıştır ama burada odak noktası (bilişsel) *kavramdır*. Terapist yine adım adım ilerlenecek bir alıştırma ortamı düzenler.
 1. Terapist yüksek sesle ve kendi kendine konuşarak çocuğun olumsuz düşüncesinden yola çıkar.
 2. Terapist muhakeme etmeyi model olarak gösterir – yine bunu yaparken yüksek sesle ve kendi kendine konuşur.
 3. Terapist *çocukla birlikte*, aynı akıl yürütme yönteminin hayata geçirilebileceği başka bağlamlar yaratır.
- Çocuk, "konuşma hakkında konuşmak" için gerekli kavramları öğrenir. Örneğin, hızlı-yavaş veya kolay-zorlamalı etkinlikler yaparak ve bu etkinliklere ilişkin fiziksel ve zihinsel deneyimlerini konuşma sürecine yansıtarak hızlı-yavaş, kolay-zorlamalı kavramlarını öğrenir. Sonrasında, bu kavramlar eşlenerek konuşma davranışla daha doğrudan ilişkilendirilir. Böylelikle çocuk, konuşmanın ya da kekelemenin hep aynı şekilde olmak durumunda olmadığını fark eder. Çocuk, oyun bağlamı kapsamında, bunlar üzerinde kontrol kazanarak konuşmasını ya da kekelemesini nasıl daha kolay yapabileceğini öğrenir. Çocuk bunu düzenli olarak deneyimleyebilirse – yani oyunlar içerisinde yeterli düzeyde alıştırmalar yapabilirse – yeni öğrendiği bu kontrolü bilinçli ya da otomatik şekilde kullanmaya başlayabilir.

Çocuğun çevresindeki insanlar, çocuktan bu aşamada öğrendiği konuşma davranışlarını günlük hayatta kullanmasını beklememelidir. Bu aşamanın ana fikri, tüm bunları alıştırma oturumlarında çalışan çocuğun kolay konuşmasına yardımcı olan bu ve başka konuşma davranışlarını kendiliğinden kullanmaya başlayıp başlayamayacağını bekleyip görmektir.

Kekemeliğe karşı her daim anlayışlı bir tutum sergilenmesi hayati önem arz eder: *Kekelenebilir!* Böylelikle, çocuğun iletişime ilişkin olumlu bir tutum geliştirmesi hedeflenir.

YÖNTEM:

Oyun içerisinde farklı konuşma biçimlerine ilişkin alıştırmalar yapılır – örneğin, daha yavaş, daha az gerginlikle, nispeten daha dikkatli bir sesletimle. Bu farklı konuşma davranışları kesinlikle ve kesinlikle sadece oyun içerisinde çalışılır – hatta evde ebeveynin ve çocuğun baş başa vakit geçirdiği 15 dakikalık sürelerde ya da bütün aileyle birlikte yapılan etkinliklerde de oyun oynanması esastır. Günlük yaşam içerisinde daha az kekelemesi ya da kekemeliğini 'saklaması' için çocuktan çalışılan bu teknikleri uygulaması hiçbir zaman istenmez. Ebeveyn farklı noktalarda katılım gösterebilir; en baştan itibaren çocukla birlikte alıştırmaları yapabilir ya da yapılacak değişiklikler önce terapist tarafından çocuğa öğretilirken ebeveyn gözlemler ve ardından bu değişiklikleri çocuk, ebeveynine öğretir. Bu alıştırmalar evde yine bir oyun esnasında çalışılabilir.

- *Kekeleme* davranışını çeşitlendirmenin oyun çerçevesi içerisinde terapistin örnek olduğu şekliyle çalışılması: Rahat ya da gergin kekeleme, tekrarlı ya da uzatma/blok şeklinde kekeleme, tek tekrar ya da çoklu tekrarlar yapma.
- *Konuşmayı* çeşitlendirmenin oyun çerçevesi içerisinde terapistin örnek olduğu şekliyle çalışılması: konuşma hızı, ses şiddeti ve perdesi ile melodi çeşitlemeleri gibi. Bu durumda, ebeveyne ya da çocuğa kazara “böyle konuşmak daha iyidir” mesajı vermemek için terapistin aralara bazen çok bazen az kekemelik anları serpiştirmesi de gerekecektir. Yavaş konuşma esnasında araya kekemelikler sıkıştırıp hızlı konuşmada sıkıştırmayarak yapılabilir. Farklı alternatifler sunulmalıdır.
- Yapılacak çeşitlemeler, çocuğun kekemelik türlerine göre seçilir ki yapılanlar çocuğun kekemelik deneyimlerine ya da kolay bir şekilde konuşma veya kekelemeye olabildiğince çok benzesin. Oyunun türü ve değişikliğin türü/ derecesi çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır.

7

Terapinin aşamalı olarak sonlandırılması

GÖSTERGELER:

Çocuğun Kapasiteleri ve çocuğun iletişim becerilerinden beklenen Talepler arasında optimum bir denge kurulup da çocuk kendisini olabildiğince rahat bir şekilde ifade etmeye başladığında (kekelese de kekelemese de) süreç başlatılır. Bunun ne zaman olacağı konuşma terapisti ve ebeveyn arasında yapılacak konuşmayla belirlenir, bazen çocuk da bu konuşmaya katılabilir. Söz konusu dengenin sağlanma anı terapi sürecinin herhangi bir zamanında olabilir (Faz I ya da II esnasında ya da sonrasında).

SONLANDIRMA FAZININ AMACI:

Ebeveynler (kararın verileceği anda) öğrenilen konuşma değişikliklerini (KDÇ'yi sürdürecektir şekilde) yardım almadan nasıl devam ettireceklerini, kapasiteler ve talepler arası dengesizliğin nüksetmesi durumunda – yani çocuğun kendisini ifade etmede güçlük yaşadığı durumlarda – ne yapmaları gerektiğini biliyorlardır ve hangi koşullarda tekrar terapistle görüşmeleri gerektiği kendilerine anlatılmıştır.

YÖNTEM:

- Çocuğun (kısmen) sönmüş kekelemeliği süreklilik kazanmışsa, ebeveynlere iletişimi – KDÇ'yi – sekteye uğratmadan davranış değişikliklerini nasıl aşamalı olarak silikleştirebilecekleri öğretilir. Aynı zamanda, kekelemeliğin nüksetmesi durumunda (örneğin, okula başlama gibi çocuğun hayatındaki önemli değişiklikler sırasında) bu davranış değişikliklerini nasıl tekrar devreye sokacakları da net bir şekilde öğretilir. Terapi oturumu esnasında, çocuğu duyarsızlaştırabilmek için yanıt vermeden önce bekleme süresinin kısa bir süreliğine (ör: 2 dakikalığına) azaltılması gibi bir baskı unsuru oluşturularak iletişim esnasında maruz kalacağı normal baskı düzeylerine alışması hedeflenir. Sonrasında, yavaş yavaş iletişim kurma biçimi normalleştirilir.
- Zaman geçtikçe, yapılacak değişikliklerle ilgili kararlar daha çok ebeveynlere bırakılır ve ona göre davranmaları beklenir. Talepleri azaltma ve (bilerek) normalleştirme konusunda esneklik kazanırlar.
- Terapist ve ebeveynler kekelemeliğin nüksetmesi durumunda uygulanabilecek çocuğa özgü bir plan hazırlarlar. Bu plan içerisinde terapistle iletişime geçmek için gerekli olan ölçütler de belirlenir. Genel olarak söylemek gerekirse, (1) ebeveynler durumdan emin olmadıklarında (bir şeylerin yolunda olmadığını hissettiklerinde); (2) farklı iki zamanda kekemelik sıklığında artış gözlemlendiğinde ve (3) gerekli davranış değişikliklerini devreye sokmalarına rağmen kekemelik çocuğa engel olmaya devam ettiğinde terapistle iletişime geçmelidirler.
- Klinik ziyaretler anne-babayla konuşularak giderek azaltılır. Bazı ebeveynler, diğerlerine göre daha uzun süreli ve kapsamlı geribildirim sunulmasına ihtiyaç duyabilirler. Nüksetme halinde neler yapılacağına ilişkin tüm kararlar kayıt defterine yazılır.

Kimi durumlarda terapi erken bir dönemde de sonlandırılabilir. Buna karar verme yetkisi ebeveynlerdedir:

- Şartlardan dolayı, terapiye devam etmek için doğru zamanlama olmayabilir.
- Ebeveynler başka bir yaklaşımın uygulanmasını isteyebilirler.
- Ebeveynler artık yardıma gereksinimleri olmadığına karar verebilirler vb.

Terapi dil ve konuşma terapisti tarafından henüz vakti gelmeden de bitirilebilir:

- Terapi sürecinde sunulan desteklere rağmen, ebeveynler terapiyi evde doğru bir şekilde uygulayamıyorlardır ya da uygulamaya isteksizdirler.
- İki taraf da elinden geleni yapmasına karşın çocuğun kekemeliğinin sönümlenmesi ve/veya çocuğun iletişim kurma rahatlığı tatmin edici düzeyde olmadığı için hem terapist hem de ebeveynler başka bir yaklaşımın uygulanmasına karar verebilirler.

İleride tekrar terapiye başlamanın önünde herhangi bir engel olmaması için mümkünse terapinin sonlandırılması nötr bir şekilde yapılmalıdır.

Sonuç olarak, RESTART-DCM Yöntemi okul öncesi dönemde kekeleyen çocuklar için geliştirilmiş bir terapi protokolüdür. Her terapi yaklaşımı her danışan için aynı düzeyde uygun olmayabilir. Seçilen terapi yaklaşımının kendisi asla amaç haline getirilmemelidir. Terapistlerin çocuğa nitelikli hizmet vermesinde en önemli faktör terapinin *bireyselleştirilebilmesidir*.

Kaynakça¹

- Conture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- de Sonnevile-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 BJEG, 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. *The Lidcombe Program treatment guide*. (2020). <https://www.uts.edu.au/research-and-teaching/our-research/australianstuttering-research-centre/asrc-resources/resources>.
- 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.
- 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.

¹ RESTART-DCM eğitimlerinde daha kapsamlı bir kaynakça sunulmaktadır

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. *J Speech Lang Hear Res.* 1999;42(5):1097–1112.

RESTART-DCM eğitimlerinde daha detaylı bir kaynakça paylaşılmaktadır.



Ekler

RESTART-DCM Yöntemi 2025

EK 1

Ebeveyn-Çocuk Etkileşim Formu

İtalik yazılan davranışlar terapide ele alınırlar.

	Gözlemlenen iletişim davranışları	Serbest oyun	Yapboz yapma
Dİ Dİ DY B	1. Ebeveynin çocuğa sorduğu sorular a. az / çok b. açık uçlu / kapalı uçlu c. komut verir gibi bir tonda ya da çocuğun yanıt vermesine çok az zaman tanıyarak d. Çocuğa yeterince uyumlu / o an ve zamanla ilgili		
Dİ/B Dİ/B M M	2. Sıra alma davranışı a. Dengeli sıra alma dağılımı — Ebeveyn ve çocuğun aldığı sıraların oranı b. Eşit sıra alma süresi — Ebeveyn ve çocuğun sıra aldıklarında söyledikleri sözcelerin oranı c. Aynı anda konuşma / söz kesme — Ebeveynin söz kesmesi – çocuğun söz kesmesi d. Hızlı tepki/yanıt verme — Ebeveyn çok hızlı – çocuk çok hızlı		
DY	3. Ebeveynin kekemeliğe tepkisi a. Çocuğun kekelemesine olumsuz sözel tepki b. Çocuğun kekelemesine sözel olmayan olumsuz tepki (ebeveynin göz temasından kaçınması, nefesini tutması, gerilmesi, vb.) c. Nötr ve anlayışlı bir tepki		
Dİ/B DY M B/Dİ B/Dİ DY	4. Ebeveynin dil davranışları a. Yeni konu açma b. Çocuğun sözel davranışını düzeltme c. Zaman baskısını artıran sözler söyleme d. İçeriğin, çocuğun önceden söylediği sözceyle ilişkili olması (tekrarlayan sözcükler) e. Biçimin, çocuğun önceden söylediği sözceyle uyumlu olması (tekrarlayan dilbilgisi yapıları) f. Paralel konuşma		
M	5. Sesletim/Konuşma hızı En az beş sözce üzerinden hesaplanan ortalaması: Tam çözümleme yapıp kronometreyle ölçün Baba _____ hece/sn. Anne _____ hece/sn. Çocuk _____ hece/sn. Kardeşler _____ hece/sn.		
DY DY DY DY B	6. Diğer ebeveyn davranışları a. Çocuğun istenmedik davranışlarını görmezden gelme ya da dikkatini olumsuz şekilde çocuğa yönlendirme b. Kontrolcü / kontrolcü olmayan davranışlar sergileme c. Çocuğu cesaretlendirme d. Çocuğun benlik saygısını destekleme e. Yeterli düzeyde oyun / iş birliğine dayalı oyun oynama		

M = Motor alan, Dİ = Dil alanı, DY= Duygusal alan, C = Bilişsel alan

EK 2

Özet değerlendirme formu

ADI _____ TARİH _____ TERAPİST _____

DANIŞAN ÖYKÜSÜNDEN ELDE EDİLEN BİLGİLER

Kişisel bilgiler

Ad:

Yaş:

Cinsiyet:

Aile Bilgisi:

Ebeveynlerin Mesleği:

Eğitim durumu:

Çocuğun genel öyküsü

Motor gelişim:

Hastalık:

İşitme:

Genel tedavi öyküsü:

Fiziksel şikayetleri:

Çocuğun konuşma öyküsü

Dil-Konuşma gelişimi başlangıcı:

Gelişimi:

Kekemelik başlangıcı (yaş):

Olası neden(ler)i:

Başlangıç sonrası gelişimi:

Aile öyküsü: (geçmiş / kronik)

Mevcut şiddeti: (8-puanlı ölçek)

Aynı / değişken örüntü:

Kekemelik farkındalığı:

Çevresel faktörler:

Önceki konuşma terapisi (Kekemelik ya da başka dil/konuşma problemleri için)

Başka önemli bilgiler:

EK 2

ADI _____ TARİH _____ TERAPİST _____

DEĞERLENDİRME BULGULARI

Kekemelik

Kekemeliğin betimlenmesi, akıcısızlık türleri, ikincil davranışlar:

SSI-4: Puan _____ =
çok hafif / hafif / orta / şiddetli / çok şiddetli

Kekemeliğin etkisi: çocuk üzerinde:
yok / çok hafif / hafif / orta / şiddetli / çok şiddetli
ebeveyn üzerinde:
yok / çok hafif / hafif / orta / şiddetli / çok şiddetli

DEĞERLENDİRME VERİLERİ: KAPASİTELER

Test sonuçları, değerlendirme formları, standart gözlemler vb.

Motor alan	Dil alanı	Sosyal-duygusal alan	Bilişsel alan
OMAS puanı: _____ Sesletim hızı: Çocuk: _____ hece/saniye Başka önemli bilgiler:	Test puanları: • Tümce anlama _____ • Sözcük anlama _____ • Tümce üretimi _____ • Sözcük üretimi _____ • Sesbilgisi _____ Dengeli/dengesiz dil profili: Başka önemli bilgiler:		

DEĞERLENDİRME VERİLERİ: TALEPLER

Test sonuçları, değerlendirme formları, standart gözlemler vb.

Motor alan	Dil alanı	Sosyal-duygusal alan	Bilişsel alan
Sesletim hızı: • Anne: _____ hece/saniye • Baba: _____ hece/saniye • Kardeş: _____ hece/saniye Başka önemli bilgiler:			

EK 2

ADI _____ TARİH _____ TERAPİST _____

TERAPİ PLANI

Terapi Amaçları

Faz I
DIŞSAL
TALEPLER
MDDB Alanlar: **M**
D
D
B

Faz II
KAPASİTELER
MDDB Alanlar: **M**
D
D
B

Materyal:

Yöntem:

EK 3

RESTART-DCM TERAPİSİNE BAŞLARKEN: Ebeveynler için bilgilendirme

RESTART-DCM terapisi kekeleyen küçük çocuklar için kullanılan bir terapi yaklaşımıdır. Amerika'da geliştirilen Talep ve Kapasite Modeline (DCM) dayanmaktadır. Bu modele ilişkin açıklamayı aşağıda bulabilirsiniz. Bu terapi programıyla ilgili olarak yapılan RESTART projesi sayesinde terapi programı açık ve net bir şekilde kaleme alınan bir protokolle desteklenebilmiştir. Bu kısa bilgilendirmenin amacı her ebeveynin cevabını bilmek istediği üç soruya ilişkin bildiklerimizi paylaşmaktır: Çocuğum neden kekeleyor, bu konuda bir ebeveyn olarak çocuğuma nasıl yardımcı olabilirim ve terapiden ne beklemeliyim?

Çocuklar neden kekelemeye başlar?

Günümüzde kekemeliğe ilişkin çok fazla bilgiye sahip olmamıza karşın hala kekemeliğin tam olarak nedeninin ne olduğu net olarak cevaplanamamaktadır. Alanda çalışan çoğu uzman kekemeliğin beynin konuşma kaslarını kontrol etmesine ilişkin bir sorundan kaynaklandığını düşünmektedir. 2-5 yaş arasındaki çocukların yaklaşık %8'inde kekemelik başladığı bilinmektedir. Bu yaş aralığında çocuklar, pek çok yeni sözcük öğrenip daha uzun sözcelerle konuşmaya başlarlar. Söyleyecek çok şeyleri vardır ancak konuşmaları söylemek istediklerinin hızına yetişememektedir. Bundan dolayı kekemelik izlenebilir.

Talep ve Kapasite Modeli

Talep ve kapasite modeli iki şeyin üstünde durur: çocuğun çok zorlanmadan konuşabilme kapasitesi ve konuşmaya ilişkin talepler.

- **Kapasiteler:** Bunlar, çocuğun rahatlıkla konuşabilmek için gereksinim duyduğu becerilerdir. Çocuğun konuşurken ağızyla doğru hareketleri yapabilmesi ya da doğru sözcüğü seçebilmesi örnek olarak verilebilir. Çocuk büyüdükçe bu becerileri de gelişir.
- **Talepler:** Bunlar konuşurken çocuğu zorlayan şeylerdir. Çocuklar, kimi zaman kısa sürede çok şey söylemek ya da karmaşık tümceler kurmak isteyebilirler. Bu da o an için konuşmalarını zorlayabilir. Yetişkinler çocuklardan daha hızlı konuşur ve bazen de verdikleri esler çok kısa olabilir. Tüm bunlar kekemelik olasılığını artıran unsurlardır. Kapasiteleri yeterince hızlı bir şekilde gelişmezse, çocuk henüz kapasitesinin yetmeyebileceği şeyleri söylemeyi deneyebilir. Bu durumda, çocuğun yapabileceği şeylerle maruz kaldığı talepler arasındaki denge bozulur ve kekemelik izlenir.

Ebeveynler ne yapabilir?

Ebeveynler her zaman çocukları için en iyisini isterler ve bu durum çocukları kekeleydiğinde de geçerlidir. RESTART-DCM terapisinde, dil ve konuşma terapisti ebeveynlere

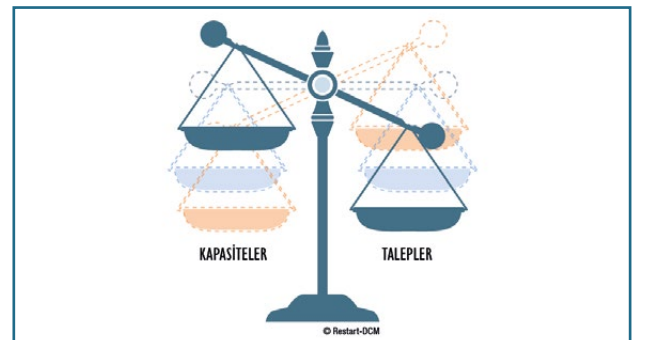
çocuğun yapabileceği şeylerle maruz kaldığı talepler arasında iyi bir denge kurmaları konusunda yardımcı olur.

Çocukların kekelemesinin nedeni ebeveynler değildir. Aksine, çocukları için konuşmanın daha kolay olmasını sağlayabilirler. Dil ve konuşma terapisti ebeveynlere, örneğin, çocuklarıyla daha sakin konuşmayı, daha fazla es kullanmayı ve duygularını yönetmeyi öğretebilir. Bunun sonucunda da çocuk daha kolay iletişim kurabilir.

Terapinin ilerleyen aşamalarında dil ve konuşma terapisti ile çocuk, çocuğun sahip olduğu kapasiteleri güçlendirmeye dönük konuşma alıştırımları ya da sözcük dağarcığı geliştirme etkinlikleri yaparlar. Bunu takiben, ebeveynler de evde çocuklarıyla benzer etkinlikler düzenlerler. Terapinin başarısının en önemli bileşenlerinden biri ebeveynlerle çocukları arasındaki etkileşimdir.

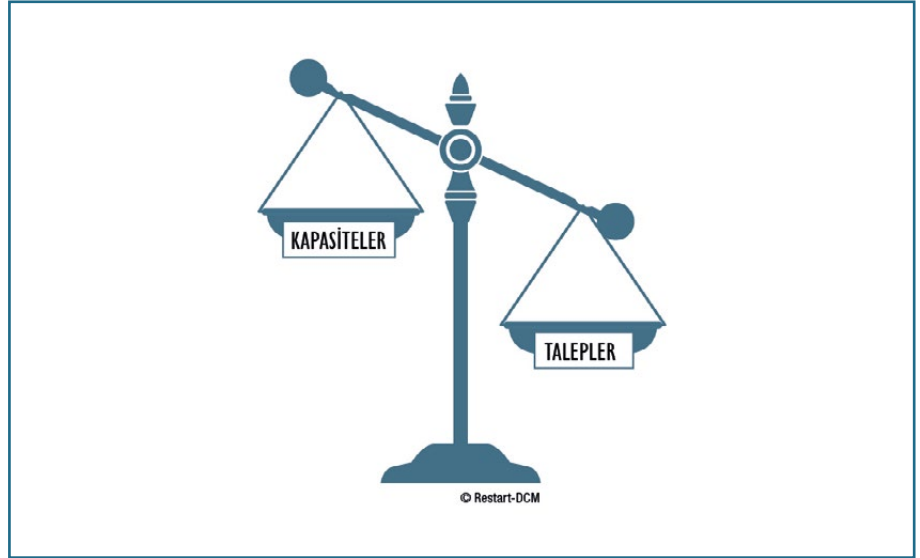
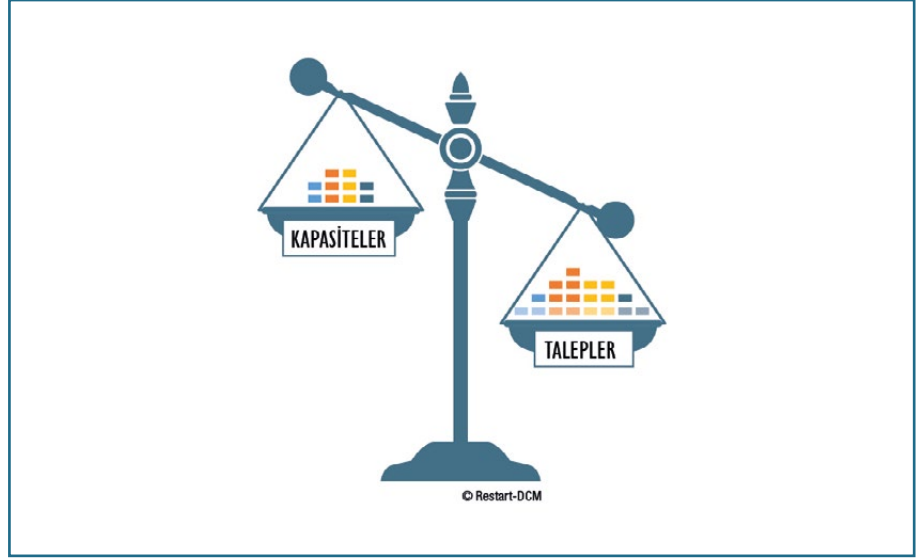
Terapiden ne beklenmeli?

Terapiden fayda sağlama olasılığı yüksektir. Amaç, çocuğun daha rahat konuşmayı öğrenmesidir. Belli bir süre sonra çocukların çoğunda kekemelik atlatılır. Ancak, çocukların dörtte biri kekelemeye devam ederler ama kekelemek bir problem olmaktan çıkar. Terapi ile hem ebeveynlerin hem de çocukların kekemeliği olumlu bir şekilde yönetmeleri sağlanır ki çocuk olumsuz bir benlik algısı geliştirmesin ya da utanç duygusuyla boğuşmasın. Terapi sonunda kekemelik tamamen ortadan kalkmamış olsa bile çocuklar bu durumu bir engel olarak görmeden etkin şekilde iletişim kurarak günlük hayatlarını sürdürebilmektedirler.



EK 4

Restart-DCM Denge



EK 5

Duygusal talepleri azaltarak iletişim kurmanın iki aşaması

Marie-Christine Franken ve Caroline de Sonnevile-Koedoot¹

Aşama 1: Çocuğu olumlama

Bu bilgilendirme iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde (aşama), ebeveyn ve bakıcılar olarak bizlerin çocuğa kendisinin dikkate alındığını nasıl fark ettirebileceğimiz, diğer bir deyişle çocuğun nasıl *olumlanacağı* anlatılmaktadır. İkinci bölümde de (aşama) bu noktadan sonra ne yapılacağı açıklanmaktadır. İkinci aşamanın amacı çocuğun olumlu şekilde gelişmesine destek olmaktır.

ÇOCUĞUN İNİSİYATİF ALDIĞI ANLAR / GİRİŞİMLERİ

Çocuğun bize gelerek söylediği, yaptığı, hissettiğini belli ettiği, istediği ya da düşündüğü her şeye **inisiyatif/başlatma** davranışı adı verilir. Çocuğun inisiyatif alması farklı şekillerde gerçekleşebilir: ses çıkararak (ör: aç olduğu için ağlayan bebek gibi), işaret ederek (ör: ne demek istediğini ifade edecek sözcükleri bilmeyen çocukların yaptığı gibi), yüz ifadeleriyle (ör: irkilmiş ya da şaşırılmış görünerek). Bakıcının/ yetişkinin çocuğa kendisinin ve sergilediği inisiyatif davranışının duyulduğunu ya da görüldüğünü fark ettirmesi önemlidir. Çocuğun iletişim girişimleri dikkate alındığında (=“**kabul edildiğinde**”) çocuk fark edildiğini ve kabul edildiğini hisseder. Bu oldukça önemlidir çünkü böylece aidiyet duygusu gelişir ve çocuk kendisine değer verildiğini anlar. Aidiyet duygusu (diğer bir deyişle var olma hakkı) çocuğun benlik algısı, özgüven gelişimi ve güvenli bir bağ kurmasının temelini oluşturur.

ÇOCUĞU OLUMLAMANIN ÜÇ YOLU

1. Sözsüz olumlama

Çocuk inisiyatif alıp iletişim girişiminde bulunduğunda bakıcı çeşitli şekillerde tepki verebilir: göz teması kurarak, sevecen bir yüz ifadesi takınarak, çocuğa doğru eğilerek, göz kırparak, “hı-hım” diyerek (küçük çocuklar için) ya da “a-aa” diyerek (biraz daha büyük çocuklar için). Sergilenen tüm bu farklı tepki türleri aracılığıyla bakıcı, çocuğa göstermiş olduğu inisiyatif alma davranışının fark edildiğinin (kabul edildiğinin) mesajını verir.

2. Sözlü olumlama

Küçük yaş çocuklarda: çocuğun söylediği şeyin mümkün olduğunca aynısının tekrar edilmesidir (dilbilgisel açıdan doğru bir tümce biçimiyle). Örneğin, çocuk “ev düğ git” demişse, ebeveynin yanıt olarak “Evet, arabayla eve gideceğiz” demesi gibi.

Büyük yaş çocuklarda: biraz daha farklı sözcüklerle çocuğun söylediğinin tekrar edilmesi ya da özetlenmesidir. Örneğin, çocuk “Sunu hazırlamam gerek” demişse, ebeveynin yanıt olarak “Sunu yapma sırası sana geldi demek” (tekrarlama) demesi gibi. Veya çocuk “Önce biraz top oynadık sonra legolarla oynadık, en son da televizyon seyrettik” demişse, ebeveynin yanıt olarak “Bir sürü farklı şey yapmışsınız” (özet) demesi gibi.

¹ Bu belge RESTART-DCM Yönteminin (2007) bir eki olarak geliştirilmiş ve ikinci basım için güncellenmiştir (2021).

Önemli Not: Ebeveynlerin genelde söylenen şeyleri soru formatında tekrarlama gibi doğal bir eğilimleri vardır. Olumlama ifadeleri, soru işareti ile değil noktayla biten ve arkadaş gibi bir ses tonuyla söylenen düz tümceler olmalıdır. Soru formatında tekrarlama ya da soru sorarak özet yapma çocuğun istediği ya da söylediği şeyin sorgulandığını düşünmesine neden olabilir ki bu durumda elde edilen sonuç, amaçlanan sonucun tam zıddı olabilir. Örneğin, çocuk “Bitirdim” dediğinde ebeveyn “Bitirdin mi?” değil “Aferin, bitirmişsin” demelidir.

3. Paralel konuşma

Paralel konuşma, çocuğun o anda yaptığı, düşündüğü, istediği ya da hissettiği şeyin kabul edici ve onaylayıcı bir tutumla söze dökülmesi için kullanılır.

Yaptığı şeyin: “Yeşil kalemle boya yapıyorsun.”

Düşündüğü şeyin: “Umarım annem tamam der’ diye düşünüyorsun”. İsteddiği şeyin: “Henüz uyumak istemiyorsun.”

Hissettiği şeyin: “Partinin iptal edilmesinden korkuyorsun” / “Büyükannen gelmiyor diye canın sıkıldı” / “Sonuç olarak hayvanat bahçesine gidemiyoruz diye üzüldün.”

Paralel konuşmayla gerçekten o an için olup bitenler dile getirilir. O an olanları dile getirmek içinde bulunulan durumun netlik kazanmasını, anlaşılmasını ve kestirilebilir olmasını sağlar. Çocuk ne beklemesi gerektiğini bilir ve bu da kendisini güvende hissetmesini mümkün kılar. Örneğin, “Oyun oynuyorsun.” demek yerine “Mavi bloğu aldın.” denmesi ya da “Dün gerçekten çok kızgındın.” demek yerine “Çağrılmadığın için hayal kırıklığına uğramıştın.” denmesi. Tıpkı olumlamada olduğu gibi paralel konuşma esnasında da sevecen bir ses tonu ile konuşulur ve soru değil düz tümce şeklinde ifadeler kullanılır. Çocuğun hislerini ve düşüncelerini betimlemeye çalışmak demek, çocuğun duygu dünyasına girmek demektir. Kimi zaman çocuğun ne hissettiği ya da düşündüğüne dair anne-babanın yaptığı çıkarımlar yanlış olabilir. Böyle bir yanlış çıkarım durumunda, ebeveyn paralel konuşma gerçekleştirdiği için çocuk yapılan hatayı içtenlikle “düzeltecektir.” Burada önemli olan anne-babanın ne düzeyde çocukla uyumlanmayı başardığıdır. Örneğin, çocuk hemen yemeye başlamazsa ebeveyn bunu şöyle yorumlayabilir “Daha acıkmamışsın” ancak çocuk durumu şöyle düzeltebilir “Açım ama ıspanak yemek istemiyorum.”

Paralel konuşma, nötr olmalı ve herhangi bir değer yargısından uzak olacak şekilde yapılmalıdır. Bunun anlamı, yargılayıcı bir dil kullanmadan olumsuz davranışın dile getirilmesidir. “Çok rahatsız edicisin” yerine ne olup bittiği tanımlanmalıdır: “Sandalyemi tekmeliyorsun”. Paralel konuşmada iltifat edilmez ya da görüş bildirilmez, yani “Ne kadar güzel bir resim yapıyorsun.” denmez ama “Resim yapıyorsun.” denir. Paralel konuşmanın öznesi her zaman için “sen”dir. Böylece, söylenen şey söyleyen kişiyle değil her zaman çocukla ilgili olur.

Sözle olumlama gibi paralel konuşma da sadece çocuğun özgüvenini pekiştirmekle kalmaz aynı zamanda çocuğun dil gelişimini de destekler.

ÇOCUĞU OLUMLAMAK NEDEN ÇOK ÖNEMLİ?

Olumlama yoluyla çocuğa, onunla ilgilendiğiniz ‘mesajını’ verirsiniz. Çocuk kendisini değerli hisseder, güven duygusu kazanır. Ayrıca, özgüven gelişimi de desteklenir.

Ebeveyn, paralel konuşma yoluyla herhangi bir yargıda bulunmadan çocuğa bir ayna tutmuş olur. Bunun sonucunda çocuk sadece fark edildiğini anlamakla kalmaz ayrıca o an için ne yaptığının da ayırdına varır. Paralel konuşmayla çocuğun tepkisel davranışları baskılanabilir ya da engellenebilir. Bu şekilde bir konuşmayla çocuğun kendisine dönük algısı, farkındalığı ve kişiliği gelişir. Sonuç olarak, çocuk büyürken, içinde bulunduğu gruplarda kendisi gibi olma konusunda rahat davranacaktır.

ÇATIŞMA DURUMLARI

Deneyimlerimize göre, çocuğun iletişim girişimi hakkında yorum yapmak (tekrarlama ya da özetleme yoluyla) özellikle o an için oluşmakta olan çatışma durumlarını yatıştırmakta çok etkilidir.

Duyguların yoğun yaşandığı durumlarda (sabırsızlık, hayal kırıklığı, yorgunluk, sinirlilik, öfke) anne-babalar çoğunlukla çocuğun söylediklerini tekrarlamayı/özet yapmayı unutmaktadırlar. Doğal olarak, tepkilerini düşünmeden ve içerisinde 'reddetme' barındıracak şekilde sergilerler. Bu durumda ya çocuk uyum gösterip yapması gereken neyse onu yapar ya da çatışma şiddetlenir.

Ebeveynler, zor durumlarda bile, tekrarlamayı ya da özet yapmayı başarabilirlerse çatışma ya çok kolay bastırılacak ya da hiç ortaya çıkmayacaktır.

Bunun altında yatan gerekçe, duyulduğu ve anlaşıldığından emin olan bir çocuğun anne-babasının kendisinden istediği şeyleri yapma konusunda daha dikkatli davranacağı görüşüdür.

PEKİ, OLUMLADIKTAN SONRA?

Çocuğun söylediğini tekrarlama, özetleme ya da betimleme, anne-babanın çocuğun söylediklerine katıldığı ya da çocuğun istediğini yapabileceği anlamına gelmez. Çocuğun söylediğini tekrarladıktan, özetledikten veya yaptığı şeyi betimledikten sonra yapılması gereken ikinci bir şey daha vardır; ebeveyn bir şey söyler ya da çocuğa bir şey sorar. İkinci aşamayla birlikte sakin bir şekilde rutine dönmek mümkün olur ya da çocuğun gelişimi olumlu yönde desteklenir.

Örnek: Çocuk ellerini yıkayıp yemek masasına gelmeyi istemez. Anne-baba genelde şöyle bir tepki verir: "Oyuncaklarını kaldır, yemek yiyeceğiz". Çocuk söylenenlere kulak asmayıp "Aç değilim" der. Çocuğun duyulup anlaşıldığını hissetmesini sağlayacak, bundan dolayı da anne-babasının istediği şeyleri yapma ihtimalini artıracak bir yaklaşım şu şekilde olabilir: "Henüz yemek istemiyorsun (= tekrarlama). Oyuna devam etmeyi tercih ediyorsun; eğleniyorsun değil mi? (= paralel konuşma). Ama bir yandan da yemek vakti geldi (= görüş). Şöyle yapalım mı ne dersin, toparlamana yardımcı olayım ben?" (= öneri) Veya: "Oyuncaklarını şöyle kenara çek istersen, yemekten sonra devam edersin" (= olumlu motivasyon).

Çocuğu olumladıktan sonra tamamlanması gereken ikinci aşama ikinci bölümde detaylı şekilde anlatılmıştır.

Duygusal talepleri azaltarak iletişim kurmanın iki aşaması

Marie-Christine Franken ve Caroline de Sonnevile-Koedoot

Aşama 2

Birinci bölümde bakıcıların/ebeveynlerin çocuğu nasıl *olumlamaları* gerektiği ele alınmıştı. Bu bölümde olumlamadan sonra genellikle ne yapılması gerektiği açıklanmaktadır.

PEKİ, OLUMLADIKTAN SONRA?

Her durumda öncelikle olumlama yapılır. Sonrasında ikinci bir aşama takip edebilir de etmeyebilir de. İkinci aşamanın takip ettiği durumlarda aşağıdaki iki seçenekten (A ve B) birisiyle devam edilir.

A. Çocuğu motive etme

Çocuk istenmeyen bir şekilde davranıyorsa, ilk adım olarak yapılması gereken nötr paralel konuşmadır; örneğin, "İkinci kurabiyeyi aldın." Burada devreye sokulabilecek çocuğu motive etme tercihi, sakın bir şekilde, yapılan rutine geri dönülmesini sağlar ki çocuğun kekemeliği artmasın. Olumlu tümce yapısı kullanılması çocuğun söylenen şeyi yapma motivasyonunu artırmayı amaçlar, örneğin, "Hemen geri koy." Olumlu motivasyon demek, ebeveynin ne *istemediğini* değil ne *istediğini* söylemesidir.

Bir yandan da çocuğun davranışının altında yatan olumlu niyetlerin fark edilmesine olanak sunar – mümkün olduğunca, çocuğun davranışlarının altında iyi niyet yattığını düşünmeye çalışın; örneğin, "Gerçekten canın ikincisini çektiği için bir tane daha kurabiye aldın demek."

Başka bir örnek: Çocuk gelip küçük kardeşinin neler yapıp ettiğini şikâyet eder bir tonda anne-babasına söylediğinde ebeveyn "Kardeşini şikâyet etmeyi bırakır mısın?" demek yerine "Küçük kardeşine dikkat etmek/iyi bakmak istiyorsun anlıyorum (niyetin betimlenmesi). Merak etme ama ben bakıyorum kendisine. Sen gidip yapbozu yapmaya çalış / Mavi parçaların hepsini yerleştirmeye çalış (olumlu motivasyon)." diyebilir.

Olumlu motivasyon yoluyla ebeveyn, mevcut durumu açıklama olanağı bulur ve neler yapılacağını ya da kurallar ve sınırların ne olduğunu belirtme şansı yakalar. Böylelikle çocuklar, neler yapabileceklerini öğrendikleri için kendilerini güvende hissederler.

B. Derinleştirme

'Derinleştirme' ile kastedilen şey, ebeveynin ne düşündüğünü söylemesi, bir öneride bulunması, uzlaşmaya varması ya da soru sormasıdır. İkinci aşamanın bu şekilde yapılmasının amacı çocuğun gelişimini desteklemek olduğundan bir 'sorgulamaya' dönüşmemelidir: en önemli şey çocukla iletişim halinde kalmaktır. Aşağıda, birinci aşamada kullanılan paralel konuşmadan sonra nasıl devam edilebileceğine dair örneklerle yer verilmiştir:

Ebeveyn: “Önce banyo yapıp sonra TV seyretmek istiyorsun.” (= paralel konuşma).

“Bence iyi bir fikir” (= görüş bildirme).

Ebeveyn: “Acıkmışsın” (= paralel konuşma). “Hadi bugün pancake yapalım” (= öneride

bulunma). Ebeveyn: “Çikolata yemek istiyorsun” (= paralel konuşma). “Biz kahve

içerken, sen de bir parça çikolata yiyebilirsin” (= uzlaşma).

Ebeveyn: “Kızgınsın” (= paralel konuşma). “Neden kızgın olduğunu söyler misin?” (= soru sorma).

İKİNCİ AŞAMA OLARAK ‘DERİNLEŞTİRME’ NEDEN ÖNEMLİ?

Çocuk büyürken, gelişimi bir alanla sınırlı kalmamalıdır. Konuşmayı öğrenmek durumundadır. Yaşına uygun etkinlikler yapmalıdır. Başka insanlarla iletişim başlatıp sürdürmeyi öğrenmelidir. Diğer bir deyişle, bir çocuğun tamamlaması gereken çeşitli gelişimsel görevler vardır. Çocuklar çoğunlukla bu görevlerin çok büyük bir bölümünü bakıcılarıyla gerçekleştirirler. Bakıcılar sadece çocuğu olumlayıp başka bir şey yapmazlarsa, çocuk yeterince gelişme imkânı bulamaz. Görüş bildirilmesi, öneride bulunulması, uzlaşmaya varılması ya da soru sorulması sayesinde çocuk, başka insanların duygularının farkına varmayı öğrenir. Olayları başkalarının gözüyle görmeyi öğrenir ve başka insanların da gereksinimleri olduğunu fark eder.

Kaynak

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

Yazarlar hakkında

Marie-Christine Franken, PhD Klinik Dilbilim mezunu (Nijmegen Üniversitesi, 1995), Dil-Konuşma Terapisti (Nijmegen Hogeschool, 1989) ve Kekemelik Terapisti (NVST1991, CESS 2011) unvanlarını taşıyan Marie-Christine Franken, Erasmus Üniversitesinde (Rotterdam, 2024) doçent olarak görev yapmaktadır. Hollanda Kekemelik Terapisi Derneğinin bir üyesidir ve kayıtlı bir CESS kekemelik terapistidir. Doktora tezinin (Nijmegen Üniversitesi, 1997) başlığı '*Kekemelik Terapilerinin Değerlendirilmesi*'dir (Evaluation of Stutter Therapy). Güncel olarak erken dönem kekemelik terapilerinin sonuçları ve kekemelik nedenleri ile kekemelikteki risk faktörleri üzerine yoğunlaşmaktadır. 2015'ten bu yana, konuşma terapistleri için RESTART-DCM terapi yöntemi eğitimleri vermektedir.

Ellen Laroës, Ba üniversiteden (Zuyd Hogeschool, Heerlen 1985) dil ve konuşma terapisti olarak mezun olmuş ve ardından Kekemelik Terapisti (LCH 1986, NVST 1987, CESS 2016) unvanını almaya hak kazanmıştır. Odak noktası kekemelik olan özel bir dil-konuşma kliniği sahibidir. Hollanda Kekemelik Terapisi Derneği üyesi ve de kayıtlı bir CESS kekemelik terapistidir. Uzun yıllar boyunca, Zuyd Hogeschool, uygulamalı Bilimler Üniversitesinde (Zuyd Hogeschool, University of Applied Sciences Heerlen) Akıcılık Bozuklukları dersini yürütmüş, RESTART aaştırmasına katılan terapistlerden biri ve de ESS danışmanıdır. 2015'ten bu yana, konuşma terapistleri için RESTART-DCM terapi yöntemi eğitimleri vermektedir.

Joeri van Ormondt, MSc kekemelik uzmanı (ESS, 2017) bir dil ve konuşma terapistidir (Hanzehogeschool Groningen, 2016). CESS (Avrupa Kekemelik Uzmanlığı Sertifika Eğitimi) yönetim kurulu üyesi ve kayıtlı CESS terapistidir. Joeri, kekemelik alanına özel bir klinik sahibidir. Hollanda Kekemelik Terapistleri Derneği (NVST) üyesi olan Joeri, 2023 yılından bu yana ESS eğitiminde dersler vermekte, danışmanlık yapmakta ve de DKT'ler için RESTART-DCM eğitimleri vermektedir. Kendisi de kekeleyen bir kişi olan Joeri bu topluluğun aktif bir ferdi olmaktan gurur duymaktadır.

Femke de Smit, MSc dil ve konuşma terapisti mezunu (Hanzehogeschool Groningen, 2008) ve uzman kekemelik terapistidir (ESS, 2011). Özel bir dil ve konuşma kliniği sahibi olan Femke, kekemelik alanında uzman bir terapist ekibinin lideri olarak görev yapmaktadır. Hollanda Kekemelik Terapisi Derneğinin (NSVT) bir üyesi olup 2021 yılından buy ana RESTART-DCM terapi ymntemi eğitimleri vermektedir.

Lottie Stipdonk, PhD Klinik Dilbilim mezunu (Utrecht Üniversitesi, 2011), dil ve konuşma terapisti (Hogeschool Utrecht, 2102) ve kekemelik terapistidir (ESS, 2025). Erasmus MC üniversitesinde çalışan Lottie klinik çalışmalarla (kekeleyen çocukların tanılanması ve terapisi) kekemelik araştırmalarını bir arada yürütmektedir. Prematüre yenidoğanlarda dil gelişimi konusunda doktorasını tamamladıktan sonra tüm akademik dikkatini kekemelik alanına yönlendirmiştir. 2024 yılından bu yana RESTART-DCM eğitimlerine destek vermektedir.